

ARBETSTERAPEUTERNAS STANDARDISERADE ARBETE INOM EN NY DIAGNOS PÅ ETT AKUTSJUKHUS

Motiv och utmaningar vid framtagning av
arbetssätt

Författare: Daniela Stattin

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Magisterprogram i evidensbaserad praktik
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2022
Handledare:	Morten Sager
Examinator:	Ingemar Bohlin

Abstrakt

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Magisterprogram i evidensbaserad praktik
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2022
Handledare:	Morten Sager
Examinator:	Ingemar Bohlin
Nyckelord:	Standardisering, arbetssätt, individuella bedömningar, arbetsterapeuter, postcovid

Syfte: Syftet med magisteruppsatsen är att förstå vad standardisering av arbetssätt med postcovidpatienter på ett akutsjukhus kan innebära för arbetsterapeuterna.

Teori: I uppsatsen analyseras teoretiska begrepp och dessa är standardisering av Timmermans och Berg, formalisering och bedömning av Bohlin och Sager samt mekanisk objektivitet av Porter.

Metod: Kvalitativa intervjuer med två arbetsterapeuter, en forskare samt tre professionella från olika specialiteter från postcovidshälsoprofessionsteam på ett akutsjukhus utfördes för insamlande av data. Därefter analyserades resultatet av datainsamlingen med kvalitativ innehållsanalys och tre teman formulerades. Med stöd i tidigare nämnda teoretiska begrepp utfördes därefter analys och diskussion.

Resultat: De tre teman som utgör primära resultatet är: *Professionell legitimitet eller professionell integritet* där arbetsterapeuterna lyfter fram sina önskemål om att synliggöra professionen inom postcovidverksamheten och övriga

vårdprofessioner för en ökad legitimitet. Arbetsterapeuterna beskriver vikten av att i postcovidvården fortsätta arbeta utifrån den professionella integriteten och bedöma varje patient utifrån arbetsterapeutens individuella bedömning. Det framkom under intervjuerna med arbetsterapeuterna att arbetsterapeuterna, men även forskarna, idag vill synas mer inom forskning och postcovidverksamheten. Därefter beskrivs andra temat som var: *Delta men inte delaktig* där det framkom att arbetsterapeuterna på det utvalda akutsjukhuset arbetar utifrån standarder som beslutats av verksamhetsledningen och forskare. Forskarna önskar att synliggöra kvantitativ data för att på ett tydligt sätt kunna presentera data och resultat. Det skulle även kunna grunda sig i att forskarna önskar att tala "samma språk" som övriga vårdprofessioner som träffar denna patientgrupp och kan visa på arbetsterapeuternas behandlingsresultat i forskning. Forskarna och verksamhetsledningen har tydligt lyft fram önskemål om ett standardiserat arbetssätt för insamling av kvantitativ data medan arbetsterapeuterna inte upplevde sig delaktiga i detta beslut. Det som framkom var att det fanns olika arbetssätt på de olika mottagningarna på det utvalda akutsjukhuset. Arbetsterapeuterna försöker fortsatt arbeta utifrån de beslutade standarderna trots att de upplevde att bedömningsinstrumentet COPM varit svårt för behandlare och patient att använda sig utav. Tredje temat som framkommer var: *Var ligger fokus?* Här beskrivs skildringen mellan arbetsterapeuternas och forskarnas syn på insamling av data och vem den insamlade datan är till för. Om det är för patienten här och nu eller om det är för patienten framöver.

Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Syfte	8
Frågeställningar	8
Bakgrund	9
Postcovid	9
Arbetsterapi som profession	10
Bedömningsinstrument inom arbetsterapi	12
COPM	12
Teori	14
Standardisering	14
Formalisering och Bedömning	16
Mekanisk objektivitet	17
Metod	19
Resultat och analys.....	22
Motiv för standardisering	22
Likvärdig vård	22
Ökad synlighet för arbetsterapeutprofessionen i rehabiliteringsprocessen	24
Fokus på mätbarhet och redovisning av behandlingsresultat	26
Önskan om att tala samma språk som övriga vårdprofessioner	26
Ökad legitimitet inom och genom forskning.....	28
Utmaningar med standardisering	28
Framtagning av standardiserat arbetssätt.....	29
Problem med bedömningsinstrumentet COPM.....	30
Risk för missvisande bedömningsinstrument på grund av bristfällig delaktighet.....	32
Balans mellan formalisering och bedömning i mötet med postcovidpatienter.....	33
Kvantitativ metod valdes i stället för kvalitativ metod trots arbetsterapeuternas grundperspektiv.....	35
Skillnad i arbetssätten på de olika mottagningarna	36
Vilken patient i fokus?	38
Tidsbristen i mötet med postcovidpatienter	39
Diskussion	41
Resultatdiskussion	41

