



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

**Arbetsterapeutens arbete i
sjukskrivningsprocessen
Hur arbetsterapeuter ser på sin medverkan
En enkätstudie**

Författare: Helena Areskog
Catarina Wijk

Handledare: Arne Johannisson

December 2007

Kandidatuppsats

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



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi
2007-12-13

Arbetsterapeutens arbete i sjukskrivningsprocessen

Hur arbetsterapeuter ser på sin medverkan, en enkätstudie

Catarina Wijk, Helena Areskog

Abstrakt

Antalet sjukskrivningar i Sverige har sedan slutet av 1990-talet ökat. För att få ner antalet sjukskrivna i arbetslivet, har en ny sjukskrivningsprocess utvecklats. Förändringarna med socialstyrelsens ökade krav på tidig bedömning av arbetsförmåga vid sjukskrivning och förbättrade rehabiliteringsinsatser kan fungera som bas för utvecklingen av arbetsterapi och arbetsterapeuternas kompetens. En enkätundersökning genomfördes med sex arbetsterapeuter inom primärvården i Region Skåne. Syftet med undersökningen var att undersöka hur arbetsterapeuterna ställde sig till att göra tidiga bedömningar i sjukskrivningsprocessen och hur detta kommer att påverka deras framtida arbetssituation. Resultatet visade att arbetsterapeuterna antog att bedömningarna skulle komma att vara tidskrävande men att det skulle synliggöra dem på ett positivt sätt som kan medverka till en utökning av antalet arbetsterapeutjänster i framtiden.

Nyckelord: arbetsterapi, arbetsterapeut, sjukskrivningsprocessen, primärvården

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

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.2 Sjukförsäkringen	1
1.2.1 Definition av sjukdom.....	1
1.2 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).....	2
1.3 Sjukskrivningsprocessen	2
1.3.1 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning	3
1.4 Arbetsterapi	3
1.5 Sjukskrivningsprocessen i förändring	5
Sjukvårdsmiljarden.....	5
Försäkringsmedicinskt beslutsstöd.....	5
2. Syfte	7
3. Metod	7
3.1 Urval.....	7
3.2 Instrument för insamlande av information	7
3.3 Procedur	7
3.4 Etiska överväganden	8
4. Resultat.....	8
5. Diskussion	12
5.1 Metoddiskussion.....	12
5.2 Resultatdiskussion.....	14
6. Slutsats	17
Referenser	

Bilagor

1. Enkät med frågor

1. Bakgrund

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (Willow, 2004). Ansvar för hälso- och sjukvården i Sverige har landstingen och i Skåne, Region Skåne (Region Skåne, 2007).

Antalet sjukskrivningar har markant ökat sedan slutet av 1990-talet från cirka fyra procent till cirka åtta procent 2001, de har efter 2004 börjat vända nedåt igen, utan att anledningen till denna utveckling har tydliggjorts (Agerberg, 2007; Gerner, 2005) Anledningen till ökningen kan bero på olika faktorer till exempel arbetsmiljö och andra belastningar, attityder eller ”arbetsmoral”, socialförsäkringssystemets utformning och arbetslöshet (Alexandersson et al. 2003). Människan har olika sätt att hantera konflikter och svårigheter i sitt arbete. Brist på coping påverkar tydligt risken för sjukskrivning. Faktorer som känsla av sammanhang, begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet kan sägas fungera som buffertar mot en bredd utbredd förändringsstress i arbetslivet (Hansen, Edlund & Bränholm, 2004). Det finns måttlig till stark evidens för att personer som har möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre risk för sjukskrivning (Alexandersson et al. 2003). De ökande sjukskrivningarna föranledde regeringen att i budgetpropositionen 2003 sätta upp ett nationellt mål för att minska på de höga sjuktalen (Gerner, 2005). Regeringen har som mål att antalet sjukskrivningsdagar bör minska med en dag per femårsperiod för män och kvinnor upp till 40 år. För kvinnor över 40 år antas antalet sjukskrivningsdagar minska med fem dagar per femårsperiod (Regeringen, 2000).

1.2 Sjukförsäkringen

Den svenska allmänna sjukförsäkringen är en försäkring mot inkomstbortfall när en person inte kan försörja sig p.g.a. sjukdom eller skada (Järvholm & Olofsson, 2006). Två villkor krävs för att få rätt till sjukpenning, dels att sjukdom eller skada finns, dels att just någon av dessa lett till nedsättning av personens arbetsförmåga med minst 25 %. Arbetsförmågan skall bedömas i relation till kraven i just den personens arbete, eller vid längre sjukfall/arbetsoförmåga, i relation till andra arbeten på arbetsmarknaden (Willow, 2004).

1.2.1 Definition av sjukdom

Definitionen av sjukdomsbegreppet går tillbaka till 1944 och ”utredningen och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring” (SOU 1944:15) där det står:

Man synes vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller

icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskapliguppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.

1.2 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Att bedöma funktionsnedsättning och arbetsförmåga är viktigt (WHO, 2001). Enligt World Health Organisations (WHO) klassifikation *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) kan en funktionsnedsättning påverka aktivitetsutförandet, delaktigheten i samhället samt påverka patientens mål med att uppleva en tillfredsställande livssituation (med sitt arbete). ICF kan ses som ett kliniskt verktyg vid bedömning om patientens sjukdom/skada bör åtgärdas genom en sjukskrivning. Vidare beskriver ICF i likhet med arbetsterapeutisk teori (Christiansen & Baum, 1997; Kielhofner, 2002), de situationer som människor befinner sig i. Dessa kan ses som en interaktion mellan sjukdomen/skadan, faktorer i miljön samt de personliga faktorerna, vilka bestämmer nivå och omfattning av patientens upplevelse av sin situation. ICF ger en möjlighet till ett gemensamt språk över nationella gränser och olika professioner. Information om diagnos ger tillsammans med information om funktionstillstånd en bredare och mer meningsfull bild av människors eller befolkningsgruppers hälsa (WHO, 2001). Enligt WHO:s definition innebär hälsa fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom (Social- och hälsovårdsministeriet, 2007). Enligt koordinatören för sjukskrivningsprocessen i Region Skåne kommer det medicinska underlaget att baseras på ICF's klassificering.

