Örebro universitet
Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Arbetsterapi C, Examensarbete 15 hp
Höstterminen 2014

Arbetsterapeuters upplevelser av prioriteringar i arbetet

– En kvalitativ intervjustudie

Occupational therapists' experiences of work priorities

– A qualitative interview study

Författare:
Elin Johansson
Matilda Pettersson

Örebro Universitet
Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Arbetsterapi C

Arbetets art: Examensarbete omfattande 15 högskolepoäng, inom ämnet arbetsterapi

Svensk titel: Arbetsterapeuters upplevelser av prioriteringar i arbetet: En kvalitativ intervjustudie

Engelsk titel: Occupational therapists' experiences of work priorities: A qualitative interview study

Författare: Elin Johansson & Matilda Pettersson

Datum: 2015-01-23

Antal ord: 7 534

Sammanfattning:
Bakgrund: Prioriteringar är något som alltid har funnits och alltid kommer att finnas inom hälso- och sjukvården. Det råder blandad medvetenhet om grunden till arbetsterapeuters prioriteringsbeslut och en varierad volym av arbetsterapiinsatser påvisar kvalitetsbrist. Under de senaste åren har fokus legat på att utveckla effektiva riktlinjer vid prioriteringsbeslut, vilket förvirrat professioner inom vården. **Syfte:** Syftet är att beskriva vad arbetsterapeuten upplever styr prioriteringar i arbetet samt hur prioriteringarna påverkar arbetsuppgifterna. **Metod:** Studiens design är kvalitativ och data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med sju arbetsterapeuter från olika verksamhetsområden. Som analysmetod används kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Arbetsterapeuterna upplever att deras prioriteringar styrs av tiden, ekonomiska resurser, patienters behov och verksamheternas prioriteringsordningar. Prioriteringar påverkar arbetet på varierande sätt, dels genom väntetider, uppehåll i patientkontakter samt upplevelser av stress och otillräcklighet. Samtidigt bidrar prioriteringsordningar till att arbetet får stöd och struktur vilket inger en känsla av trygghet för arbetsterapeuter. **Konklusion:** Arbetsterapeuternas prioriteringsbeslut varierar, men det råder dock enighet att patienters behov av arbetsterapi i relation till tid och resurser upplevs som styrande faktorer vid prioriteringar. De kan dessutom påverka arbetet positivt i form av stöd vid övervägande prioriteringsbeslut men också bidra till känslor av stress då tiden trots prioriteringarna inte räcker till.

Sökord: Arbetsterapi, prioriteringar, upplevelse, hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

INLEDNING **1**

BAKGRUND **1**
BEGREPP 1
PRIORITERINGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 2
Prioriteringens Etiska plattform 2
Prioriteringsgrupper inom hälso- och sjukvården 3
Horisontella och vertikala prioriteringar 3
ARBETSTERAPI OCH PRIORITERINGAR 4
PROBLEMOMRÅDE 5

SYFTE **5**

METOD **6**
URVAL 6
Etiska aspekter 7
INTERVJUGUIDE 7
DATAINSAMLING 7
Transkribering 8
ANALYSMETOD 8

RESULTAT **8**
PRIORITERING OCH RANSONERING 9
Definition av begreppen 9
Prioritering och ransonering i arbetet 9
OMVÄRLDSFAKTORER 11
Tiden 11
Ekonomiska resurser 11
Organisation av arbetet 12
STÖD OCH RIKTLINJER 12
Prioriteringsordningar 12
Teamarbetets betydelse 13
Jämlik vård 13

DISKUSSION **14**
METODDISKUSSION 14
RESULTATDISKUSSION 16

KONKLUSION **18**

REFERENSLISTA **19**

BILAGA 1 – Intervjuguide

BILAGA 2 – Analysmatris

INLEDNING

I den teoretiska delen av arbetsterapeututbildningen har det varit fokus på individens behov av arbetsterapi och arbetsterapeutiska interventioner, detta är även något som betonats under den verksamhetsförlagda utbildningen. Där har också en annan sida av det arbetsterapeutiska arbetet blivit tydlig; all patientkontakt är beroende av arbetsterapeutens prioriteringar. Varför prioriteringar är ett måste beror på att efterfrågan av vård är större än utbudet av tjänster (Passalent, Landry & Cott, 2009). De senaste 15 åren har ett flertal nya riktlinjer tagits fram för att effektivisera vården, vilket har upplevts som konfliktfyllt för personal då mängden ny information kan vara överväldigande och motsägande (Carlsson & Waldau, 2013).

BAKGRUND

> Prioritera betyder att sätta före; prioritering innebär att något väljs och att något annat väljs bort. Prioriteringar har alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården (Socialdepartementet, 1995).

Oavsett resurstillskott inom hälso- och sjukvården fortsätter vårdbehovets efterfrågan att öka. Prioriteringar inom vården är därför en viktig del av samhällsutvecklingen i såväl motgång som framgång (Socialstyrelsen, 2007). Arbetsterapeutens arbete följer regler och förordningar (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2012) som t.ex. hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Lagen står för bland annat kvalitén på arbetsterapiinsatser som ska vara effektiv, jämlik, säker, kunskapsbaserad, ändamålsenlig och patientfokuserad, vilket är beskrivet i arbetsterapeuternas kvalitetspolicy (FSA, 2011). För att arbetsterapeuter ska sträva efter att erbjuda jämlik vård finns en framtagen etisk kod (FSA, 2012). Koden förespråkar människors lika rättigheter till vård oavsett etnicitet, sexuell läggning, ålder, funktionsförmåga, kön etc. Målet med arbetsterapi är att möjliggöra alternativ för personer som är i behov av hälso- och sjukvård för att kunna leva ett värdigt och meningsfullt liv utifrån dennes önskemål. Detta uppnås genom att utveckla/förhindra/kompensera klientens aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuten ska bemöta klienter med respekt för dennes kompetens till självbestämmande och samtidigt fördela resurserna på ett kostnadseffektivt sätt gentemot klientens behov (FSA, 2012).

Begrepp

Centrala begrepp gällande prioriteringar i hälso- och sjukvården förklaras nedan: begreppet prioriteringar definieras på följande sätt: ”att prioritera innebär att rangordna och välja ut.” (Carlsson & Waldau, 2013). Beroende på situation kan prioriteringar leda till att alla behov tillgodoses, men inte samtidigt (Liss, 2004) eftersom det är ett aktivt och medvetet val som tas (Andersson, Eklund, Larsson, Maathz & Rönström, 2003). Detta kan tydliggöras med ett exempel: en sjukdomsgrupp eller patient går före en annan (Broqvist, 2004). Begreppet rangordna innebär inom vården att sätta ett behov före något annat som behandlas vid ett annat tillfälle eller inte alls (Tinghög & Sandman, 2013).

Ett begrepp besläktat med prioritering är ransonering. Definition enligt Carlsson och Waldau (2013) följer: ”att ransonera innebär att rangordna och välja bort.” Ransonering kan därmed tolkas som ”tuffare” än prioritering och har en mer negativ klang. Med andra ord kan inte de behov som finns tillfredsställas överhuvudtaget eller med fullgod kvalité (Tinghög & Sandman, 2013).

En avgörande faktor för prioriterings- och ransoneringsbeslut är resurser.

> Resurs, tillgång som är känd och åtkomlig för viss verksamhet,
> i vid bemärkelse ett medel för att underlätta uppnående av ett visst mål (Nationalencyklopedin).

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

År 1995 utvecklades den Etiska plattformen av Socialdepartementet för att underlätta prioriteringsbeslut. Den riktas till professioner som tillämpar prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringens Etiska plattform

Den Etiska plattformen (Socialdepartementet, 1995) är styrande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Plattformen bygger på tre allmänna etiska principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna ska vägleda prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 1995), t.ex. beslut om vem som får vård först (Gustavsson, Sandman & Wiss, 2013). Om plattformen inte skulle finnas ges utrymme åt andra principer, till exempel ”megafonprincipen”, vilken innebär att den som skriker högst får bäst vård (West, 2013).

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen (Socialdepartementet, 1995) innebär att människor oavsett roll i samhället har lika värde och rättigheter. Människovärde påverkas inte av vare sig ålder, inkomst, status eller genus. Principen innefattar med andra ord alla människor.

> Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 1997:142).

Behovs- och solidaritetsprincipen

Behovs- och solidaritetsprincipen (Socialdepartementet, 1995) medför en strävan om lika vård. Dock behöver resurserna fördelas beroende på var behoven av vård är störst. Solidaritet innebär i sin tur att grupper som har mindre behov av vård kan behöva lämna företräde åt dem som har större behov av vård som t.ex. barn, medvetslösa personer, personer med kommunikationssvårigheter, åldersdementa och personer med gravt psykiska funktionsnedsättningar.

> … Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (SFS 1997:142).

Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen (Socialdepartementet, 1995) innebär ett ansvar och en balans mellan kostnad och effekt av vårdinsatser, utan påverkan på patientens säkerhet eller vårdens kvalité. Vid val av två alternativa vårdinsatser med samma effekt ska därför alltid det billigaste alternativet väljas.

> Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (SFS 1996:787).

För att inte skapa osämja sinsemellan de ovan nämnda principerna är en rangordning nödvändig. Människovärdesprincipen lägger grund för de övriga principerna och kommer därför högst i den hierarkiska ordningen (Socialdepartementet, 1995).

Prioriteringsgrupper inom hälso- och sjukvården

Den Etiska plattformen (Socialdepartementet, 1995) ligger till grund för Riksdagens utvecklade riktlinjer gällande fyra prioriteringsgrupper. Dessa utvecklades 1996/97 för att ytterligare underlätta och vägleda prioriteringsbeslut inom vården. Prioriteringsgrupperna är uppbyggda efter behovet av vård och är med andra ord inte konstruerade efter diagnos.

Prioriteringsgrupp I	Vård av: – Akuta livshotande sjukdomar – Tillstånd som utan behandling kan leda till invalidisering eller för tidig död – Svåra kroniska sjukdomar – Människor i livets slutskede, palliativ vård – Människor med begränsad autonomi
Prioriteringsgrupp II	– Prevention – Habilitering/rehabilitering
Prioriteringsgrupp III	Vård av mindre svåra: – Akuta fall och kroniska sjukdomar
Prioriteringsgrupp IV	Vård av: – Andra orsaker än sjukdom eller skada

(Socialdepartementet, prop. 1996/97).

Horisontella och vertikala prioriteringar

Inom hälso- och sjukvården finns två typer av prioriteringar som anses vara svåra att skilja på: horisontella och vertikala prioriteringar. Horisontella prioriteringar innefattar val av prioriteringsbeslut gällande vård- och resursfördelning mellan t.ex. verksamhetsområden, behovs- och diagnosgrupper, vårdcentraler och kliniker. Dessa är bestämda på en högre nivå,

dvs. i den politiska sfären och sker mellan verksamheter, för prioriteringarna gäller gemensamma riktlinjer och etiska ställningstaganden (Andersson et al., 2003).

Vertikala prioriteringar sker inom varje verksamhet där prioriteringsbesluten fattas av verksamhetens professioner. Olika prioriteringsbeslut som professionerna ställs inför är t.ex. val mellan metoder, behandling och turordning gällande patienter (Andersson et al., 2003). Som en vägledning har Socialstyrelsen utformat nationella riktlinjer inom varje diagnosgrupp för att ge stöd vid prioriteringsarbeten. Det är av stor vikt att inneha medicinsk kunskap och erfarenhet för att ge bäst vård till rätt patient samt att avgöra i vilket skede vården ska ges (Andersson et al., 2003).

Arbetsterapi och prioriteringar

Många komponenter som till exempel omvärldsfaktorer och inre faktorer konkurrerar med hälso- och sjukvårdens Etiska plattform (Socialdepartementet, 1995). Omvärldsfaktorer är sådant som arbetsterapeuten själv inte kan påverka, bland annat miljö, patienters vilja samt utlåtande från yrkesprofessioner (Broqvist, 2006). Inre faktorer är däremot påverkbara av arbetsterapeuten, som bland annat kunskap och kompetens vid val av åtgärd. Ett exempel på inre faktorer är då arbetsterapeuter prioriterar remisser från läkare framför önskemål från patienter eller andra yrkesgrupper (Broqvist, 2004). Vid bedömningar inom hemsjukvård i Canada finns bestämda vertikala prioriteringar genomförda av enhetschefer gällande patienters rätt till hemsjukvård. Dessa innefattar att en ny bedömning ska ske om patienten redan tillhandahålls mycket hjälp från personlig assistent (Mohammed, Poss, Egan, Rappolt & Berg, 2013). Till skillnad från en svensk studie belyses däremot medvetenheten bakom prioriteringsbeslut som varierad. Även den yrkesroll som förväntas av arbetsterapeuter upplevs som oviss vad gäller prioriteringar samt vilka rättigheter professionen besitter (Broqvist, 2004).

Det har framkommit att arbetsterapeuter upplever ett för stort ansvar gällande vårdsamordning, detta eftersom arbetsterapeuter accepterar både direkta remisser samt remisser från team. Det framkom även att arbetsterapeuter accepterar för många remisser då de är under press från team eller personer som efterfrågar deras insatser. Detta grundar sig i Harries och Gilhoolys (2003) studie där de undersökte den effektivaste insatsen till den mest behövande patienten. Enligt arbetsterapeuternas kvalitetspolicy (FSA, 2011) styrs arbetet av evidens för att möta patientens behov, vilket dessutom anses vara professionens skyldighet (FSA, 2012). Vid prioriteringsfrågor är det av stor vikt att överväga människans behov av vård (Tinghög & Sandman, 2013). Med tanke på människans behov av vård anses begreppen aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning viktiga då de förknippas med ohälsa (Broqvist, 2006). Aktivitet och delaktighet anses som grundläggande behov för människans mående och det är även dessa som prioriteras högst av arbetsterapeuter (Broqvist, 2004). Det har dock visat sig att diagnos har stort fokus vid prioriteringar då arbetsterapeuter har kunskap om diagnoserna, och kan därmed ha en föreställning om vilka behov som finns (Broqvist, 2006).

I Broqvist (2006) studie framgår det att arbetsterapeuter har sina “egna” uppfattningar om hur prioriteringsbeslut ska fattas. Därmed bedöms patienters behov av arbetsterapi på olika sätt där variationerna som uppstår anses förvirrande för arbetsterapeuter. En del av prioriteringarna uppnådde dessutom inte hälso- och sjukvårdens prioriteringsriktlinjer. Som hjälp för arbetsterapeuter vid prioriteringar finns idag ett framtaget beslutsstöd vid hjälpmedelsförskrivning (Wienberg, Broqvist & Blomquist, 2014). I en studie av Carrier, Levasseur och Mullins (2010) undersöktes följderna av begränsad tillgång till arbetsterapi gällande kvalitén på insatser och resursfördelning. Resultatet visar att mängden av arbetsterapiinsatser inom hemsjukvård varierar beroende på finansiering och informationsutbyte. Denna variation av arbetsterapiinsatser leder till brister vid användning av prioriteringskriterier, väntetid och kvalitén på insatser. För att kvalitén ska uppfattas som god menar FSA (2011) att patienter inte bör ha orimliga väntetider. Det har även framkommit att två bedömningsteam bestående av flera vårdprofessioner som t.ex. sjukgymnaster och arbetsterapeuter bedömer remisser olika i 30 % av fallen. Detta innebär att 3 av 10 patienter prioriteras annorlunda vilket i sin tur påverkar deras väntetider (Harding, Taylor, Leggat & Wise, 2010). Ytterligare en studie som identifierade väntetider genomfördes i den offentliga sektorn, där patienter med kroniska sjukdomar hade de längsta väntetiderna gällande arbetsterapiinsatser (Passalent et al., 2009).

Problemområde

Med underlag från tidigare forskning (Broqvist, 2004; Broqvist 2006; Harding et al., 2010; Harries & Gilhoolys, 2003; Levasseur & Mullins, 2010; Mohammed et al., 2013; Passalent et al., 2009) finns behov av att närmare utforska hälso- och sjukvårdens prioriteringar, med avseende att undersöka hur arbetsterapeuter upplever dessa. Det råder brist på kunskaper gällande arbetsterapeuters upplevelser kring styrande faktorer vid prioriteringsbeslut samt hur prioriteringar påverkar arbetet. Kunskapen är viktig att finna svar på då tidigare forskning belyst problemområden inom kvalité och väntetid för patienter (Carrier et al., 2010). Prioriteringsbeslut uppnår dessutom inte alltid en gemensam syn mellan vårdpersonal och patienter, men för att uppnå samsyn och därmed effektivisera vården (Carlsson & Waldau, 2013) behöver personalens synpunkter och upplevelser kring prioriteringar lyftas fram. Därför fokuserar denna studie på att vinkla prioriteringsfrågan till ett personalperspektiv. Med kunskap om arbetsterapeuters upplevelser gällande dagens prioriteringar, kan det vara till nytta för vidare utveckling av riktlinjer för att prioriteringar ska fungera optimalt för både vårdgivare och vårdtagare.

SYFTE

Syftet är att beskriva vad arbetsterapeuten upplever styr prioriteringar i arbetet samt hur prioriteringarna påverkar arbetsuppgifterna.

METOD

Studiens baseras på arbetsterapeuters subjektiva upplevelser och därför genomfördes en studie med kvalitativ ansats. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer, med i förväg formulerade ämnesområden (Polit & Beck, 2012).