Professionell legitimitet eller professionell integritet.....	41
Delta men inte delaktig.....	42
Var ligger fokus?.....	44
Slutsats	46
Professionell legitimitet eller professionell integritet.....	46
Delta men inte delaktig.....	46
Var ligger fokus?.....	47
Behov av vidare studier.....	47
Referenslista	48
Bilaga 1	50
Bilaga 2	52

Inledning

Pandemin har ställt nya krav på vården att vidta snabba och patientsäkra åtgärder som i vissa fall tidigare varit oprövade (Vårdförbundet, 2020). Under pandemin har vi sett hur fokus på verksamheter som valt att behandla Covid-19 patienter har ökat, hur beslutsvägar har förkortats och hur fler beslut i det dagliga arbetet lämnats till hälso- och sjukvårdens professioner att fatta. Denna snabba omställning och anpassning har ställt stora krav på professionernas kunskaper, erfarenheter, omdöme och driftighet (Nationella vårdkompenensrådet, 2020, s. 10). Pandemin har även inneburit att fler av vårdens professioner lyfts fram och betydelsen av de insatser som gjorts av vårdens medarbetare har synliggjorts både inom vården och ute i samhället (Nationella vårdkompenensrådet, 2020, s. 12).

Bakgrunden till denna uppsats är att jag började arbeta med postcovidpatienter och märkte av de olika behoven av arbetssätt som forskarna och behandlande arbetsterapeuterna (där jag var en av de arbetsterapeuterna) lyfte fram under planeringsmöten. Det var tydligt från start att verksamhetsledningen och forskarna önskade att arbeta utifrån en standardisering där behandlande arbetsterapeuter inte upplevde att de beslutade arbetssätten fångade patientens aktivitetsbegränsningar. Detta då arbetsterapeuterna tyckte att standardiseringarna kunde medföra en risk för att det blir en strikt och fyrkantig bedömning i mötet med postcovidpatienter. Verksamhetsledningen och forskarna drev trots detta på för att införa ett arbetssätt som ifrågasattes av arbetsterapeuterna och patienterna. Kärnan handlade om graden av standardisering och utrymmet för individuella bedömningar. Arbetsterapeuterna och patienternas hade önskemål att kombinera ett standardiserat arbetssätt med individuella bedömningar i mötet med postcovidpatienter. Denna önskan framkom då behandlarna men även patienterna upplevde att en kombination av bedömningsinstrument och individuella bedömningar kunde fånga en tydligare bild av patientens aktivitetsbegränsningar och problematiker i vardagen. Trots önskemålet om att kombinera standardisering med individuella bedömningar fanns en motsatt önskan från verksamhetsledningen och forskarna. Där arbetsterapeuterna skulle arbeta utifrån ett standardiserat arbetssätt i mötet med postcovidpatienter för att möjliggöra mätbara resultat för uppföljning samt kommande forskning.

Jag önskar med min uppsats att undersöka arbetsterapeutens upplevelser av att arbeta standardiserat med denna nya patientgrupp. Arbetsterapeuterna önskar att arbeta mer standardiserat men upplever att det är svårt kring denna patientgrupp att finna ett lämpligt bedömningsinstrument för postcovidpatienterna. De behandlande arbetsterapeuterna arbetar idag på det valda akutsjukhuset till största del med stöd i standardiseringar men valt att inte följa dessa fullt ut då de inte upplever att patientens problematik fångas. Arbetsterapeuterna utgår från delar av standardiseringar eller individuella bedömningar där arbetsterapeuterna bedömer patienten i olika aktiviteter i det dagliga livet.

Jag kommer därför att analysera resultatet med de teoretiska begreppen standardisering, formalisering och bedömning samt mekanisk objektivitet. Jag valde dessa begrepp då det går att koppla till arbetsterapeuternas vilja att arbeta standardiserat samtidigt som de önskar att bevara yrkets kvalitativa grundkunskaper samt arbeta utifrån individuella bedömningar.

Med denna uppsats hoppas jag på att lyfta eventuella olikheter som kan finnas mellan verksamhetsledningen, forskarens och arbetsterapeuternas val av arbetsätt med postcovidpatienter.

Syfte

Syftet med magisteruppsatsen är att förstå vad standardisering av arbetssätt med postcovidpatienter på ett akutsjukhus kan innebära för arbetsterapeuterna.