1.3 Sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivning kan beskrivas som en process som börjar med individens bedömning av sin egen hälsa i förhållande till arbetets krav/omgivningens krav. Sjukskrivningsprocessen innefattar även andra aktörers insatser, bedömningar och beslut. Dessa är hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Sjukvården ansvarar för vård och behandling, medicinsk rehabilitering och utfärdande av intyg till försäkringskassan (Socialstyrelsen, 2005). Idag finns många problem inom lednings-, kunskaps- och samverkansnivå kring hälso- och sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden. Problemen och konsekvenserna av dessa var störst i primärvården jämfört med övriga vården (Alexanderson et al. 2005). Det är till primärvården som patienter bör vända sig i första hand. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

§ 5 svarar primärvården för medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller annan specialistkompetens (Willow, 2004). En annan viktig del av primärvårdens ansvarsområde är hälsofrämjande och hälsoförebyggande åtgärder (Region Skåne, 2007).

1.3.1 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

I samband med en individs sjukskrivning är det läkarens uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå behandling eller rehabilitering och vara medicinskt sakkunnig. Vid en sjukskrivning innebär det att ta fram ett underlag (sjukintyg) som arbetsgivaren och senare försäkringskassan använder för att kunna fatta beslut om sjukersättning ska betalas ut (Alexandersson et al. 2005). Läkare lägger i genomsnitt ner fyra timmar per vecka på att utfärda intyg i samband med sjukskrivning (Arrelöv, 2006). Sjukskrivningspraxisen skiljer sig över landet mellan läkarnas olika kulturer och attityder (Olsson, 2006). I Alexanderssons och Olssons studier fanns det vetenskaplig evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivningar som problematiskt. Ungefär 70 procent eller fler av alla läkare angav att det ibland eller alltid är svårt att bedöma i vilken grad patienten kan arbeta trots sin skada eller sjukdom, och att det är svårt att få kunskap om hur sjukdomen/skadan påverkar arbetsförmågan. Det framkom också att läkaren ofta saknar information som behövs för att besluta om en patients arbetsförmåga. Drygt 80 % av försäkringskassans handläggare tyckte att det ibland eller alltid var svårt att bedöma om den sjukskrivande läkaren korrekt bedömt patientens arbetsförmåga i förhållande till dennes arbetsuppgifter (Arrelöv, Edlund & Goine 2006).

1.4 Arbetsterapi

Arbetsterapi bygger på grundsynen att människan är en aktiv varelse med egna resurser, som stimulerar till och möjliggör egen aktivitet. Under dessa omständigheter utvecklas och tillvaratas de färdigheter som alla människor besitter. Arbetsterapi som rehabiliteringsmetod verkar för att det skall vara möjligt för en individ att komma tillbaka till en verksamhet och ett vardagsliv som liknar det personen hade före sjukdomen eller skadan. Arbetsterapeuten och läkaren kompletterar varandra. Läkaren och andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården arbetar diagnosorienterat, det vill säga för att bota och lindra en sjukdom eller skada. Arbetsterapeuten arbetar problemorienterat, för att lösa och mildra de aktivitetsproblem som sjukdomen eller skadan skapar (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2007).

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) arbetar 15 % av Sveriges arbetsterapeuter inom primärvården (FSA, 2004). De arbetar med barn, ungdomar, vuxna och äldre. Arbetsterapeutens uppgift i primärvården är att bedöma, behandla, träna, åtgärda och följa upp patientens aktivitets- och funktionsförmåga samt värdera miljöfaktorer. För patienter med skador eller besvär i arm- och/eller hand kan arbetsterapeuten vara den som gör den första bedömningen. I arbetsterapeuternas uppdrag ingår även att ordinera, prova ut hjälpmedel och ortoser, delta i teamsamarbete och fungera som konsult till annan sjukvårdspersonal och myndigheter (Socialstyrelsen, 2001).

För att arbetsterapeuten ska kunna bedöma och behandla patienter, krävs emellertid att läkarna inom primärvården dels har kunskap om arbetsterapeuternas kompetens och arbetsuppgifter, dels att de remitterar de patienter som ligger inom arbetsterapeuternas kompetensområde till en arbetsterapeut. I Anderssons undersökning (1999) visade det sig att läkarna hade en relativt korrekt uppfattning om arbetsterapeuternas arbete, men att de hade svårt att översätta detta till vilka patienter som var i behov av arbetsterapisk behandling. Att regelbundna träffar och närhet mellan arbetsterapeut och läkare har betydelse för läkarnas utnyttjande av arbetsterapeutens kompetens poängteras i olika undersökningar (Andersson, 1999; Fritsson och Hägg, 2005; Håkansson, 2000) I Håkanssons studie framkom att arbetsterapeuten många gånger delar sin tid mellan flera vårdcentraler och att samtliga arbetar ensamma. Detta gör, enligt Andersson, att läkarnas förståelse för arbetsterapeutens roll är oklar då denne inte är anträffbar regelbundet för att diskutera patientärenden. Andersson menar också att arbetsterapeutens fokus på vardagsaktiviteter gör det svårt att hitta sin roll i sjukvårdssystemets naturvetenskapliga organ- och funktionsinriktade miljö (Håkansson, 2000).

Arbetsterapeuten lägger själv upp och planerar sin dag genom att själv kalla och boka patienter. Denne styrs dock bland annat av fasta tider för olika möten, att det finns bil tillgänglig vid hembesök, lediga grupprum och patienternas önskemål. Ett välfungerande teamsamarbete gör att de inblandade yrkesgrupperna kan enas om en gemensam målsättning kring en patients behandling. Det blir ett forum där de olika yrkesgrupperna lär känna varandra och lär sig förstå sina respektive yrkesroller (Håkansson, 2000). Arbetsterapeuterna i Håkanssons studie beskriver att de genom den ökade förståelsen fått mer relevanta remisser och även nya patientgrupper.

Arbetsterapeutens roll är väldigt beroende av vad andra känner till om den. Detta är en svår situation med tanke på att arbetsterapi, som Hallberg, Pilemalm och Ockander (1999) beskrivit, är en relativt ung disciplin som genomgått stora förändringar vad gäller arbetsuppgifter och

arbetsförhållande. Detta har i sin tur lett till många felaktiga föreställningar om vad arbetsterapi innebär. Ett problem som påtalas av Hallberg et al. (1999) är att läkare på grund av bristande kunskap om arbetsterapiens möjligheter inte utnyttjar arbetsterapeuternas kompetens fullt ut. Arbetsterapeuter påpekar ofta att de önskar att läkaren hade bättre kunskap om vad arbetsterapeuter kan göra (Håkansson, 2000).