Urval

För att besvara studiens syfte efterfrågades åtta arbetsterapeuter verksamma inom olika områden. Urvalet baserades på ett strategiskt urval (Forssén & Carlstedt, 2012) för att få variation i informanternas upplevelser. Verksamhetsområden representerades genom medvetna val, med syfte att finna förmodade likheter och skillnader i informanternas upplevelser. Områdena identifierades därmed både inom landsting och kommun i två medelstora svenska städer. De geografiska områdena bestämdes utifrån ett bekvämlighetsurval, med andra ord de som var mest tillgängliga för studien (Polit & Beck, 2008). Verksamhetsområdena inom landstingen var: rehabilitering, psykiatri, akutsjukvård och hjälpmedelscenter. Områdena i kommunerna var: hemsjukvård, daglig verksamhet och vårdboende. Dessa verksamhetsområden valdes medvetet då arbetsuppgifter och verksamheternas strukturer varierar. För kontakt med verksamheterna genomfördes internetsökningar för mailadresser till enhetschefer. Verksamheter vars hemsida delgav mailadresser inkluderades till studien. Totalt kontaktades åtta enhetschefer inom verksamhetsområden: fyra inom landsting och fyra inom kommun. Ett informationsbrev med studiens syfte, omfattning och tillvägagångssätt skickades tillsammans med ett samtyckesformulär till respektive enhetschef. I brevet informerades enhetscheferna om att de skulle utse en arbetsterapeut med minst fem års erfarenhet för förfrågan om deltagande i studien. Arbetsterapeuterna skulle därefter ta ställning till deltagande och själva besvara förfrågan om deltagande via mail inom angiven tid.

Utskicken av de åtta informationsbreven besvarades inte av någon arbetsterapeut inom angiven svarstid. De åtta enhetscheferna kontaktades då per telefon och information gällande förfrågan om deltagare för studien återgavs. Sju av cheferna anvisade fortsatt kontakt till enskilda arbetsterapeuter via telefon. En chef meddelade att förfrågan skulle behandlas på nästkommande arbetsterapeutmöte. Samtycke av intresserad arbetsterapeut från verksamheten besvarades via mail. Av de sju arbetsterapeuter som kontaktades via telefon medgav fyra stycken sitt muntliga samtycke till deltagande medan telefonkontakt med tre arbetsterapeuter uteblev. Informationsbrev och samtyckesformulär skickades ut via mail till de fyra arbetsterapeuterna, varav tre bekräftade samtycket inom begärd svarstid. Arbetsterapeuten vars bekräftelsemail uteblev kontaktades på nytt via telefon och längre svarstid erhölls. Ytterligare tre enhetschefer kontaktades inom motsvarande verksamhetsområden där telefonkontakt med de tre arbetsterapeuterna uteblev. Verksamheter valdes utifrån tillgängliga telefonuppgifter på internet där enhetscheferna i sin tur förmedlade vidare kontakt till arbetsterapeut. Arbetsterapeuterna kontaktades via telefon och samtliga tre medgav sitt muntliga samtycke, samt bekräftade detta via mail efter utskick av informationsbrev och samtyckesformulär. Arbetsterapeuten som erhöll längre svarstid bekräftade inte deltagandet inom den angivna svarstiden. Studiens deltagare kom därför att totalt uppgå till sju kvinnliga

arbetsterapeuter som representerade verksamhetsområdena rehabilitering, psykiatri, akutsjukvård, hjälpmedelcenter, hemsjukvård, daglig verksamhet och vårdboende.

Etiska aspekter

Informationsbrevet innehöll studiens syfte och upplägg samt etiska överväganden gällande rätten till deltagande, möjlighet att avbryta och konfidentialitet i studien. Därmed uppfylldes informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Dessutom blev arbetsterapeuterna underrättade om att intervjuerna skulle spelas in och att ljudfilerna raderas efter transkribering (Kvale & Brinkmann, 2014). Ett samtyckesformulär bifogades i mailet där information delgavs om att intervjuerna fick bidra till forskning. Detta i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjuerna täckte endast in frågor gällande den aktuella studiens syfte.

Intervjuguide

En studiespecifik intervjuguide utvecklades och användes som underlag för att strukturera intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuguiden formades utifrån översikt av områden som behövde inkluderas i studien för att täcka kunskapsluckan. Områdena bestämdes utifrån ämnets bakgrund samt tidigare forskning om prioriteringar, dessa var: demografisk fakta, verksamhet, etisk plattform och etisk kod samt arbetsterapeutens prioriteringar i arbetet. Tanken bakom områdena var att inleda intervjuerna med frågor bortom studiens syfte för att öppna samtalet (Kvale & Brinkmann, 2014). Etikfrågorna var relevanta eftersom etiska principer ligger till grund för alla prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 1995). De resterande frågorna fokuserade på arbetsterapeuternas upplevelser kring prioriteringar samt vad tidigare forskning påvisat. Med hjälp av områdena, formulerades noggrant utvalda frågor med öppenhet som också kunde utvecklas med följdfrågor för att få en heltäckande beskrivning av informanternas upplevelser (Polit & Beck, 2012). Frågorna grundades på att inhämta arbetsterapeuternas subjektiva upplevelser av prioriteringar i arbetet där vikt lades vid att ställa frågor som gav tydlig information till studiens syfte. Intervjufrågorna tog avstånd från ett akademiskt språk för att undvika missförstånd (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuguiden testades på ett par personer som inte är yrkesverksamma inom vårdsektorn för att få en uppfattning om intervjuernas längd och frågornas ordningsföljd. Efter två genomförda intervjuer med arbetsterapeuter omarbetades intervjuguiden och tre frågor togs bort pga. att de inte svarade mot studiens syfte. Dessutom lades utökade och mer specifika följdfrågor till med syfte att förtydliga informationen som delgavs i intervjuerna. Se bilaga 1 för reviderad intervjuguide.

Datainsamling

Data samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer med sju yrkesverksamma arbetsterapeuter som genomfördes på respektive verksamhet. Vid samtliga intervjuer deltog två intervjuare och frågorna i intervjuguiden delades i förväg upp mellan dem. Inledningsvis klargjordes studiens syfte, omfattning, tillvägagångssätt och konfidentialitet (Kvale & Brinkmann, 2014; Vetenskapsrådet, 2002). Rummets utformning har betydelse för hur avslappnad eller spänd informanterna är då en intervju kräver koncentration. Samtliga intervjuer genomfördes i enskilda rum isolerade från ljud och störningsmoment, vilket även Lantz (2013) menar är till fördel vid intervjuer. Vid fem av sju intervjuer fanns tillfälle att

sitta i en halvmåne, detta för att möjliggöra ögonkontakt men samtidigt ha möjlighet att vika av med blicken på ett bekvämt sätt (Larsson, Rahle Hasselbalch & Palm, 2008). Intervjuerna tog mellan 20-50 minuter att genomföra och genom aktivt lyssnande och fullt fokus på arbetsterapeuterna visades intresse och engagemang (Kvale & Brinkmann, 2014). Beroende på arbetsterapeuternas svar ställdes följdfrågor för att utvidga svaren.

Transkribering

Vid transkriberingen återgavs ljudfilerna ordagrant till nedskriven text, detta i enlighet med Kvale & Brinkmann (2014). Intervjuerna ägde rum med två till tre dagars mellanrum och varje ljudfil transkriberades till hälften var mellan intervjuarna för effektivitetens skull. Innan transkribering bestämdes utformningsregler mellan skribenterna för att hantera texterna likvärdigt. Efter transkribering jämfördes den nedskrivna texten med den inspelade ljudfilen för att kontrollera att ingen information gått förlorad (Kvale & Brinkmann, 2014). Transkriberingarna kodades för att upprätthålla konfidentialitetskravet och de nedskrivna texterna kommer att förstöras efter att studien avslutats.

Analysmetod

Studiens analysmetod är kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman och Hällgren Graneheim (2012), analysen genomfördes tillsammans på det transkriberade textmaterialet efter att ljudfilerna raderats. Varje intervju utgjorde en analysenhet genom att den enskilt kunde analyseras, men samtidigt skapa en enhet med den övriga datainsamlingen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Intervjuerna sammanställdes sedan var för sig med hjälp av domänerna: definitioner, etiska plattformen, tid och resurser samt arbetsterapeutens prioriteringar i arbetet. Utifrån domänerna valdes meningsenheter med avsikt att belysa textens innehåll i sitt sammanhang gentemot studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades genom att koncentrera innehållet och lyfta fram kärnan i texten. Kondenseringarna abstraherades och bildade koder som tog analysen till en ny nivå. Koderna från samtliga sju intervjuer sammanställdes i en tabell för att ge översikt mellan likheter och skillnader och bilda grund för gemensamma kategorier. När upplevelser studeras får inget textinnehåll uteslutas eller hamna under två kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att förhindra detta bildades först underkategorier, diskussioner fördes tillsammans för att få gemensam förståelse kring hur underkategorier skulle skapas. Totalt bildades 15 stycken underkategorier utifrån kodernas likheter och skillnader. Dessa sammanställdes sedan till åtta kategorier utifrån liknande innehåll i underkategorierna. Tre teman trädde fram från kategorierna genom att urskilja deras underliggande budskap och därmed åskådliggöra den röda tråden för studiens resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Se bilaga 2 för analyseringen av ett tema.