Frågeställningar

- *Varför finns det en ökad önskan om standardiserat arbetssätt i arbetet med postcovidpatienter?*
- *Hur har standardiseringarna införts och använts i praktiken?*
- *Vilken roll får individuella bedömningar vid en ökad standardisering i arbetet med postcovidpatienter?*

Bakgrund

Postcovid

I slutet av 2019 upptäcktes ett nytt coronavirus i Kina som fick namnet SARS-CoV-2 och ofta benämns som Covid-19. En del personer kan uppleva långvariga symtom efter att infektionen Covid-19 är över eller får nya symtom senare till följd av Covid-19 vilket kallas postcovid (Folkhälsomyndigheten, 2022). De som får postcovid behöver utredning, behandling, rehabilitering och sedan uppföljning av ett multidisciplinärt team (Socialstyrelsen, 2020, s. 7). Enligt Socialstyrelsen kan det i dagsläget vara svårt att veta hur långvariga besvären kommer vara vid postcovid, däremot brukar postinfektiösa tillstånd som kan förekomma efter andra infektioner vara i upp till ett år (Socialstyrelsen, 2020, s. 12). Patienter med postcovid kan på grund av sina symtom få en sänkt aktivitets- och delaktighetsnivå vilket kan påverka patientens vardag, skola, arbete eller deras sociala liv.

Behovet för behandling av dessa patienter är stort då det finns väldigt många långtidssjuka i postcovid vilket medför andra komplikationer samt långtidssjukskrivningar. Många av dessa patienter med postcovid är i arbetsför ålder och dessa behöver få snabb rehabilitering så att de kan komma åter till sitt arbete för samhällets och hälsoekonomiska aspekter (Annika, 2020). Begreppet rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser för olika kompetensområden och verksamheter. Rehabiliterande insatser kan vara psykologiska, medicinska, arbetslivsinriktade samt sociala och kan behöva kombineras utifrån den enskilda individens behov (Socialstyrelsen, 2020).

Idag är postcovid en känd diagnos i samhället och syns i media, patientföreningar har bildats och information och erfarenheter delas mellan patienterna.

Arbetsterapi som profession

World federation of occupational therapy (WFOT, 2012) beskriver arbetsterapiprofessionen som klientcentrerad där välmående och hälsa främjas genom aktivitet.

Enligt Etiska koden för arbetsterapeuter är arbetsterapins mål att stödja personen att kunna göra det hen behöver och önskar på ett sätt som främjar hens möjlighet att leva ett så gott liv som möjligt. Målen sätts utifrån personens syn på sin situation, önskemål och behov samt med hänsyn till möjligheter och hinder i det sammanhang som hen befinner sig i (2018, s. 7). Genom att arbeta med personen i fokus arbetar arbetsterapeuten för att möjliggöra personens deltagande i sina vardagliga aktiviteter. Detta sker genom förbättringar eller förändringar i personens utförande av en aktivitet eller förbättringar/förändringar av miljön som aktiviteten utförs i (WFOT, 2012). Enligt Kinn & Randi (2009) har arbetsterapeuter i sitt yrkesutövande flera olika roller vilket kan vara som behandlare, handledare och konsult. Arbetsterapeuten ska som behandlare ge stöd till personer som trots nedsatt aktivitetsförmåga ska kunna utföra de dagliga aktiviteter som hen värdesätter. Det finns arbetsterapeuter på akutsjukhuset som inte träffar postcovidpatienter och sedan finns de arbetsterapeuter som bedömer och behandlar postcovidpatienter, dessa kommer jag hädanefter att benämna ”behandlande arbetsterapeuter”. Arbetsterapeutens uppgift är att utreda, bedöma och träna personen som på grund av sjukdom, olycka eller medfödda funktionsnedsättningar uppvisar svårigheter att klara av sin vardag. Arbetsterapeuten använder sin kunskap om aktivitetens betydelse för att stötta personen att fortsätta leva ett meningsfullt liv som överensstämmer med personens behov och önskemål (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2018, s. 5). Andra patientgrupper som arbetsterapeuter möter på det valda akutsjukhuset träffar arbetsterapeuten antingen när patienten är inneliggande på vårdavdelning eller via remiss från läkare till öppenvården. Ett typiskt förlopp i mötet med en patient i öppenvården kan se ut så här: Arbetsterapeuten bokar in en halvtimmes till timmes besök för att göra en första bedömning där patienten exempelvis har en brännskada. Arbetsterapeuten utgår då ifrån en standard vid bedömning där arbetsterapeuten utifrån bedömningsinstrumentet Vancouver scar scale bedömer ärrens utseende samt ledens och hudens rörlighet. Därefter får både patienten och behandlaren svara på ett frågeformulär (Patient and Observer Scar Assessment Scale, POSAS). Det andra bedömningsinstrumentet grundar sig i standardiserade frågor som både arbetsterapeuten och patienten ska svara på för att undersöka om svaren skiljer sig och patienten är i behov av