1.5 Sjukskrivningsprocessen i förändring

Sjukvårdsmiljarden

Regeringen har under åren 2007-2009 avsatt upp till en miljard kronor per år i stimulanspengar, kallad sjukvårdsmiljarden. Syftet med bidraget är att stimulera landstingen/Region till att vidta strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården. Sjukvårdsmiljarden är ett treårigt projekt för att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Landstingen/region får dela på miljarderna utifrån storlek på befolkningen, och hur mycket man lyckas sänka sjukfrånvaron per år. Detta ska ske genom att strukturella åtgärder vidtas inom områdena ledning, kunskap/kompetens, samverkan och kvinnors ohälsa (Alexandersson et al. 2005).

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

För att få en enhetlig sjukskrivningspraxis i Sverige fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2005 i uppdrag av regeringen att ta fram riktlinjer som anger det grundläggande förhållningssätt och arbetssätt som ska präglade alla sjukskrivningar. Detta för att få en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess som ska underlätta kontakten mellan läkarna och Försäkringskassan. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning* (Socialstyrelsen, 2007) syftar till att ge vägledning för bedömningar av arbetsförmåga och längd på sjukskrivningsperioder för olika medicinska tillstånd. Tillsammans med aktiva, stödjande åtgärder bör en bättre sjukskrivningspraxis leda till betydande hälsovinster för både individen och samhället. I beslutsstödet står det under övergripande principer i sjukskrivningsprocessen att läkaren bör ha en klar uppfattning om funktionstillstånd, arbetets krav och arbetsförmåga hos en individ, och vilka möjligheter det finns att anpassa arbetssituationen. Dessa bedömningar kan vinna på att inbegripa team med annan kompetens än läkares t ex sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer (Socialstyrelsen, 2007)

Regeringen föreslår i årets budgetproposition flera förändringar inom sjukförsäkringen, bland annat att en rehabiliteringskedja införs som ska ersätta nuvarande modellen. Fasta tidsgränser preciseras vilket innebär att senast tre månader efter sjukskrivning ska den sjukskrivnes

arbetsförmåga prövas mot möjliga andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Senast efter sex månader ska arbetsförmågan prövas mot hela arbetsmarknaden (Jacobsson, 2007). Tydligare riktlinjer för bedömning av arbetsförmågan skall utarbetas. Bedömningskriterierna inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken har beslutats att bli mer enhetliga. Individens förmåga till att kunna arbeta kommer att tillmätas större betydelse vid bedömning av arbetsförmåga (Jacobsson, 2007), där hänsyn tas till den fysiska, psykiska och sociala dimensionen (Ludvigsson, Svensson & Alexandersson, 2006).

I Region Skåne har man startat projektet *Förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne*. Projektdirektivet innehåller uppdrag, effektmål, projektstruktur och resurser (Region Skåne, 2007). I Region Skåne skall det finnas riktlinjer för sjukskrivning vid varje vårdcentral. En projektorganisation, ett sjukskrivningsnätverk, som ska leda förvandlingsarbetet med sjukskrivningsprocessen har utsetts. I den här organisationen sitter en koordinator för varje distrikt i regionen som leder förändringsarbetet på plats (Region Skåne, 2007). Dessa koordinater anser att arbetsterapeuterna bör vara delaktiga i sjukskrivningsprocessen och göra bedömningar av funktions- och arbetsförmågan på den som blir sjukskriven innan sjukintyget skickas till försäkringskassan. Detta kräver ett utökat teamsamarbete mellan läkare och medicinsk personal (arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, psykolog) kring sjukskrivna patienter. I knappt hälften av de fall som undersökts förekommer teamsamarbete mellan läkare och annan medicinsk personal och i drygt hälften av dessa har man regelbundna möten sinsemellan. En kombination av dessa kan förekomma, men är ovanligt (Socialstyrelsen, 2005).

Arbetsterapeutens framtida roll i sjukskrivningsärenden kan, menar koordinatören, utöver den rehabiliterande rollen, bli att sammanställa ett underlag till läkarens medicinska bedömning av en patients funktionsbegränsningar och arbetsförmåga. Att identifiera den enskilde individens styrkor och svagheter inom området arbete, men även titta på de tre andra områdena personlig vård, boende och fritid då dessa har betydelse i hur en individ uppfattar sig själv och hur han/hon mår (Fisher, 1998; Kielhofner, 2002). Underlag bör ligga som grund när läkaren skriver sjukintyget till Försäkringskassan (Bengtsson-Hylén, 2007).

Vi blev uppmärksammade på att arbetsterapeuterna skulle få en mer definierad roll i sjukskrivningsprocessen inom primärvården i Region Skåne. Det lät intressant, så vi ville veta mer om denna förändring och arbetsterapeuternas inställning till denna.

2. Syfte

Syftet var att undersöka vad arbetsterapeuter ansåg om sin blivande mer definierade roll i den kommande sjukskrivningsprocessen inom primärvården och vad de antog att utökningen kommer att innebära för deras framtida arbetssituation.

3. Metod

En intervju med en koordinator samt en informationsträff för arbetsterapeuter inom primärvården, där koordinator och försäkringsläkare informerade arbetsterapeuterna om deras mer definierade roll vid sjukskrivning, låg till grund för val av metod. Valet blev en enkät som datainsamlingsinstrument. Enkäten innehöll såväl slutna som öppna frågeställningar.

3.1 Urval

Ett konsekutivt urval gjordes bestående av de arbetsterapeuter som deltagit vid en koordinators föreläsning angående arbetsterapeuters utökade roll i sjukskrivningsprocessen.

Arbetsterapeuterna tillfrågades vid föreläsningstillfället om de ville delta i studien. Inklusionskriterierna var att man skulle vara legitimerad arbetsterapeut och att arbeta inom primärvården. Det fanns vid detta föreläsningstillfälle totalt åtta stycken arbetsterapeuter och samtliga valde att delta i undersökningen.