RESULTAT

Resultatet redovisar tre teman och åtta kategorier som beskriver upplevelser av prioriteringar i arbetet hos sju arbetsterapeuter från olika verksamhetsområden. Temana är: prioritering och ransonering, omvärldsfaktorer samt stöd och riktlinjer. Dessa tre teman ger rubriker till studiens resultat och kategorierna presenteras som underrubriker. För att stärka studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) presenteras resultatavsnittet med citat som

valdes utifrån tydligast beskrivning av det budskap som önskades förmedlas. För att underlätta läsningen är citaten något omskrivna, utan att förlora kärnan i innehållet.

Prioritering och ransonering

Innebörden av prioritering och ransonering kan uppfattas på olika sätt och därför är arbetsterapeuternas definition av begreppen viktiga att redovisa för att åskådliggöra deras beskrivningar av begreppen. Det är arbetsterapeuternas egna definitioner som är till grund för hur prioritering och ransonering påverkar arbetet.

Definition av begreppen

Begreppet prioritering innebär för arbetsterapeuterna att välja något framför ett annat alternativ, dvs. att välja det viktigaste ärendet just nu. Det råder stor enighet bland dem att det viktigaste ärendet är patienter vars behov av arbetsterapi är störst. Patienters största behov beskrivs på ett varierat sätt som kan vara allt ifrån nya patientärenden, basala behov eller ärenden där barn är inblandade. Några berättar att prioritering handlar om att bestämma i vilken ordning ärenden ska genomföras, samt att det är något som sker på olika nivåer men samtidigt här och nu. Då arbetsterapeuterna beskriver prioriteringens innebörd nämner de även faktorer som arbetsterapeuten själv inte kan påverka såsom pengar och besparingar.

> *Det finns högre instanser som sitter och bestämmer budgetar och vad det finns för ramar att jobba inom, sen är det vi som förhåller oss inom de ramarna och gillar läget. (Arbetsterapeut 6)*

Ransonering är däremot ett begrepp som enligt samtliga arbetsterapeuter inte används i dagligt tal inom hälso- och sjukvården. Trots det beskriver majoriteten ändå en personlig upplevelse av begreppets betydelse. De menar att begreppet ransonering har flera betydelser, men att de alla är inom samma genre. Det kan bland annat innebära att fördela arbetet så att alla patienter får en liten del vardera eller neddragningar av något som t.ex. tjänster. Ransonering kan även handla om att bespara och minska utbudet/kostnader.

> *Ransonering, då tänker jag att varje patient får en liten del av kakan så att det räcker till alla. (Arbetsterapeut 7)*

Prioritering och ransonering i arbetet

Att skilja mellan prioritering och ransonering upplevs stundtals som otydligt och många gånger går de även hand i hand. Några arbetsterapeuter beskriver att de emellertid behöver välja mellan att prioritera eller att ransonera, framför allt under perioder då det är mycket att göra. Val av prioritering och ransonering sker även när patienters behov av arbetsterapi varierar i stor grad, då får den mest behövande patienten snabbast vård.

> *… vad jag gör i vilken ordning jag gör någonting, så prioriterar jag …. Och ransonera, tiden, det kan vara så att vi ska träffa patienterna i 45 minuter… men jag kanske bara har 30 minuter. (Arbetsterapeut 5)*

Arbetsterapeuterna delar en gemensam upplevelse av att prioriteringar gynnar genom att de ger arbetet en grundstruktur. Dock beskriver flertalet arbetsterapeuter osäkerhet vid prioriteringsbeslut vilket visat sig leda till känslor av frustration och stress. Denna osäkerhet påverkar arbetet genom en upplevelse av att inte utföra ett bra jobb samt att inte räcka till. Trots detta finns en gemensam uppfattning om att prioriteringar strukturerar och ger stöd i arbetet. Det finns emellertid en variation i berättelserna angående hur prioriteringar påverkar arbetet. En arbetsterapeut beskriver att insatserna gynnas eftersom det är arbetsterapeutiska bedömningar och värderingar som efterfrågas. Andra upplever att prioriteringar ger stöd i arbetet då fokus kan läggas på det viktigaste och mest akuta ärendena. Prioriteringar kan emellertid krocka med arbetsterapeuternas holistiska synsätt, dvs. att se patienten i ett helhetsperspektiv.

> *… man vill ta hela biten vid ett patientbesök, men prioriteringslistan kanske säger att ”nu får du ta rullstolsdynan och det andra får du ta om en månad.” Medan jag vill ha helheten och en röd tråd och jag vill tänka som en arbetsterapeut och ta patienternas synsätt, deras upplevelse och deras mål. (Arbetsterapeut 4)*

Vidare beskriver arbetsterapeuterna att prioriteringar är en begränsning, detta eftersom olika valmöjligheter i arbetet minskas. Samtidigt bidrar de till ökad lyhördhet angående vilken energinivå och visat engagemang som ges till patienterna. I och med detta sker dagligen en fördelning av engagemanget gentemot patienterna för att få energin att räcka till alla och därmed få arbetet att fungera. Med andra ord tillhandahålls patienter med störst behov av arbetsterapi mest engagemang. Detta upplevs emellertid som en begränsning då det kan ge olika utslag i behandlingarna. Enligt informanterna bidrar prioriteringar även till mycket planering för att få ihop patientmöten men oftast går det att lösa på ett enkelt sätt genom att prioriteringarna ger tydliga riktlinjer.

Dessutom visar det sig att ransonering förekommer vid prioriteringar trots okunskap om begreppet. Vid eftertanke hos arbetsterapeuterna beskrev de hur ransonering påverkar arbetet, framför allt genom att besökstiden med patienterna kortas ned eller sker med långa mellanrum. Patientkontakten kan i dessa fall bli hackig och den röda tråden kan ibland försvinna i behandlingen, detta ger upplevelsen om att kvalitén på arbetsterapeutens arbete inte alltid blir fullgod. Arbetsterapeuterna berättar vidare att ransonering blir tydligt vid hjälpmedelsförskrivning då de stundtals blir begränsade på grund av verksamheternas ekonomiska resurser. Detta leder till att arbetet drabbas genom mindre valmöjligheter gällande hjälpmedelsförskrivning eftersom medvetenheten om verksamheternas budgetar styr arbetet.

> *Man är mycket mer kostnadsmedveten när det gäller hjälpmedel, vi får tänka på att inte ta hem lika mycket hjälpmedel att prova, det är så jag tycker ransoneringen märks av. (Arbetsterapeut 3)*

Omvärldsfaktorer
Ett återkommande tema är att prioriteringar styrs av omvärldsfaktorer, dvs. sådant som inte själv går att påverka. Omvärldsfaktorer för arbetsterapeuterna är: tiden, ekonomiska resurser och organisation av arbetet, dessa faktorer påverkar i sin tur det arbetsterapeutiska arbetet.

Tiden
Något som samtliga arbetsterapeuter upplever styr prioriteringar och påverkar arbetet är tiden. Denna faktor leder till ökade väntetider för patienter och ibland övertid för arbetsterapeuterna. Prioriteringar påverkar arbetet genom att tiden behöver disponeras ”rätt” då det är den som styr hur många patienter arbetsterapeuterna hinner träffa. Arbetsterapeuterna framför en önskan om att hinna utföra mer i sitt arbete då de idag upplever begränsningar av tidsbrist. Tidsbristen leder också till att uppföljningsarbetet och/eller reflektionstiden reduceras eller försvinner helt.

> *Det kan vara frustrerande ibland. Att man inte räcker till och att man inte kan göra ett bra jobb. (Arbetsterapeut 1)*

Variationer av tidsbrist beskrivs varav en aspekt är att det kan leda till dålig stämning mellan professioner då arbetsterapeuterna inte kan utföra insatser på flera ställen samtidigt. Kvalitén upplevs dessutom kunna bli bättre om möjlighet till tätare patientkontakter och mer tid vid insatser finns. Ytterligare en aspekt av tidsbrist är då tiden till önskade arbetsuppgifter inte räcker till, vilket ger upplevelser av stress och dåligt samvete i arbetet. Arbetet kan dessutom påverkas av tidsfördröjning pga. att andra professioner prioriterar på annorlunda sätt än arbetsterapeuterna. Detta leder till att de måste utföra uppgifter som annan profession önskar eller som arbetsterapeuten egentligen har delegerat till annan personal.