ytterligare rehabilitering. Under ett sådant besök lägger arbetsterapeuten upp en plan kring vidare rehabilitering eller träning utifrån patientens mål och arbetsterapeutens möjliga åtgärder. Behandlingsförloppet kan därför skilja sig beroende på när patienten följs upp eller hur många besök som behövs för den enskilda patienten. Bedömningarna kan skilja sig genom att arbetsterapeuterna har olika erfarenheter eller tidigare kunskap vilket kan påverka val av bedömning eller behandling. När sedan patienten återigen följs upp utför arbetsterapeuten återigen samma bedömning utifrån bedömningsinstrumenten Vancouver scar scale och POSAS för att utvärdera eventuell förändring. Arbetsterapeuterna på det valda akutsjukhuset arbetar till stor del med standardiserade bedömningsinstrument i patientmöten. Trots att det fanns standardiserade bedömningsinstrument för andra tillstånd och diagnoser hjälpte dessa inte arbetsterapeuterna i de första mötena med postcovidpatienter. På grund av den nya diagnosen och de nya kombinationerna av symtom uppstod det osäkerhet om vilka standardiserade bedömningsinstrument som var lämpliga. Arbetsterapeuterna hamnade under pandemin i en situation där ingen hade förkunskap eller förståelse för vilka aktivitetsbegränsningar eller problematiker den nya patientgruppens har eller kommer att få. Detta bidrog till att arbetsterapeuterna fick börja träffa patienterna utan en direkt plan på vad bedömningen kommer att leda till. Trots beslut om användning av bedömningsinstrumentet COPM resulterade denna oförståelse om patienternas problematik till att arbetsterapeuterna utförde många individuella och ostrukturerade bedömningar på patienterna. Allteftersom fick arbetsterapeuterna och forskarna försöka arbeta fram ett gemensamt arbetssätt för postcovidpatienterna. Beslut togs av forskare och verksamhet att arbetsterapeuterna ska arbeta utifrån COPM som bedömningsmetod i mötet med postcovidpatienter. De behandlade arbetsterapeuterna hade ingen tidigare erfarenhet av bedömningsinstrumentet COPM men hade alltså sedan tidigare använt sig utav andra standardiserade bedömningsinstrument som inte forskarna valde att använda på postcovidpatienterna.

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2018, s. 6) ska arbetsterapeuter bidra till och/eller delta i utvecklings- och forskningsarbeten. Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2010, s. 6) behöver omvärldens attityder påverkas så att kompetensen fortsatt efterfrågas där den gör störst nytta. Arbetsterapeutens insatser behöver fortsätta utvecklas för att kunna möta patienternas behov (s. 6). Beslutsfattarna behöver fortsätta samla in kunskap från den enskilda individen då effekterna av åtgärderna skiljer sig mellan olika individer (Socialstyrelsen, 2012, s. 6). Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2015) har

ett ökat fokus på mätbarhet i hög grad även präglat arbetsterapeuternas arbetssituation. Förbundet menar att det kan finnas en risk med att ha ett stort fokus på mätbara metoder och kvantitativa mål då verksamheten eller behandlarna väljer insatser där det enkelt går att se direkta effekter. Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2015) verkar det inte som denna trend med fokus på mätbarhet och kvantifiering kommer avta utan snarare tvärtom (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2015).

Bedömningsinstrument inom arbetsterapi

I arbetsterapeuternas arbete inom postcovidvården finns det kvalitativa och kvantitativa bedömningsinstrument. Utöver att arbetsterapeuterna under samtal utgår ifrån arbetsterapiprocessen använder arbetsterapeuterna bland annat sig utav bedömningsinstrumenten The Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mental fatigue scale, Functional Independence Measure (FIM), POSAS och Vancouver scar scale. Arbetsterapeuterna använder sig framför allt utav COPM i arbetet med postcovidpatienter så därför kommer jag att beskriva mer utav detta bedömningsinstrument nedan. Vid kvalitativt arbete utgår arbetsterapeuterna främst utifrån samtal med patienterna. De utgår då från ostrukturerade samtal där arbetsterapeuten använder sin individuella bedömning.

COPM

Ett standardiserat bedömningsinstrument är vanligtvis ett instrument som har testats för validitet och reliabilitet (Socialstyrelsen, 2020). Canadian Model of Occupational Performance (COPM) är ett bedömningsinstrument som ursprungligen utvecklades för arbetsterapeuter men används idag även av andra professioner. Strävan med bedömningsinstrumentet är att nå en ökad personcentrering i vård- och omsorgsinsatser och instrumentets resultat används bland annat inom forskning. Bedömningsinstrumentet utgår ifrån personens subjektiva upplevelser av ett problem hen stöter på vid utförandet av en aktivitet. Utifrån dessa subjektiva upplevelser ska personen och behandlaren tillsammans standardisera bedömningen utifrån COPM. COPM används inom olika diagnoser exempelvis i rehabilitering efter Covid-19, barn med ADHD och geriatrik. Efter att aktivitetsbegränsningar fångats används COPM för att identifiera och prioritera problem och sedan sätta mål utifrån utförandet av de olika vardagliga aktiviteterna. När aktivitetsutförandet har identifierats skattar personen varje aktivitet utifrån hur betydelsefull den är för där

betydelsen skattas på en tiogradig skala. COPM används genom att sätta mål som utvärderas och bedömningen upprepas sedan efter en lämplig tid för att kunna urskilja eventuella resultat eller förändringar (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2021).