3.2 Instrument för insamlande av information

Enkätundersökning (se bilaga 1) med två slutna och fem öppna frågor ställdes till arbetsterapeuterna. Enkäten med frågorna sändes till samtliga arbetsterapeuterna via e-post och enkäterna besvarades via e-post.

3.3 Procedur

Telefonkontakt togs med koordinatören i ett sjukvårdsdistrikt Region Skåne. Vilket ledde till en intervju och en inbjudna att delta vid en informationsträff med primärvårdens arbetsterapeuter. Arbetsterapeuterna tillfrågades om de ville delta i studien och som samtycke till deltagande lämna man ut sin e-postadress. Enkäten sändes ut till de arbetsterapeuter som anmält sig frivilligt att delta i studien. Endast tre svar inkom från arbetsterapeuterna. En påminnelse sändes ut efter

tio dagar till dem som inte svarat, där arbetsterapeuterna fick ytterligare en vecka på sig att svara. Detta ledde till ytterligare tre svar. Sammanlagt inkom sex av åtta möjliga svar. Svaren kopierades in i ett Word-dokument och sammanställdes fråga för fråga. Därefter analyserades frågorna kring teman.

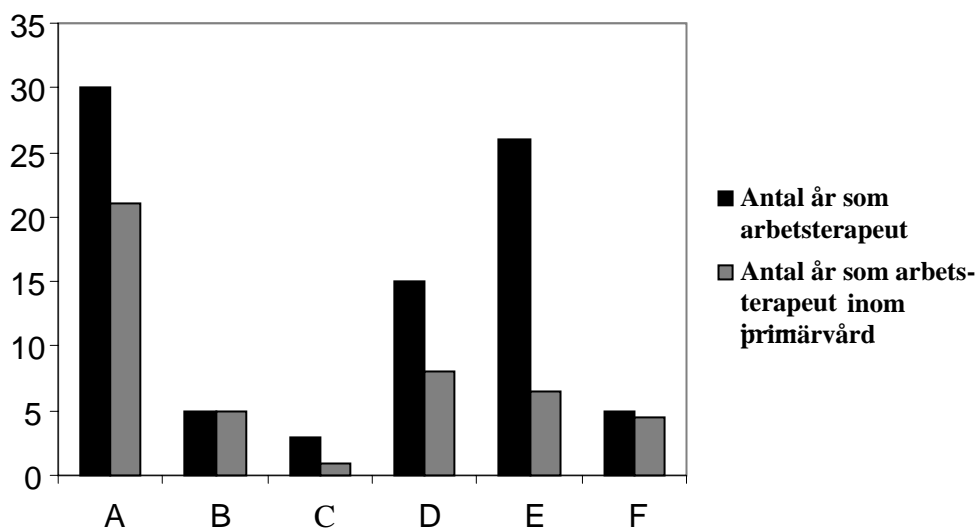
3.4 Etiska överväganden

Resultaten redovisades så att ingen som varit med i studien kan identifieras och konfidentialitet garanterades. Enkäterna förvarades så att ingen obehörig fick tillgång till dem, och enkäterna förstördes efter bearbetning. Information gick ut om att medverkan i studien var helt frivillig och möjlighet fanns att när som helst dra sig ur. Studien var godkänd av VEN.

4. Resultat

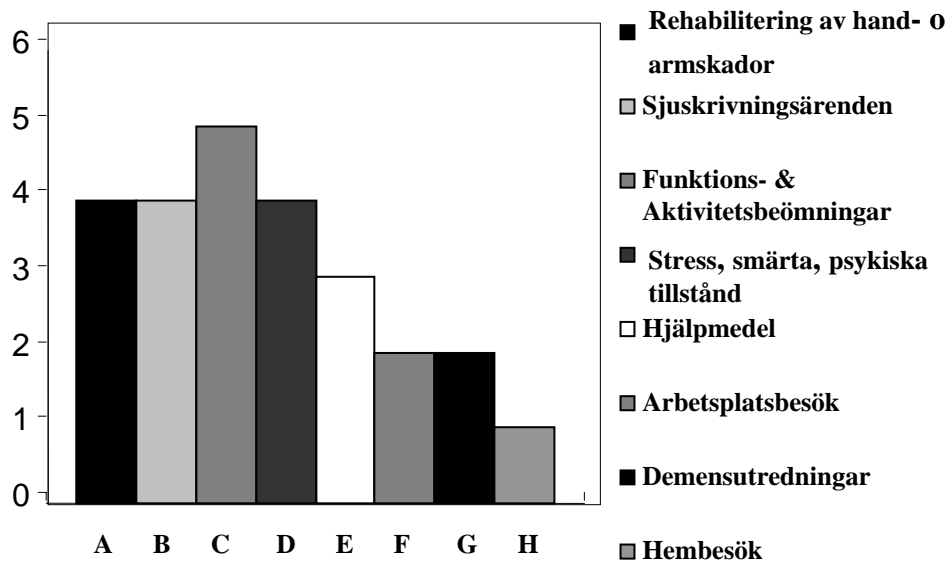
Data baserades på sex respondenters svar vilket betyder att sex av åtta av de tillfrågade arbetsterapeuterna inom primärvården besvarade enkäten. Resultatet redovisades fråga för fråga.

På frågorna hur länge arbetsterapeuterna hade arbetat inom yrket samt hur många år av dessa de jobbat inom primärvården, visade det sig att deltagarna hade jobbat allt ifrån 3 år till 30 år som arbetsterapeut, inom primärvården mellan 1 år till 21 år (fig. 1).



Figur 1: Antal år som leg arbetsterapeut samt antal år som arbetsterapeut inom primärvården.

En fråga handlade om nuvarande arbetsuppgifter. Resultatet på frågan; ”Vilka är dina nuvarande arbetsuppgifter som arbetsterapeut”? Fem arbetsterapeuter svarade på frågan och resultatet av svaren redovisas i figur 2. I figuren beskrivs vilka arbetsuppgifter arbetsterapeuterna hade just då och hur många av dem som utförde de olika arbetsuppgifterna.



Figur 2: Arbetsterapeuternas arbetsuppgifter i primärvården.

Frågan ”På vilket sätt hanteras sjukskrivningsprocessen idag praktiskt på den/de vårdcentraler du arbetar? Hur är du delaktig i den?” tog upp hur arbetsterapeuterna var delaktiga i sjukskrivningsprocessen och på vilket sätt den hanterades på respektive vårdcentral.