> *… vårdpersonalen har jättemycket att göra och de kan inte alltid prioritera att ADL-träna med patienterna som jag kanske har rekommenderat, vilket betyder att jag kanske måste göra det istället för någonting annat. …. Då får jag ta bort någonting annat, oftast utvecklingsarbete eller vänta med att skriva journal. (Arbetsterapeut 5)*

Ekonomiska resurser
Ekonomiska resurser är ytterligare en omvärldsfaktor som styr arbetsterapeutens prioriteringar i arbetet. Följder av ekonomiskt underskott ger upplevelser av hårdare prioriteringar, stress och oregelbunden patientkontakt orsakat av hög omsättning på personal. Genom kostnadsmedvetenhet påverkar det också prioriteringsarbetet då arbetsterapeuterna strävar efter att i så stor utsträckning som möjligt välja det minst kostsamma alternativet. Arbetsterapeuterna beskriver att ett ekonomiskt underskott minskar möjligheterna att hålla sig ajour inom området eftersom att kostnader för utbildningar inte prioriteras av verksamheterna. Därmed påverkas förutsättningarna i arbetet då kompetens inte utvecklas vilket leder till mindre drivkraft.

> *Det påverkar mycket … vilket gör att det blir hårdare prioriteringar och mer stress. …. utbildningar som kostar blir indraget. Så det påverkar kompetensen, intresset och motivationen. (Arbetsterapeut 4)*

Det framgår tydligt av arbetsterapeuterna att kostnadsmedvetenheten ger utslag på inköp och val av hjälpmedel. Dock finns varierade åsikter gällande hur de ekonomiska resurserna påverkar arbetet då en arbetsterapeut inte upplever att arbetet blir påverkat.

Organisation av arbetet

Prioriteringarna styrs även av verksamheternas regler gällande vilka arbetsuppgifter som alltid behöver genomföras i en verksamhet. Dessa regler behöver följas trots att arbetsterapeuten ibland redan bedömt att specifika arbetsuppgifter inte behöver genomföras. Det kan t.ex. handla om ett obligatoriskt hembesök hos en patient trots vetskapen om att patienten inte kan återvända hem igen. Reglerna upplevs för arbetsterapeuten som tidskrävande då andra prioriteringar får vänta. Även det faktum att verksamheterna generellt sätt prioriterar sjuksköterskans arbete högre än arbetsterapeutens, kan i sin tur påverka arbetet vid organisatoriska komplikationer. Detta genom att tidsfördelningen per patient minskas eller att patientmöten stundtals behöver avbokas, patientkontakten blir därmed lidande genom längre väntetider. Ytterligare en faktor som enligt arbetsterapeuterna styr prioriteringsarbetet är när patienter förflyttas mellan en verksamhet till en annan. Om den förflyttade patienten kräver snabb insats måste arbetsterapeuten ta tid från andra planerade arbetsuppgifter vilket resulterar i omprioritering av arbetsuppgifterna.

Stöd och riktlinjer

Arbetsterapeuterna arbetar inom olika områden och det framgår att fyra verksamheter har utvecklat egna prioriteringsordningar. Samtliga arbetar i team där prioriteringar diskuteras i en vid utsträckning och verksamheterna strävar efter att erbjuda jämlik vård.

Prioriteringsordningar

Verksamheterna skiljer sig åt gällande användandet av utvecklade prioriteringsordningar anpassade till deras verksamhet. Gemensamt för de sju arbetsterapeuterna är att ingen känner till Socialdepartementets Etiska plattform trots att denna går att se spår av i tre av de fyra egenutvecklade prioriteringsordningarna. Verksamheternas egna prioriteringsordningar har olika strukturer men samtliga är uppbyggda efter patientens behov av vård. Arbetsterapeuterna är positiva till dessa utvecklade prioriteringsordningar och de upplever att de ger riktlinjer och stöd vid överväganden, framför allt vid osäkra prioriteringsbeslut.

> *Det var svårare när vi inte hade något prioriteringsstöd …. Förut var det mer såhär ”jag vet inte hur lång tid det har gått, det har legat där i högen och man har inte haft koll på samma sätt.” (Arbetsterapeut 4)*

Det finns varierade upplevelser kring osäkerhet vid prioriteringar. Några arbetsterapeuter beskriver att de finner stöd av verksamheternas prioriteringsordningar samt allmänna regelverk som t.ex. hjälpmedelshandboken vid känslor av osäkerhet. Andra upplever att prioriteringsordningarna ger tydliga riktlinjer för hur prioriteringar bör ske för att undvika oväntade situationer gällande prioriteringsbeslut. En arbetsterapeut beskriver känslan av

trygghet i patientmöten genom att vara påläst om verksamhetens prioriteringsordning för att undvika osäkerhet.

> *Jag läser på prioriteringsordningen innan patientbesök, för att jag ska ha information att ge ifall jag hamnar i en situation där det blir otydligt … (Arbetsterapeut 6)*

Arbetsterapeuterna delger att patientens behov är i fokus och att patienter med störst behov prioriteras först. Några verksamheter strävar efter förutbestämda mål, som t.ex. snabb hemgång från sjukhus, och tillsammans med prioriteringsordningar upplevs dessa underlätta arbetet. Detta eftersom det genom tydliga riktlinjer ger stöd för hur arbetsterapeuterna bör tänka vid prioriteringar.

Teamarbetets betydelse

Samtliga arbetsterapeuter arbetar i team vilket innebär ett samarbete med andra professioner eller andra arbetsterapeuter. Stöd från kollegor är något som alla arbetsterapeuter nyttjar och för de tre verksamheter som inte tillämpar prioriteringsordningar finns inget konkret att använda vid övervägande prioriteringsbeslut, därför berättar de att stöd från kollegor är extra viktigt. Majoriteten av arbetsterapeuterna anser att ett bra teamarbete kräver samarbete i form av givande och tagande mellan professioner som bland annat innebär att de kan täcka upp för varandra och därmed prioritera om i sitt arbete.

> *Min kollega och jag har bra samarbete och diskuterar mycket, ibland får den ena ge med sig lite och den andra får då mer, så det är ju lite givande och tagande … (Arbetsterapeut 3)*

Vid osäkra prioriteringsbeslut är stöd från kollegor och chefer särskilt viktigt. Det framgår även att kunskaper från arbetsterapeututbildningen och arbetslivserfarenhet upplevs som en resurs vid prioriteringsbeslut. Osäkerhet vid prioriteringar leder ofta till resonerande och många diskussioner. Arbetet präglas då av känslor av trygghet även om prioriteringsbesluten tar längre tid att fatta. Det täta samarbetet i team kan i en del fall leda till att professionerna blir oense kring prioriteringsbeslut. Arbetsterapeuterna menar att oenigheten kan innebära tidskrävande samtal sinsemellan professionerna, men att de då drar lärdomar av varandra.

Jämlik vård

En riktlinje som det råder enighet om är att kvalitén på arbetet inte ska påverkas av prioriteringar. Något som tydligt beskrivs är att alla människor oavsett religion, etnicitet, kön och ålder har rätt till och ska erbjudas lika vård, vilket alltid eftersträvas. Flertalet arbetsterapeuter erbjuder lika vård men menar att språkbarriärer kan komplicera och fördröja arbetet då exempelvis tolk behöver bokas. Dessa ärenden prioriteras på samma sätt men upplevs inte som påverkningsbara eftersom det är ett samarbete med annan profession och dennes prioriteringar. Det framgår även att det finns upplevelser av att omedvetet prioritera patienter med yngre ålder framför äldre människor.

> *Jag behandlar alla lika ... Är det så att jag prioriterar eller tänker lite mer på den som är yngre som det finns MASSOR att göra med, mot den som är 85 år? Det är säkert så att jag omedvetet prioriterar även om jag tycker att alla har lika värde. (Arbetsterapeut 5)*

Arbetsterapeuterna beskriver att prioriteringar i vissa fall kan komma att påverka kvalitén på arbetet genom att energinivån och engagemanget måste fördelas mellan patienter. Detta innebär att väsentliga saker i patientkontakten såsom grundläggande information kan undgå arbetsterapeuten. Dessutom är upplevelsen av jämlik vård varierad i den aspekt att de patienter som för mycket väsen av sig, gör anmälningar eller använder verbala hot prioriteras före tysta patienter. Dock framgår det tydligt att prioriteringsordningar bidrar till ett stöd och därmed håller hög kvalité på arbetet.