Teori

Standardisering

Evidensbaserad medicin är en rörelse vars syfte är att förändra strukturen och innehållet inom vården och även genom kontrollerade processer så som standarder för att åstadkomma ökad kvalitet (Timmermans och Berg, 2003, s. 6). Målet med evidensbaserad medicin är att behandlarna och verksamheten kan ta sina beslut med grund i forskning. Detta kan då möjliggöra så att behandlaren känner en ökad trygghet i sitt beslutsfattande. Det finns ett tydligt krav från det valda akutsjukhuset att erbjuda patienterna vård som har en grund i beprövad erfarenhet eller tillförlitlig forskning.

Standardisering definieras som en process för att återge saker på ett specifikt sätt det kan exempelvis vara en standard för att presentera ett resultat. Det finns idag exempelvis många arbetssätt som används inom vården som är standardiserade där personalen följer samma arbetssätt och metoder (Timmermans och Berg 2003, s. 24). Enligt SBU (2000) betyder det att arbeta med evidensbaserad medicin att kombinera evidens med kliniskt kunnande samt utgå ifrån patientens unika situation. Enligt Bohlin och Sager (2011, s. 13) är grundtanken med evidensbaserad medicin att vården som bedrivs och erbjuds ska stödja sig i den mest tillförlitliga kunskap som finns. För att kunna åstadkomma detta kräver det ett systematiskt arbete och att denna kunskap blir tillgänglig för verksamheterna. Inom akutsjukvård kan en standardisering se ut på olika sätt. Det kan vara allt från ett kirurgiskt ingrepp som utförs utifrån en rutin eller hur en journal ska dokumenteras.

Enligt Timmermans och Berg (2003) finns det delade meningar gällande det standardiserade arbetet inom vården där en del är förespråkare och andra skeptiska. Farhågor som framkom vid standardiserat arbete var att det leder till att behandlaren utgår ifrån en ”medicinsk kokbok” och utför varje bedömning utifrån ett beslutat recept som andra har bestämt. Det skulle då kunna leda till en minskad autonomi, kreativitet och innovation och där varje behandlares individuella bedömningar försvinner (ss.18-19). Det i sin tur kan leda till att problematiker missas om behandlaren endast utgår ifrån den satta standarden. Kritikerna av standardisering menar att det finns en risk att personer inom maktpositioner så som politiker, chefer, beställare kan påverka besluten för de valda standardiseringarna. Det kan då leda till att behandlaren professionella expertis inte tas på samma allvar och tyngd som

standardiseringarna (ss.19-20). Då verksamheten oftast beslutar vilka standarder som ska användas kan det finnas en politisk agenda beroende på vilka metoder som verksamheten önskar att stödja. Agendan skulle kunna påverkas av specifika diagnoser exempelvis postcovid som har uppmärksammats medialt och då haft ett annat krav från samhället på standardiserade arbetssätt för insamling av data till forskning. Nuvarande hierarkier kan då påverkas och även förändra patientens förväntningar på sin vård (Timmermans och Berg 2003 ss. 22-23).

Förespråkarna menar att standardisering bidrar till evidensbaserad medicin. Vilket i sig kan leda till en förbättrad vård för patienterna, ökad kunskap hos patienter och klinikerna samt ett förbättrat utfall inom hälso- och sjukvården. Standardiseringen bidrar även till en mer lättillgänglig information där behandlingen utvärderas och visar på fördelarna vid kostnadsnyttoanalys, åtgärder, utvärdering vid eventuell skada. Det möjliggör ett förbättrat och effektiviserat samarbete och kommunikation mellan olika professioner, verksamheter, sjukhus eller länder och där verksamheterna behöver visa på en annan transparens. Standardisering skulle även kunna leda till en förbättring där riktlinjer kan leda till en högre kvalitet vid det kliniska beslutsfattandet samt en ökad koppling till forskning (ss. 18-19).

Enligt Timmermans och Berg (2003) kan standardisering föra samman en profession och dess interventioner genom att professionen börjar tala samma språk eller kan utgå ifrån samma arbetssätt i mötet med patienter. Genom att arbeta standardiserat kan förutsättningarna för ökad legitimitet för professionen förbättras då trovärdigheten ökar gentemot övriga professioner och kan då användas i sammanhang där evidenshierarkin hålls högt (s. 17). Evidenshierarkin beskrivs som en rankning av vilken kunskap som är mest tillförlitlig där systematiska översikter rankas högst medan auktoriteters åsikter och osystematisk klinisk observation rankas lägre (Nilsen 2014, s. 47). Evidenshierarkin är ett verktyg för verksamheten att använda sig utav för att vid beslut om behandling kunna grunda sina beslut på forskning. Det har blivit klart att fler verksamheter under åren tar sina beslut utifrån forskning med kvantitativa metoder där kvantitativ metod inom forskning och evidenshierarkin beslutat rankas högre än kvalitativ metod. Dessa beslut tas då utifrån forskning och kvantitativ metod och utgår inte utifrån patientgruppens enskilda behov om patienten är i behov av kvantitativ eller kvalitativ bedömningsmetod. En ökad trovärdighet för professionen skulle kunna leda till att fler personer uppmärksammar professionen vilket i sig