Alla arbetsterapeuterna svarade att de ingår i ett team, där de gör funktions- och aktivitetsbedömningar på läkarens begäran. Två av dem fick i ibland i uppdrag av läkarna på vårdcentralen att komplettera deras utlåtande, ”läkarutlåtande om hälsotillstånd” (LOH). En svarade att hon gjorde arbetsplatsbesök när en patient skall återgå till arbete för att bedöma den sjukskrivnes arbetsförmåga.

En arbetsterapeut svarade att hon har ett upptagningsområde som omfattar tre vårdcentraler och alla tre hanterar sjukskrivningsärendena olika:

”På en Vc har vi börjat med att arbeta mer aktivt för att tidigt fånga upp de pat som riskerar att bli långtidssjukskrivna och patienterna får träffa övriga i teamet. Ibland lyckas vi, ibland inte. Hänger mycket på att doktorn ser varningssignalerna

i tid. På en annan Vc har det mer handlat om att göra avslut på sjukskrivningar som pågått under flera år. Som arbetsterapeut gäller det att hålla sig framme och ta för sig hela tiden. Vi är inte självklara, men jag känner mig som en i teamet och att jag kan påverka. Förbättring av arbetsätt och rutiner för hur vi skall arbeta med rehabiliteringen är igång men vi har inte inför några större förändringar ännu. Behövs en drivande kraft som håller ihop det, men ingen har riktigt tid för det.”

De följande två frågorna var: ”Hur uppfattar du att de föreslagna nya arbetsuppgifterna för dig, dvs. att bedöma funktionstillstånd, arbetets krav och arbetsförmåga hos en individ, kommer att se ut?” samt ”Vilka fördelar/nackdelar kan du se med de nya föreslagna arbetsuppgifterna?” Av svaren framkom att de förändringar som verkade mest angelägna var följande: att arbetsuppgifterna inte är nya; ökad arbetsbörda samt framtidens situation i form av oro för att inte hinna med alla arbetsuppgifterna och att inte räcka till för patienterna; arbetsterapeuten uppmärksammas mer; arbetsterapeuternas betydelse vid sjukskrivning; bättre helhetssyn på patienten. Här delades resultatet in i de kategorier som redovisas under nedanstående rubriker.

Arbetsuppgifterna är inte nya

Resultatet visade att för två av respondenterna var arbetsuppgifterna inte nya, men att arbetet kommer att ske i större omfattning. En av arbetsterapeuterna svarade:

”Inget nytt för mig det har jag gjort tidigare oxå, men kanske inte i den omfattningen som det kan tal om nu.”

Svaren varierade hos de övriga. Tre av arbetsterapeuterna kunde inte ta ställning till frågan. En av arbetsterapeuterna svarade:

”Det är så nytt så jag har ingen uppfattning om det än.”

Ökad arbetsbörda och framtida situation

Fyra av sex arbetsterapeuter trodde att det kommer att bli svårt att hinna med de nya uppgifterna:

”Det kan bli svårt att hinna med allt på våra små procent.”

”Ökad arbetsbörda men ej kompenserat med mera arbetstid, tjänsterna på VC är så små och splittrade att team arbetet blir lidande.”

En arbetsterapeut menade att den ökade arbetsbördan kan bli stor till att börja med, men visar den upp positiva resultat, kan det kanske leda till resurstillskott på varje vårdcentral:

”På sikt kan det nog bli svårt att få tiden att räcka till...men gör vi bra bedömningar så kanske vi kan få resurstillskott per vårdcentral”.

En annan svarade att arbetsbördan kommer att öka, men att detta inte kommer att kompenseras med fler resurser, vilket kommer att leda till splittrade team och svårare att samarbeta mellan de olika yrkeskategorierna.

En svarade att det är tidskrävande att göra funktionsbedömningar och att man därmed inte kommer att hinna med lika många patienter som tidigare.

”Är mycket tidskrävande att utföra funktionsbedömningar. Hinner med färre pat totalt.”

Där fanns en som uttryckte att hela teamet hade svårt att hinna med det förändringsarbete som krävs vid förändringen, att det kommer att behövas en drivande kraft som håller ihop arbetet med processen. Ingen har riktigt tid med detta idag.

Arbetsterapeuten uppmärksammas mer

Två arbetsterapeuter svarade att det är en fördel med mer uppmärksamhet. En svarade att det är positivt att fler yrkeskategorier får insikt i vad arbetsterapeuterna kan och gör. Hon skrev:

”Ökad insikt/kunskap för alla yrkeskategorier om vad en arbetsterapeut kan och gör är positivt.”

Arbetsterapeutens betydelse vid sjukskrivningar

Två arbetsterapeuter ansåg att det är positivt att deras kompetens kommer att tillvaratas och att de får ett ökat inflytande vid sjukskrivningarna. En av de svarande menade:

”Att doktorn förhoppningsvis remitterar vidare fler patienter.”

En svarade att det, i och med den ökade betydelsen vid sjukskrivningar, kommer att bli en ökad arbetsbörda för arbetsterapeuterna, men att den inte kommer att kompenseras i mer arbetstid.

Bättre helhetsyn på patienten

Två av arbetsterapeuterna svarade att processen är positiv för patienterna, då man kommer att få en bättre helhetsyn på patienterna. Detta utifrån vardagliga och mer arbetsrelaterade hinder och möjligheter som framkommer mera tydligt. En av respondenterna svarade:

”... patienterna får en helhetsbedömning där vardagliga och arbetsrelaterade hinder och möjligheter framkommer mera tydligt.”

På sista frågan; ”Hur kommer de nya föreslagna arbetsuppgifterna att påverka dig på din arbetsplats?”, svarade tre stycken av arbetsterapeuterna inte på frågan. Två svarade att det kunde leda till en självklarare roll i sjukskrivningsprocessen. En av respondenterna svarade:

”Tror inte förändringen blir så stor genast utan möjligen en successiv ökning av efterfrågan på funktionsbedömningar. Vi har brist på läkare och förändring av arbetssätt tar tid. Alla måste vara överens.”

5. Diskussion

Studien gav inga tydliga resultat. Men inga resultat är i sig ett resultat, det säger något om hur arbetsterapeuterna uppfattar de utökade arbetsuppgifterna. Här finns, som vi ser det flera, variabler som kan ha påverkat resultatet.