> *… vi har byggt upp vissa standardfraser både för ADL och för kognition. Lägger vi till ett annat bedömningsinstrument måste vi formulera oss mer fritt, men har ändå en grundläggande struktur JUST för att vi inte ska göra avkall på kvalitén och att det ska se så likartat ut som möjligt. (Arbetsterapeut 2)*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens design är en kvalitativ intervjustudie vilket ansågs lämpligt då arbetsterapeuternas upplevelser skulle beskrivas. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det genom samtal som upplevelser delges. Detta blev möjligt genom att intervjuguidens frågor framtogs för att täcka arbetsterapeuternas subjektiva upplevelser. Urvalet av deltagare skedde genom enhetschefer vilket kan göra att studiens resultat kan ha påverkats av chefernas beslut om potentiella arbetsterapeuter som matchade studiens inklusionskriterium. Kriterierna var att deltagarna skulle vara verksamma arbetsterapeuter med minst fem års erfarenhet. Med tanke på ämnets komplexitet bestämdes längden på yrkeserfarenheten med förhoppning om att arbetsterapeuterna har erfarenhet inom ämnet. Vad chefernas val grundade sig på är för oss oklart och det råder även en oklarhet om arbetsterapeuternas roll i verksamheterna, vilket kunde påverka deras syn och upplevelser av prioriteringar i verksamheten. Emellertid har enhetschefernas medverkan bidragit till ett bredare urval än vad som annars varit möjligt inom ramen för studien ur ett kontaktmässigt perspektiv, vilket ökar studiens överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Trots det kan de vara svårt att dra slutsatser om studiens överförbarhet i och med att olika verksamhetsområden inkluderades för att möjliggöra likheter och skillnader i upplevelser. På grund av konfidentialitetskravet fanns dessutom ingen möjlighet att koppla resultat till specifika verksamheter. Detta kan i sin tur också hindra överförbarhet eftersom studiens läsare saknar underlag om vilken information som framförts inom de olika verksamhetsområdena. En begränsning med urvalet var att mailkontakten genomfördes i två steg (enhetschef, arbetsterapeut) vilket fördröjde urvalets tidseffektivitet. I arbetsterapeuternas informationsbrev framfördes etiska aspekter som uppfyllde Vetenskapsrådets (2002) fyra krav, vilket tydliggjorde att medverkan var frivillig. Antalet deltagare ansågs täcka studiens syfte genom att informationen uppnådde mättnad dvs. ytterligare intervjuer bidrar inte till nya kunskaper av betydelse (Kvale & Brinkmann, 2014) inom studiens ramar.

Intervjuguiden var till stor nytta då den täckte in studiens syfte och styrde intervjuerna (Polit & Beck, 2012) samt gav utrymme att ställa följdfrågor. Innan intervjuerna med arbetsterapeuterna genomfördes provintervjuer på två personer som inte arbetar inom vårdsektorn vilket ansågs värdefullt då det gav en känsla kring intervjuernas tid och frågornas ordningsföljd. Med hjälp av den semistrukturerade intervjuguiden hjälpte det intervjuarna att hålla ämnet inom studiens ramar. Intervjufrågorna tog avstånd från ett akademiskt språk och specifika ord betonades för att undvika missförstånd. Efter två genomförda intervjuer omarbetades intervjuguiden då tre frågor inte svarade mot syftet. Den reviderade intervjuguiden ansågs lämplig för studien för att den möjliggjorde egna tankar och berättelser. Intervjufrågorna var utformade för att täcka många aspekter inom området. Då intervjuguiden omarbetades efter två intervjuer blev de resterande fem intervjuerna mer specifika. Detta kan ha påverkat resultatet eftersom de fem sista intervjuerna gav mer information som svarade mot syftet än de två tidigare. En begränsning med intervjuguiden var att en del frågor uppfattades av arbetsterapeuterna som svåra att urskilja. Detta kan bero på att ämnet är komplext och många aspekter av prioriteringar går ”hand i hand”.

Före en intervju är det av stor vikt att skapa ett förtroende och en god relation mellan intervjuare och respondent. Detta uppnåddes genom att inledningsvis småprata (Lantz, 2013) samt att ställa frågor bortom studiens syfte för att bryta isen (Polit & Beck, 2012). Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är en forskningsintervju ett samtal som i förväg innehar maktasymmetri, detta eftersom intervjuarna bestämt samtalsämnen och styr frågorna. Då intervjuerna genomfördes av två personer ställdes höga krav för att undvika eventuella maktbarriärer. Vidare menar Lantz (2013) att rummets utformning har stor betydelse för intervjuns samspel. Eftersom intervjuerna utspelade sig på arbetsterapeuternas verksamheter var detta inte påverkningsbart från start. På plats fanns ibland möjlighet att göra små justeringar som t.ex. placering av stolar. Något som också kan ha påverkat intervjuns samspel var det faktum att informanterna var i deras “hemmamiljö” medan intervjuarna endast var “besökare”. Detta kan då anses som att arbetsterapeuterna har ett maktövertag, vilket inte behöver tolkas negativt, eftersom intervjuarna innehar en högre maktposition från start (Kvale & Brinkmann, 2014). För att släta ut maktpositionerna var intervjuarna tydliga med information till arbetsterapeuterna om att avbryta vid oförståelse och otydlighet vid frågor.

Innan transkriberingsfasen hade skrivregler mellan skribenterna bestämts. Detta för att minska risken att innebörd av transkriberingarna uppfattas olika. Efter transkribering jämfördes texten med ljudfilen så att ingen information gått förlorad. Transkriberingarna kodades för att upprätthölls konfidentialitetskravet, detta för att stärka att varje intervju var relevant och bidrog till resultatet. Transkriberingarnas reliabilitet dvs. tillförlitlighet (Kvale & Brinkmann, 2014) anses därför vara hög eftersom transkriberingarna utfördes på samma sätt. Validiteten dvs. giltigheten (Kvale & Brinkmann, 2014) är svår att bedöma eftersom skribenterna bestämde regler om ordagrann återgivning förutom vad gäller tonlägen och kortare pauser. Analysfasen gjordes tillsammans för att tolka materialet på samma sätt. Med tanke på transkriberingarnas reliabilitet och genomförd analys uppfattar skribenterna att studiens tillförlitlighet är god.

Att utföra en kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) upplevdes som ett strukturerat tillvägagångssätt fram till resultatet. Analyssättet kunde ses pendla mellan en induktiv och deduktiv ansats i de olika analysfaserna och vi tog därför ett medvetet val att inte benämna analysen som varken eller. Då intervjuguidens frågor grundade sig på specifika områden önskades ändå utrymme för en förutsättningslös analys för att inte gå miste om information inom studiens ramar. Genom att intervjuguiden fokuserade på specifika områden strukturerades ämnet vilket gav stöd vid analyseringen, detta kan tänkas vara en deduktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Samtidigt analyserades informationen förutsättningslöst utifrån intervjuguidens områden, med andra ord en induktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Ingen text från svaren på de borttagna intervjufrågorna i de två första intervjuerna analyserades pga. att de inte svarade mot syftet. Däremot kan djupare information kopplat till syftet ha missats i de två första intervjuerna på grund av alltför ytliga följdfrågor. Resultatet hade möjligtvis uppnått större variation eller djupare samsyn om samtliga intervjuer genomförts med samma intervjuguide. Analysförfarandet upplevdes stundtals komplicerat eftersom den insamlade datan endast fick förekomma under en kategori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta uppfattades som en begränsning då vi behövde backa i analyseringsfasen om likande information upptäcktes, vilket innebar tidskrävande diskussioner. Därför tillämpades underkategorier för att minimera risken att förlora data.

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att beskriva vad arbetsterapeuten upplever styr prioriteringar i arbetet samt hur prioriteringarna påverkar arbetsuppgifterna. Resultat visar på likheter och skillnader i upplevelser av prioriteringar i arbetet. Arbetsterapeuterna beskrev en någorlunda samsyn inom de flesta områdena. Liknande upplevelser förmedlades gällande hur prioriteringar styrs av tid och ekonomiska resurser vilket bidrog till starka känslor av stress och otillräcklighet. Trots det varierade beskrivningar av hur arbetet i sin tur blev påverkat av prioriteringarna. Det framkom också enighet om att det var individens behov av arbetsterapi som styrde prioriteringarna och att omplanering i arbetet därmed kunde krävas.