leder till fler medlemmar (Timmermans och Berg 2003, s. 93). Förespråkarna inom evidensbaserad medicin beskriver de senaste standardiseringarna inom hälso- och sjukvården som ett paradigmskifte och där hälso- och sjukvården arbetar i nära koppling till evidensbaserad medicin. Det i sin tur kan leda till en effektivare vård och förbättrade behandlingsresultat (Timmermans och Berg 2003, ss.18-19).

Formalisering och Bedömning

En ökad grad av tillämpning av formalisering kan associeras med minskat utrymme för mänskliga bedömningar och kan ses som ett tecken på ökad objektivitet och en garanti för sanning (Bohlin & Sager, 2011, ss. 219-220). Formaliseringar kan beskrivas som en fast mall som utföraren följer så som bedömningsinstrumentet COPM som kommer att lyftas i uppsatsen. Användandet av formalisering har en viktig del i arbetet som evidensbaserad medicin representerar vid både utformning av kliniskt arbete samt forskning. Formalisering strukturerar och organiserar och har som avsikt att minimera inslag av personligt tyckande. Trots detta handlar det inte om ett val mellan dessa två utan en balans och samverkan (Bohlin & Sager, 2011, s. 222). Svårigheterna med att hitta balans mellan formaliseringar och bedömningar finns i vården där det är svårt att endast använda sig utav formalisering utan stöd av klinisk erfarenhet (Bohlin & Sager, 2011, ss. 219-222). Det kan leda till orealistiska förväntningar på användningen av en formalisering inom verksamheten som inte är anpassad utifrån patientgrupp eller verksamhet.

Expertbedömningar behövs och är oundvikliga inom bland annat vetenskap däremot är kunskap baserad på formalisering oftast värderad högre och anses mer trovärdig än annan typ av kunskap (Sismondo, 2009, ss. 142-144). Bohlin och Sager (2011) beskriver vikten av att man vid granskning förstår hur formalisering samverkar med individuella bedömningar. Enligt Bohlin och Sager (2011, ss. 220-221) så kan kunskap överföras mellan experter genom lagar och instrument.

Inom verksamheten på akutsjukhuset finns det formuleringar kring de olika riktlinjer vi har, kring vilka patienter vi får behandla och vilka vi bör prioritera. Inom Region Stockholm finns det regler och lagar som beskriver vilka patienter jag får träffa samt vilka insatser varje individ har rätt att få. Kravet på evidens inom min praktik har ändrats då kraven ökat på att varje behandling ska ha en evidens med hög validitet för att kunna säkra god vård. Tidigare

har vården ofta förlitat sig på tidigare erfarenhet och tyst kunskap detta har idag har förändrats då det blivit en ökad tillit till formalisering och mindre förtroende för expertomdöme.

Mekanisk objektivitet

Enligt Porter (1995, ss. 3-5) krävs någon form av objektivitet för grundläggande rättvisa och för att vi ska kunna uppnå sann kunskap. Ett överdrivet objektivt synsätt kan stänga ute och förstöra den subjektiva bedömningen. Megill (1994, s. 1) tar i sin text upp begreppet objektivitet som gör det möjligt för andra människor att analysera och förstå hur aktörer konstruerar påståenden där de förstår världen som den verkligen är. Porter (1995, s. 17) menar därför att en person som inte är objektiv kan tillåta sitt omdöme att påverkas av sina fördomar eller egenintresse. I många sammanhang är objektivitet ett begrepp som uttrycker ett ideal som handlar om att vara rättvis och opartisk och syftar till att inte låta någons egna tankar och föreställningar påverka utfallet eller resultatet (Porter, 1995, ss. 3-5). Mekanisk objektivitet betecknar ett ideal om att följa ramar och regler och fokuserar på regelrätta procedurer. Det betyder att idealet är att vara rättvis och följa ramar och regler och kan då hålla de subjektiva bedömningarna borta för att se till så att eventuella jäv eller bias hålls borta (Porter, 1995, s. 17). Porter beskriver att inom vissa vetenskapliga områden anses det finnas ett behov av en åtskillnad mellan objektiva och subjektiva bedömningar. Han fortsätter att beskriva att det i vissa situationer behövs en förståelse för världen och den enskilda situationen och att personen inte bara kan se till den mekaniska objektiviteten (Porter, 1995, s. 197). Det finns de personer som menar att människan stundtals kan omvandla eller forma om ett objekt så att det på ett regelrätt sätt kan passa in en standard (Porter, 1995, s. 4).