5.1 Metoddiskussion

Enkät användes i studien eftersom respondenterna var geografiskt utspridda i Skåne och inte kunde uppsökas personligen på grund av bland annat ekonomiskt skäl. Att ta sig mellan de olika respondenterna i Skåne hade kostat både tid och pengar. Fördelen med en enkät är att respondenterna kunde svara när de hade tillfälle (Dahmström, 2005). När en enkätundersökning görs, är det viktigaste att respondenterna är samarbetsvilliga och att så många som möjligt svarar på frågorna som ställs utifrån enkäten. I undersökningen måste vi som utförde undersökningen

vara övertygade om att frågorna är värda att svaras på och att de som ska svara tycker det är värt att lägga ner tid på att svara (Ruane, 2006).

Då det vi undersökte är i en förändringsprocess fanns det inga befintliga mätinstrument, valde vi att utforma en enkät med frågor som stämde överens med syftet. Den var konstruerad med två slutna och fem öppna frågeställningar, vilket gav respondenterna möjlighet att svara så mycket man önskade. Det ledde till att en del respondenter svarade utförligt och med stor eftertanke, medan andra svarade fåordigt eller hänvisade till redan skriven information.

Samtliga arbetsterapeuter som tillfrågades valde att delta i studien, men svar inkom endast från sex stycken trots påminnelse. Att inte alla besvarade enkäten kan eventuellt bero på att respondenterna inte hade tid eller inte fanns tillgängliga på arbetet vid tiden för studiens genomförande. De två externa bortfall vi hade kan ha påverkat resultatet då gruppen var liten från början. Resultatet kunde ha blivit mer tydligt om fler respondenter hade deltagit i studien. Att vi endast kunde vända oss till arbetsterapeuterna inom ett distrikt berodde på att en förändring av sjukskrivningsprocessen inom primärvården är i ett införandeskede och inte är så långt utvecklat i de andra distrikten. Undersökningsgruppen är för liten för att visa ett resultat som är generaliserbart och det material vi fick kunde endast användas för att dra slutsatser kring vilka tankar som kan förekomma bland arbetsterapeuter.

Att vi inte testade enkäten på någon person berodde på att det inte fanns någon annan som deltagit vid informationsträffen. Det kan vi idag tycka var ett felaktigt beslut. Vi hade kanske förstått svårigheterna med att besvara en enkät med öppna frågor, då det kräver mer kunskap och insikt om ämnet. Vi kunde ha haft mer information i samband med frågorna eller kompletterat med fler slutna frågor. Vi valde öppna frågor för att svaren blir utförligare, åsikterna kring frågorna kommer fram på ett helt annat sätt, det speglar tydligare vad respondenterna tycker och ger inte givna svar utifrån vad frågeställarna har för uppfattning om ämnet. Därför valdes enkät med öppna frågor.

Efter att skickat ut enkäterna till arbetsterapeuterna och svaren började komma in, såg vi att frågorna borde ha specificerats mera. Det eftersom svaren från en del var en aning vaga och allmänna. En högre grad av strukturerade frågor hade kunnat ge ett mer riktat resultat. Enkäterna kunde ha utvecklats och refererat mer från den information som vi fått från intervju och informationsträff med koordinatorm och läkaren från försäkringskassan. Tydligt var också att alla arbetsterapeuterna inte hade kunskap om den nya processen som vi utgick från.

Med den kunskap vi har idag så inser vi att det kunde ha varit lämpligare med intervjuer istället för en enkätundersökning för den här typen av problem, eller en kombination av båda delarna. Enkäter ska helst användas med flervalfrågor eller liknande, eftersom deltagarna tenderar att inte svara, eller svara alltför kortfattat på öppna frågor. Öppna frågor ställer högre krav på respondenterna, de tar längre tid att svara på och det kräver mer kunskap och insikt om ämnet (Dahmström, 2005).

Intervjuer hade troligen kunnat ge oss mer information om arbetsterapeutens inställning till deras utökade roll i den nya sjukskrivningsprocessen. Det hade också skapat möjligheter för följdfrågor som kunde ha lett till fler intressanta aspekter för resultatet.

Då materialet till resultatet är litet har till största delen skriven text och citat används från respondenterna för att redovisa svaren på frågorna på ett tillförlitligt sätt.

5.2 Resultatdiskussion

Vi fick en del intressanta infallsvinklar som svar på våra frågor, men svaren från en del av arbetsterapeuterna var inte tillräckligt uttömmande för att ge ett generaliserbart resultat i vår undersökning.

Arbetsterapeuterna fick vid informationsmötet med koordinatör och försäkringsläkaren information om att arbetsterapeutens kompetens i bedömningar av funktions och arbetsförmåga skulle utnyttjas mer i den kommande sjukskrivningsprocessen. Denna information hade kanske inte alla hunnit bearbeta och ta till sig, eftersom det var ganska kort tid mellan mötet och tillfället då de fick frågorna på vår enkät. Detta kan ha påverkat vårt resultat. Eftersom svaren på enkäten skiftade från ”vet inte” till mycket innehållsrika svar blev materialet svårt att tyda.

Då ingen praktisk erfarenhet fanns av den utökade rollen i sjukskrivningsprocessen, utan endast i teorin, tror vi att en del av arbetsterapeuterna hade det svårt av att sätta sig in i ämnet. Det vill säga vad effekterna av arbetsterapeutens utökade roll kunde innebära för dem och yrket. Här kan respondenternas svar ha påverkats av förutfattade meningar om den nya processen. Tidigare studier visar att man i allmänhet stöter på ovilja vid förändringar i arbetsrutinen. Ofta anser man att det fungerar bra som det är. Förändringar skapar ofta otrygghetskänslor då man står inför något nytt. Man vet ju inte hur det blir i framtiden (Maltén, 2000; Bolman & Deal 2005). Detta kan också ha påverkat det resultat vi fick.