Prioritering är ett begrepp som samtliga arbetsterapeuter kände till och definierade innebörden av på liknande sätt som Socialdepartementet (1995) beskriver; att välja det viktigaste först. Däremot kunde endast ett fåtal arbetsterapeuter definiera begreppet ransonering, och de var alla överens om att uttrycket inte användes inom verksamheterna. Det motsatta beskrivs av Tinghög & Sandman (2013) där ransonering framställs som ett vedertaget begrepp inom vården. Det är av vikt att redogöra arbetsterapeuternas definitioner av begreppen prioritering och ransonering för att jämföra litteraturens beskrivning (Carlsson & Waldau, 2013; Socialdepartementet, 1995) med arbetsterapeuternas. Det framkom varierade upplevelser av att behöva välja mellan att prioritera eller ransonera. De få arbetsterapeuter som kunde redogöra för ransoneringens innebörd upplevde att de emellanåt behövde välja mellan dessa. Att behöva välja mellan att prioritera eller ransonera gick även att utläsa i beskrivningarna bland arbetsterapeuter som inte kände till ransoneringens betydelse. En fråga som väcktes hos oss är om en ökad medvetenhet av ransoneringens betydelse även kan öka förståelsen för arbetsterapeutens arbete? Medvetenheten skulle i så fall kunna leda till möjlighet att motverka

ransoneringsbeslut. Enligt Tinghög och Sandman (2013) bör människans behov av vård vara i fokus vid prioriteringsbeslut, vilket var något som samtliga arbetsterapeuter poängterade. Det finns dock ingen koppling med Broqvist studie (2006) gällande att arbetsterapeuter prioriterar efter diagnos. Arbetsterapeuterna prioriterade ibland efter patientens prognos, vilket stärker att det är behovet som prioriteras och inte diagnos.

Omvärldsfaktorer (Broqvist, 2006); förutsättningar som arbetsterapeuterna arbetar utifrån utan att kunna påverka var ett återkommande tema från arbetsterapeuterna. Tid och ekonomiska resurser styrde prioriteringarna och flertalet menade att kvalitén påverkades vid längre väntetider eller vid tillfällen då patientbesök kortades ner. Detta är något som stämmer överens med en studie (Carrier et al., 2010) som påtalar brist i kvalité och väntetider gällande varierad mängd av arbetsterapiinsatser gentemot patienter. Långa väntetider är även något FSA (2011) anser försämra kvalitén på arbetsterapiinsatser. Enligt Carlsson och Waldau (2013) ses väntetider emellertid som en nödvändighet för att resurserna ska räcka till. Arbetsterapeuternas prioriteringar var i stor grad styrda av de ekonomiska resurserna trots att denna princip enligt Socialdepartementet (1995) kommer sist i den hierarkiska ordningen av de tre principerna. Utlåtanden från andra professioner anses också vara en omvärldsfaktor (Broqvist, 2006) som även kan kopplas till upplevelserna gällande andra professioners prioriteringar. Det blev tydligt att professioners prioriteringar var en del av teamarbetet, vilket i sin tur kunde leda till längre väntetider för patienterna. Broqvist (2004) delgav dessutom att arbetsterapeuter prioriterar remisser från läkare framför andra yrkesgrupper, detta var något som vi inte kunde uppfatta, istället respekterades alla professioners utlåtanden och önskemål.

Några arbetsterapeuter beskrev att de arbetar efter regler bestämda på en högre nivå gällande samarbete mellan verksamhetsområden. Arbetsterapeuterna måste alltid följa och rätta sig efter reglerna trots att det stundtals inte finns tid för arbetsuppgifterna. Att reglerna är bestämda på en högre nivå kopplas till de så kallade horisontella prioriteringar dvs. prioriteringar mellan olika verksamhetsområden (Andersson et al., 2003). Dessutom beskrev fyra arbetsterapeuter att deras verksamheter utvecklat anpassade prioriteringsordningar utifrån patienters behov av arbetsterapi. Det blev tydligt att dessa prioriteringsordningar är verksamheternas vertikala prioriteringar. De vertikala prioriteringarna handlar om att ge stöd vid prioriteringsbeslut som t.ex. val av behandling eller turordning (Andersson et al., 2003) vilket överensstämde med arbetsterapeuternas upplevelser av prioriteringsordningarna. Vi reflekterade över att arbetsterapeuterna hade stor medvetenhet bakom sina prioriteringsbeslut. Då endast fyra arbetsterapeuter hade en prioriteringsordning att följa, var det förvånande att samtliga arbetsterapeuter var så medvetna över sina beslut. Detta är också något som skiljer sig från litteraturen (Broqvist, 2004) där det framkom att medvetenheten bakom ett prioriteringsbeslut är varierat. De vertikala prioriteringarna uppskattades av samtliga arbetsterapeuter vars verksamhet har en prioriteringsordning. Detta väcker tankar kring varför prioriteringsordningar inte spridits till alla verksamheter då det upplevs som ett stöd och underlättar arbetet.

Socialdepartementets Etiska plattform (1995) var något arbetsterapeuterna inte kände till trots att den låg som grund för tre av verksamheternas vertikala prioriteringar. En koppling till den

Etiska plattformen blev tydlig då principerna ändå fanns med i arbetsterapeuternas arbetssätt genom tankar av kostnadseffektivt och val av billigaste likvärdiga alternativ. Det gick även att urskilja behovs- och solidaritetsprincipen (Socialdepartementet, 1995) då arbetsterapeuterna var eniga om att behovet av arbetsterapi är styrande vid prioriteringar. I en intervjufråga om människovärdesprincipen (Socialdepartementet, 1995) var upplevelserna varierande. Samtliga arbetsterapeuter ansåg att alla människor har lika värde och att de överlag tillhandahåller jämlik vård. Efter reflektion kunde arbetsterapeuterna ändå delge att deras prioriteringar utifrån exempelvis ålder och språkförståelse kunde ske omedvetet. När den Etiska plattformen utvecklades fanns även syftet att minska rum för andra principer som bland annat "megafonprincipen" (West, 2013), trots det beskrevs upplevelser av att människor som utmärker sig får snabbare vård genom att exempelvis föra mycket väsen av sig. Spekulationer kring vad denna prioritering kan innebära, leder till tankar om att orättvisa inom hälso- och sjukvården är vanligt förekommande vilket kan leda till misstro för vården.

Prioriteringsriktlinjer har diskuterats och debatteras under de senaste 15 åren. Syftet med utveckling av nya riktlinjer är att effektivisera vården (Carlsson & Waldau, 2013), vilket vi förmodar ännu inte uppnått framgång eftersom nya riktlinjer fortsätter att utvecklats i snabb takt. Då detta upplevts som konfliktfyllt och motsägande för vårdpersonal (Carlsson & Waldau, 2013) finns det förmodligen brister vid användandet av dem. Ytterligare en tanke kring varför det upplevs som motsägande för personal tror vi beror på att riktlinjer utvecklas med ett tänkbart mål att passa alla vårdprofessioners perspektiv. Arbetsterapeuternas upplevelser av prioriteringar kan bidra till ett bredare perspektiv inom området. Framtida riktlinjer kan därmed utvecklas med fokus att anpassas till specifik profession.

KONKLUSION

Studien beskriver arbetsterapeuters upplevelser gällande prioriteringar i arbetet och resultatet visar att upplevelserna är varierade. En samsyn finns angående styrande faktorer vid prioriteringsbeslut nämligen patientens behov av arbetsterapi samt tid och ekonomiska resurser. Utöver denna gemensamma syn vid prioriteringsbeslut skiljer sig användandet av vertikala prioriteringar åt då endast fyra verksamheter utvecklat prioriteringsordningar. Arbetsterapeutens holistiska synsätt krockar emellertid med prioriteringar eftersom punktinsatser ofta genomförs. Detta leder till fragmentariska insatser som omöjliggör en helhetsbild av patient och behandling. Prioriteringar påverkar även arbetsterapeuternas arbete på varierande sätt genom såväl stöd som upplevelser av stress. Under studien väcktes intresse för ransoneringens betydelse; om ökad medvetenhet kring begreppet kan minska ransoneringsbeslut. Därför önskas framtida studier inom ämnet. Dessutom efterfrågas fortsatt forskning inom studiens område för att utveckla prioriteringsriktlinjer som tillfredsställer både vårdgivare och vårdtagare för att effektivisera vården. Med tanke på vårdprofessionernas olika arbetsuppgifter kan en övergripande prioriteringsriktlinje förmodligen inte beakta alla professioners nödvändiga prioriteringar. Därmed kan denna studies kunskap bidra till arbetsterapipraxis genom att utveckla prioriteringsriktlinjer konstruerade specifikt för professionen.

REFERENSLISTA

Andersson, G., Eklund, A., Larsson, S., Maathz, G., & Rönström, K. (2003). *Uppdrag: hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

Broqvist, M. (2004). *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik* (Rapport 2004:3). Linköping: PrioriteringsCentrum.

Broqvist, M. (2006). *Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar* (Rapport 2006:4). Linköping: PrioriteringsCentrum.

Carlsson, P., & Waldau, S. (2013). Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården. I P. Carlsson & S. Waldau (red.), *Att välja rättvist: om prioriteringar i hälso- och sjukvården* (s. 17-34). Lund: Studentlitteratur.

Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). *Accessibility of Occupational Therapy Community Services: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis*. OccupationalTherapy In Health Care, 24(4), 360-376.

Forssén, A., & Carlstedt, G. (2012). Feministisk forskning - ett exempel. I M. Granskär & B. Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. Uppl., s. 75-93). Lund: Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2011). *Kvalitetspolicy: grunden för ständig förbättring av arbetsterapi.* Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004 och 2012*. (5 uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).

Gustavsson, E., Sandman, L., & Wiss, J. (2013). Rättviseteorier och prioriteringar. I P. Carlsson & S. Waldau (red.), *Att välja rättvist: om prioriteringar i hälso- och sjukvården* (s. 49-64). Lund: Studentlitteratur.

Harding, KE., Taylor, NF., Leggat, SG., & Wise, VL. (2010). *Prioritizing patients for Community Rehabilitation Services: do clinicians agree on triage decisions?* Clinical Rehabilitation, 24(10), 928–934.

Harries, P., & Gilhooly, K. (2003). *Identifying occupational therapists' referral priorities in community health*. OccupationalTherapy International, 10(2), 150-164.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik.* Lund: Studentlitteratur.

Larsson, I., Rahle Hasselbalch, L. & Palm, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Liss, PE. (2004). *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård: en begreppsanalys* (Rapport 2004:9). Linköping: PrioriteringsCentrum.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Mohammed, R., Poss, J., Egan, M., Rappolt, S., & Berg, K. (2013). *Decision makers' allocation of home-care therapy services: A process map*. Physiotherapy Canada, 65(2), 125-132.

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Resurs*. Tillgänglig: 2014-10-17:http://www.ne.se/resurs

Passalent, L., Landry, M., & Cott, C. (2009). *Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada*. Physiotherapy Canada, 61(1), 5-14.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (9. uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS1982:763**.** *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm**:** Socialdepartementet.

SFS1996:787**.** *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm**:** Socialdepartementet.

SFS1997:142**.** *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm**:** Socialdepartementet.

Socialdepartementet (1995). *Vårdens svåra val: Slutbetänkande av prioriteringsutredningen*. Statens offentliga utredningar SOU 1995:5.

Socialdepartementet, prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.* Tillgänglig: 2014-10-20:http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/Prioriteringar-inom-halso--och_GK01SoU14/

Socialstyrelsen (2007). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2014). Nationella riktlinjer. Tillgänglig: 2014-10-20: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer

Tinghög, G., & Sandman, L. (2013). Centrala begrepp vid prioriteringar. I P. Carlsson & S. Waldau (red.), *Att välja rättvist: om prioriteringar i hälso- och sjukvården* (s. 35-48). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

West, E. (2013). *Riksdagens riktlinjer och den etiska plattformen*. Tillgänglig: 2014-10-15:https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/e-learning/inledning/avsnitt-3-riksdagens-riktlinjer-och-den-etiska-plattformen?l=sv

Wienberg, A., Broqvist, M., & Blomquist, UB. (2014) *Att prioritera på individnivå: beslutsstöd vid hjälpmedelsförskrivning* (Rapport 2014:2). Linköping: PrioriteringsCentrum.

Bilaga 1 – Intervjuguide

Demografisk fakta

1. Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut?
2. Hur många år har du arbetat på denna arbetsplats?

Verksamhet

3. Kan du kort beskriva verksamheten och klientgrupperna?
4. Vilken åldersgrupp är klienterna?
5. Vilka andra yrkesgrupper arbetar här?
6. Hur många arbetsterapeuter arbetar i din verksamhet?
7. Vilka arbetsuppgifter har du här?

Begrepp

8. Vad tänker du på när vi säger begreppen ”prioritering” och ”prioriteringar inom hälso- och sjukvården”?
9. Kan du berätta vad du tänker på när du hör ordet “ransonering” och “ransonering inom hälso- och sjukvård”?
10. Upplever du att du behöver välja mellan prioritering eller ransonering?

    Om nej: Gå vidare till nästa fråga

    Om ja: På vilket sätt påverkar det ditt arbete?

Etisk plattform & Etisk kod

11. Känner du till den Etiska plattformen som Socialdepartementet utvecklat som stöd vid prioriteringsbeslut?

    Om nej: hoppa till fråga 13

    Om ja: gå vidare till nästa fråga
12. Upplever du att den Etiska plattformen påverkar ditt arbete?

    – På vilket sätt?
13. Känner du till arbetsterapeuternas Etiska kod?

    Om nej: hoppa till fråga 15.

    Om ja: gå vidare till nästa fråga
14. Upplever du att den Etiska koden påverkar ditt arbete?

    – På vilket sätt?
15. Upplever du att människor oavsett religion, etnicitet, kön, ålder etc. erbjuds lika vård?

    – På vilket sätt?
16. På vilket sätt upplever du att dina prioriteringar utifrån dessa aspekter påverkar ditt arbete?
17. Hur prioriterar du klienters behov av arbetsterapi?

    – Hur upplever du att det påverkar ditt arbete?
18. Är du medveten om din verksamhets ekonomiska resurser?

    – Hur upplever du att ditt arbete påverkas av detta?

Arbetsterapeutens prioriteringar

19. Vad upplever du är de styrande faktorerna för dina prioriteringar i ditt arbete?
    – Hur upplever du att de påverkar ditt arbete?
20. Upplever du att det finns något du kan stödja dig på när du gör prioriteringar i ditt arbete?
    Om ja: Kan du beskriva hur dessa ser ut?
    – Hur upplever du att dessa fungerar för dig i ditt arbete?
    Om nej: Upplever du att det är något du saknar och varför?
21. Hur upplever du att ditt arbete påverkas av dina prioriteringar?
22. Upplever du att dina prioriteringar gynnar/begränsar ditt arbetsterapeutiska arbete?
    – Varför?
23. Kan det hända att du upplever osäkerhet vid dina prioriteringsbeslut?
    – Hur upplever du att det påverkar ditt arbete?
24. Hur upplever du att ditt arbete påverkas av andra professioners prioriteringar?
25. Hur upplever du att kvalitén på ditt arbete påverkas av dina prioriteringar?

Bilaga 2 – Analysmatris

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
”Att jag väljer någonting framför någonting annat. Jag väljer mellan flera olika alternativ och så väljer jag ett av dem som jag tycker passar bäst. Eftersom vi har fyra patienter vardera så är det klart jag har tid att träffa alla. Men sen vad jag gör i vilken ordning jag gör någonting eller så, prioriterar jag ju.”	Prioritering handlar om att välja någonting framför något annat och i vilken ordning.	Prioritering - val mellan alternativ och turordning	Prioriteringens innebörd	Definition av begreppen	Prioritering och ransonering
”Det är väl också att man gör besparingar och ja det är väl mycket det de handlar om tycker jag. Besparingar och minskade kostnader och sådana här saker, man ska dra ner på det mycket.”	Ransonering innebär att man drar ner på saker, besparar och minskar kostnader.	Ransonering innebär att saker dras in	Ransoneringens innebörd		
”Ja hittills så tycker jag att det gynnar mycket om man får bra grund från början att stå på så att det blir rätt prioritering.”	Prioriteringar gynnar mitt arbete då jag får en bra grund att stå på så rätt prioritering genomförs.	Prioriteringar är en bra grund att stå på	Fördelar med prioriteringar	Prioritering och ransonering i arbetet	
”Samtidigt som, som det blir mycket ombokningar och man måste ju kunna veta liksom hur många veckor fram kan jag boka det här, och jaha nej då var den där före och så kommer det akuta och så måste man… Det är mycket råddande och mycket man måste vara koordinator.”	Prioriteringar kan bidra till mycket ombokningar vilket innebär mycket råddande.	Prioriteringar innebär mycket råddande	Nackdelar med prioriteringar		
”Och ransonera, tiden, det kan ju vara så att vi kanske ska träffa dem 45 minuter om det är en strokepatient om det är de strokeriktlinjerna säger men jag kanske har 30 minuter. Eller för att jag ska hinna träffa två patienter så måste det bli 30 minuter var för att de ska hinna få någonting.”	Det är tiden jag ransonerar, för att hinna träffa de patienter jag ska kan patienttiden bli kortare än önskat.	Ransonering leder till kortare patienttid	Ransoneringens följder		
”Ja det kan vara att jag prioriterar dem sjukare patienterna, de får mycket mycket mer av mig än vad de friskare patienterna får. De får kanske en liten del och så kanske jag hänvisar till andra instanser. Medan de är en svårt sjuk patient, en skörare patient så tar jag hand om, jag tar ett större ansvar så att säga.”	Jag behöver välja mellan att prioritera och att ransonerna. Jag prioriterar och ger de sjukare patienterna mer vård och därmed ransoneras friskare patienter.	Prioriterar sjukare patienter och ransonerar de friskare	Val av prioritering och ransonering		