Porter (1995) tar i sin text upp att siffror ger en annan typ av tillit men att de kan riskera att dölja de viktiga och djupa frågorna och att innebörden av problemet går förlorad (ss. 5-6)

Med bedömningsinstrumentet COPM som idag används av arbetsterapeuterna på akutsjukhuset kan en kvantifiering av arbetsterapeutens behandlingsresultat möjliggöras och siffrorna efterfrågas till forskning. När siffror används i stället för ord bidrar det till en ökad gemenskap att förstå resultaten när de sätts in i bestämda ramar eller regler. Dessa siffror räknas sedan ut via en dator som är mekanisk i sitt sätt att arbeta (Porter, 1995, ss. 5-6). Det kan därför ses både som ett bra och mindre bra sätt att söka efter en sanning och att hålla sig till regler (Porter, 1995, s. 4). Porter menar dock att siffror och kvantifiering idag växer i

värde jämfört med individuella bedömningar. Porter beskriver att siffror kan ge en ökad trovärdighet och kan upplevas lättare att redovisa. Det kan finnas en strävan att omvandla de professionellas språk till siffror då det kan vara lättare för en bredare publik att förstå. Det i sin tur kan då leda till att de subjektiva bedömningar och de professionellas expertis kan behöva översättas till ett språk som beslutsfattare förstår. Det är viktigt att förstå vilka omständigheter som bidrar till att kvantitativ objektivitet efterfrågas då det i flera verksamheter eftersträvas en standardisering i arbetet (Porter, 1995, ss. 5-6). Önskan om att arbeta utifrån en mekanisk objektivitet behöver inte vara mer rätt eller korrekt men kan påverkas av att det finns en social önskan eller status från andra professioner och samhället att visa utifrån siffror på att behandlingen gett resultat. Genom att visa på siffror som är lättare för övriga professioner och discipliner att utläsa kan trovärdigheten öka för professionen. Porter menar dock att önskan om att följa regler och ramar fullt ut och att uppnå full mekanisk objektivitet i princip är omöjligt.

Metod

Jag kommer framöver att välja att benämna de olika postcovidmottagningarna som 1 och 2 samt de intervjuade arbetsterapeuterna som A och B.

För att kunna förstå vad standardisering av arbetsterapin kan innebära i praktiken har jag valt kvalitativa intervjuer vid insamling av data. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes för att inhämta information (Se Bilaga 2). Datasamlingen utfördes enligt Denise & Beck (2012) beskrivning av kvalitativ intervjumetod med semistrukturerade intervjuer. Den kvalitativa forskningsintervjun är en metod som tillämpas för att förstå världen utifrån individernas egna upplevelser där kunskap genom samtal kan konstrueras i samspelet mellan intervjuaren och den intervjuade (Granskär & Høglund-Nielsen, 2012). Vid semistrukturerade intervjuer finns det vanligtvis en framarbetad intervjuguide med frågor. Trots detta är det enligt Malterud (2009, s. 127) viktigt att inte följa intervjuguiden slaviskt. Det är oftast inte önskvärt med en intervjusituation som är standardiserad utan intervjuguiden kan behöva justeras allt eftersom (Malterud, 2009, s. 127). Jag valde därför under mina intervjuer att ha intervjuguiden som stöd under intervjuerna och vid behov ställa följdfrågor. För att få så mycket information som möjligt inom det valda området använde jag mig av breda frågor. Jag valde efter första intervjun att gå tillbaka till intervjuguiden och utvärdera om den behövde justeras, detta kände jag inte behövdes utan kunde fortsätta använda intervjuguiden som stöd under de fortsatta intervjuerna. För att få en ökad förståelse och inblick av processen för hur de standardiserade arbetssätten framkom använde jag mig utav egna minnesanteckningar och personliga erfarenheter, egna reflektioner, riktlinjer och styrdokument som fanns med vid arbetet med postcovidpatienter. Dessa riktlinjer och styrdokument har utvecklats av behandlande arbetsterapeuter tillsammans med forskare inom ämnet. Resultatet av datasamlingen analyserades genom kvalitativ innehållsanalys samt med stöd av tidigare nämnda teoretiska begrepp. Den valda metoden ansågs bäst lämpad för att kunna fånga arbetsterapeuternas upplevelser av arbetssätten i arbetet med postcovidpatienter samt för att kunna besvara syfte och frågeställningar. Den kvalitativa metoden möjliggjorde ett resultat där jag har kunnat få ett bredare perspektiv men även vid behov gått in på djupet på vissa frågor under intervjuerna.