Det som väckte förvåning var att alla respondenterna beskrev sina nuvarande arbetsuppgifter relativt likartade. Trots dessa likheter i arbetet hade arbetsterapeuterna skilda uppfattningar om vad en mer definierad roll i sjukskrivningsprocessen skulle kunna innebära för dem. Här kan man fundera över varför en del inte ansåg att den utökade rollen i sjukskrivningsprocessen skulle innebära några större förändringar, utan att arbetet bara skulle öka i omfattning. Andra undersökningsdeltagare kunde inte uttala sig om någon uppfattning då detta var något nytt för dem. Vad skiljer då dessa arbetsterapeuter från övriga gruppen? Håller de sig mer framme och marknadsför sig väl, så att läkarna på deras vårdcentral har anammat deras kompetens och redan tagit tillvara på den resurs som arbetsterapeuten har?

I resultatet framkom en viss oro över en ökad arbetsbörda och svårigheter över att hinna med sina övriga arbetsuppgifter. Flertalet av arbetsterapeuterna nämnde att det är tidskrävande att göra funktionsbedömningar. Det stämmer väl överens med Sandqvists (2007) uttalande om att mindre än en timmes klientkontakt inte är särskilt seriöst på grund av att bedömningen då förlorar i kvalitet och riskerar att bli missvisande.

Det som framkom i resultatet var att de arbetsterapeuter som arbetat länge inom primärvården hade lättare för att sätta sig in i frågorna och svara mer uttömmande på dem. Det kändes som de svarade mer naturligt. De som arbetat länge inom primärvården verkade också ha lättare för att svara på frågor som handlade om deras nuvarande sysslor och även på frågorna som handlade om att resonera runt framtiden och eventuellt kommande uppgifter inom sjukskrivningsprocessen. Det tror vi berodde på att de som arbetat länge varit med om att arbetsterapin har genomgått stora förändringar vad gäller arbetsuppgifter och arbetsförhållande under årens lopp.

Svaren på enkäterna från de olika arbetsterapeuterna skiftade en hel del. Där fanns ett par stycken som svarade att de inte visste hur arbetstuppgifterna kommer att se ut i framtiden, medan andra hade svarat att de redan håller på med dessa uppgifter idag. Detta tror vi beror på att det inte har funnits några ramar att hålla sig till för arbetsterapeuterna inom primärvården. Arbetsuppgifterna verkade vara helt fria för varje arbetsterapeut på varje vårdcentral att lägga upp utifrån vad denna ansåg vara viktigast att ägna sig åt. I och med de nya arbetsuppgifterna i den kommande sjukskrivningsprocessen, kan det hända att det blir lättare att ena alla arbetsterapeuter runt samma uppgifter.

Studiens resultat visade på att arbetsterapeuterna får en ökad insikt i vad vissa andra yrkeskollegers uppgifter innebär, men det leder också till att andra yrkesgrupper får upp ögonen

för vad arbetsterapeuten kan i sin yrkesroll. Vid ökad kunskap tror vi att arbetsterapeuternas kompetens kommer att utnyttjas mer då de får en mera naturlig roll i sjukvårdssystemets naturvetenskapliga organ- och funktionsinriktade miljö då de blir självklara i teamet runt en patient vid ett sjukskrivningsärende.

Det vi tycker är ett hinder i teamsamarbete på en vårdcentral mellan arbetsterapeuten och resten av teamet är att arbetsterapeuterna är placerade på olika vårdcentraler. Samarbetet försvåras av att många av arbetsterapeuterna arbetar på fler vårdcentraler samtidigt och de missgynnas då den naturliga kontakten i korridor och fikarum inte kan tas tillvara dagligen. Detta väcker frågan om att förståelsen för arbetsterapeutens roll blir oklar, då de inte är anträffbara regelbundet

Ett bra exempel på välfungerande teamsamarbete har man på vårdcentralen i Skurup där man lyckats att få ihop teamarbetet mellan läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator samt handläggare från försäkringskassan. Patienten får efter 28 dagars sjukskrivning först träffa en läkare under en timmes tid för att sedan träffa hela teamet. Uppföljning med patienten sker med jämna mellanrum och teamet träffas sedan 2ggr/vecka. Detta leder till att patienten känner sig delaktig i processen och att behandlingen blir aktiv (Frödeberg-Johansson, 2006).

Vi samtycker med de respondenter som tror att den utökade rollen synliggör arbetsterapeuternas kompetens för både andra yrkeskårer och allmänheten då de får en mer självklar roll i den medicinska världen. Arbetsterapeuterna har blivit duktiga på att beskriva patienternas förmågor och därmed har de också blivit tydligare. Begreppet arbetsförmåga har förändrats och införandet av ICF har inneburit att begreppet har vidgats. Förr var det mer en medicinsk bedömning. Nu kommer fler aspekter in i bedömningen, som kroppsfunktion och kroppsstruktur, aktiviteten och delaktighet samt omgivningsfaktorer. Förmågan att arbeta hänger samman med hur sjukdom/skada påverkar personen på kroppsfunktionsnivå, men också med avseende på aktivitet och delaktighetsnivå. Individens personliga egenskaper och omgivningsfaktorer, som miljön, påverkar också arbetsförmågan. Det behöver vara balans mellan arbetets krav och individens förmåga. Detta tycker vi borde leda till utökade arbetsuppgifter för arbetsterapeuterna inom teamet och ett ökat utnyttjande av arbetsterapeutens kompetens då en arbetsterapeut har bra metoder och instrument för att bedöma arbetsförmåga. Det nya medicinska underlaget kommer att baseras på ICF-tänkande och innebär troligen att läkaren kommer att behöva ett team runt sig

med bland annat arbetsterapeut för att få den information som krävs till det medicinska underlaget (sjukintyget).

6. Slutsats

Förändringarna med socialstyrelsens ökade krav på tidig bedömning av arbetsförmåga vid sjukskrivning och förbättrade rehabiliteringsinsatser kan, tror vi, blir ett lyft för arbetsterapin och arbetsterapeuternas kompetens, individen och samhället skulle vara vinnare. Det är viktigt att, som en av arbetsterapeuterna sa, ”*Som arbetsterapeut gäller det att hålla sig framme och ta för sig hela tiden, vi är inte självklara*”. Det gäller att arbetsterapeuterna håller sig framme, beskriver vad de kan bidra med när det gäller bedömningar och arbetsplatsbesök och marknadsför sig väl. Vi tror att detta i framtiden kan leda till nya arbetstillfällen. Vår förhoppning är att det i framtiden sitter en arbetsterapeut på varje vårdcentral, men då en förändringsprocess tar lång tid ligger ett gediget arbete framför ALLA arbetsterapeuterna inom primärvården och även den övriga kåren.

Referenser

Agerberg, M. (2007). Systemskifte i Holland halverade sjukfrånvaron. *Läkartidningen*, 42, 3022

Alexandersson, K., Allebeck, P., Hansson, T., Hensing, G., Jensen, I., Maastekaasa, A., Nordlund, A., Perk, J., Syversson, A., Wahlström, R. & Vingård, E. (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser, praxis*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning (SBU)

Alexandersson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L. & Österberg, M. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, Karolinska Institutet: Stockholm.

Andersson, B-M. (1999). *Primärvårdsläkares kunskap om arbetsterapi och arbetsterapeutens arbete*. (projekt för Arbetsterapins teori och praktik II). Lund: Lunds universitet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Avdelningen för Arbetsterapi.

Arrelöv, B. (2006). Läkarna i sjukskrivningsprocessen. I Palmer, E. (red.). *SKA-projektet: sjukförsäkring, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv*. Stockholm: Försäkringskassan.

Arrelöv, B., Edlund, C. & Goine, H. (2006). Grindvakterna och sjukförsäkringen – samspel och motspel. I Palmer, E. (red.). *SKA-projektet : sjukförsäkring, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv*. Stockholm: Försäkringskassan.

Bengtsson Hylén, K. (2007). *Försäkringskassans förberedelser och anpassning till att försäkringsmedicinskt beslut införs*. Försäkringskassan.

Bolman, L & Deal, T. (2005). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahmström, K. (2005). *Från datainsamling till rapport- att göra en statistik undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Fisher, A. (1998). Uniting Practice and theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, (7), 509-521.

Fritsson, A. & Hägg, M. (2005). *Vårdpersonalens kunskaper och kompetensutnyttjande av arbetsterapi inom primärvården*. (Examensarbete, 51-60 poäng). Lund: Lunds universitet, Institutionen för häls, vård och samhälle, Sektionen för arbetsterapi.

Frödeberg Johansson, A. (2006). *Resursteam – rehabiliteringsmodell på vårdcentralnivå*. Region Skåne.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2004). Vad du behöver veta om arbetsterapi. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Stockholm: Socialhögskolan.

Hallberg, H., Pilemalm, S., & Ockander, M.(1999). IT för hälsoprofessioner: exemplet arbetsterapeuter. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6/1999, 525-539.

Hansen, A., Edlund, C., & Bränholm, I-B. (2004). Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work*, 25, (2005), 231-240

Håkansson, I. (2000). *Primärvårdsterapeutens upplevelse av möjligheter och hinder för utnyttjande av kompetens*. (Examensarbete, 51-60 poäng). Lund: Lunds universitet, Institutionen för neurovetenskap, Avdelningen för arbetsterapi

Jacobsson, D.(2007). Regeringsförslagen om rehabilitering i arbetslivet. *Tidskriften Arbetsterapeuten*, 6, 5.

Järholm, B., & Olofsson, C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006

Ludvigsson, M., Svensson, T & Alexandersson, K. (2006). *Begreppet arbetsförmåga – en litteraturgenomgång*. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

- Kielhofner, G. (Ed). (2002). *A model of human occupation: Theory and Application* (3rd Ed). Baltimore: Williams & Wilkins
- Malten, A. (2000). *Det pedagogiska ledarskapet*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, S. (2006). Attityder och regionala skillnader i sjukförsäkringen. I Palmer, E (red). *SKA-projektet: sjukförsäkring, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv*. Stockholm: Försäkringskassan
- Regeringen. (2000). *Sjukfrånvaro och sjukskrivning*. Socialdepartementet
- Region Skåne. (2007). Handlingsplan för förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne 2006-09-15-2007-12-31. Region Skåne.
- Ruane, Janet. (2006). *A och O i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Sandqvist, Jan. (2007). Ny doktor utvecklade instrument för bedömning av arbetsförmåga. *Tidskriften Arbetsterapeuten*, 6, 12-14.
- Socialstyrelsen. (2007). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2005). *Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004*. Socialstyrelsen.
- SOU 1944:15 *Utredning och förslag angående lag om allmän försäkring*. Socialvårdskommitténs betänkande VII
- Willow, K. (2004). *Författningshandbok 2004- för personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber

World Health Organisation (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*. Geneva: World Health Organisation.

Region Skåne. (2007). Hämtad november 27, 2007, från
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=182985>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2007). Hämtad december 13, 2007, från
<http://www.stm.fi/Resource.phx/sve/ansva/inter/who/index.htx>

Bilaga 1

Vårt syfte med denna studie är att undersöka vad Du som arbetsterapeut anser om Din ”nya” roll i sjukskrivningsprocessen inom primärvården och hur Du ställer dig till denna process.

Din medverkan att delta i studien är helt frivillig och du kan när du vill dra dig ur. Genom att du besvarar på nedanstående frågor, så godkänner du din medverkan i studien. Enkäterna kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till dem och de kommer efter bearbetningen att förstöras. Resultaten kommer att redovisas så att ingen som svarat kan identifieras och konfidentialitet garanteras.

Instruktioner: 1: välj besvara på din mail, 2: skriv in svaret på frågorna genom att sätta markören under respektive fråga, 3: skicka mailet tillbaks till aktuell mailadress.

Frågor till arbetsterapeuter i Nordöstra Skåne

1. Hur många år har du jobbat som arbetsterapeut?
2. Hur många år har du jobbat som arbetsterapeut inom primärvården?
3. Vilka är dina nuvarande arbetsuppgifter som arbetsterapeut?
4. På vilket sätt hanteras sjukskrivningsprocessen idag praktiskt på den/de vårdcentraler du arbetar? Hur är du delaktig i den?
5. Hur uppfattar du att de föreslagna nya arbetsuppgifterna för dig, dvs. att bedöma funktionstillstånd, arbetets krav och arbetsförmåga hos en individ, kommer att se ut?
6. Vilka fördelar/nackdelar kan du se med de nya föreslagna arbetsuppgifterna?
7. Hur kommer de nya föreslagna arbetsuppgifterna att påverka dig på din arbetsplats?

Tack för att du tog dig tid att svara på frågorna!

Med vänliga hälsningar

Helena Areskog och Catarina Wijk

Helena Areskog

Catarina Wijk

Handledare Arne Johannisson