Två arbetsterapeuter intervjuades samt en forskare och övriga professionella från hälsoprofessionsteamet inom postcovidteamet vilka var en fysioterapeut, en psykolog samt en kurator som alla var verksamma inom samma organisation. Jag kommer lyfta fram skillnaderna som framkom under intervjuerna med arbetsterapeut A och B mellan mottagningarna 1 (den valda mottagningen) och 2 (en annan mottagning). Dessa skillnader använder jag för att diskutera ambitionerna att uppnå en likvärdig vård. Arbetsterapeuterna på mottagning 1 lyfta intresset av liknande rutiner mellan de olika mottagningarna. Detta stärks bland annat av arbetsterapeuternas intervjuer från mottagning 1 men även av dokument från möten med forskarna där beslut kring önskemål om liknande arbetssätt dokumenterats. Orsaken till att endast två arbetsterapeuter tillfrågades och att dessa arbetsterapeuter arbetade båda på mottagning 1 beror på omfattningen och tidsbegränsningarna som fanns. Hade intervju av arbetsterapeuterna på mottagning 2 gjorts hade det kunnat möjliggöra en bredare bild av arbetsterapeuternas arbete även mellan de olika mottagningarna.

Materialet bearbetades genom att jag läste och lyssnade igenom det inspelade materialet ett flertal gånger vilket bidrog till att jag kunde få en helhetsbild av intervjuerna. Efter att transkriberingar gjorts markerade jag ut begrepp eller uttryck som gick att koppla till frågeställningarna samt syftet. Därefter listade jag upp likheter mellan de markeringarna jag gjort och övergripliga teman formulerades. Jag försökte sedan läsa igenom intervjuerna återigen samt se över de övergripliga teman som framkommit för att se om några kunde grupperas ihop innan slutgiltiga teman valdes. Teorin hjälpte mig vid framtagning av intervjuguide, frågeställningar samt ledde mig när jag presenterade och analyserade resultatet.

Vetenskapsrådet (2003) ställer fyra grundläggande krav på forskning. Dessa omfattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Enligt informationskravet ska forskaren i första hand informera deltagarna om studiens syfte, tillvägagångssätt och sådant som kan tänkas påverka den intervjuades vilja att medverka. Genom deltagarnas berättelser får forskaren tillträde till människors upplevelser av den levda världen och en unik möjlighet att beskriva den (Kvale & Brinkman, 2014). Ett informationsbrev (se Bilaga 1) skickades ut till samtliga deltagare innan de fick ta beslut om att medverka i studien. Det innehöll en beskrivning av syftet som studien hade och hur intervjun var tänkt att genomföras, samt information om att medverka till studien var frivillig och kunde avbrytas när som helst utan motivering.

För att genomföra en intervjustudie behövs ett etiskt förhållningssätt som har till ändamål att skydda alla deltagarna i studien. Etiska problem i en intervjustudie kan uppstå under hela studieprocessen. Det är därför viktigt att vara observant på de etiska frågorna redan från början (Kristensson, 2014). På grund utav min roll i verksamheten kan det finnas en risk att arbetsterapeuterna som intervjuades inte kände sig bekväma med att dela alla sina tankar kring arbetet med postcovidpatienter. Det skulle även kunna påverka att arbetsterapeuterna inte upplevde att de kunde tacka nej till intervjuerna eller avbryta sitt deltagande. Enligt Malterud (2009, s. 205) är det känsligt att intervju kollegor eller andra på sin egen arbetsplats då det kräver ett stort förtroende från personerna som intervjuas. Det finns därför en risk att deltagarna har utelämnat åsikter då arbetet kring denna patientgrupp har arbetats fram av mig tillsammans med vissa av kollegorna som deltagit i studien. Det hanterades genom att deltagarna försäkrades om konfidentialitet. På grund av min involvering i verksamheten och mina förkunskaper inom området valde jag att sträva efter att vara opartisk i den mån som är möjlig för att kunna få fram ny kunskap och förståelse gällande informationen deltagarna tagit upp. Detta skedde genom att jag frågade många följdfrågor kring området för att arbetsterapeuterna själv skulle beskriva arbetet de utför, jag valde även att ställa öppna frågor angående de valda arbetssätten och patientgruppen. Intervjuade personerna och resultatet presenteras så att ingen ska komma till skada eller känna sig utpekad. Lag 2003:460 innehåller bestämmelser vid forskning om människor och syftar till att skydda den enskilda människan och visa respekt för människovärdet.

Resultat och analys

Jag har valt i resultatdelen att analysera det empiriska resultatet kontinuerligt med stöd av litteraturens begrepp: standardisering, formalisering och bedömning samt mekanisk objektivitet.

Motiv för standardisering

Under denna rubrik kommer jag presentera resultat från intervjuerna där arbetsterapeuterna beskriver den ökade synligheten för professionen inom postcovidverksamheten. Viljan om ökad synlighet gäller gentemot patienterna, forskarna, verksamheten samt mellan övriga vårdprofessioner men även gentemot samhället. Genom ökad synlighet önskar forskarna och arbetsterapeuterna att lyfta fram professionen inom verksamheten och kommande forskning. Jag kommer även presentera önskan från patienterna, forskarna, verksamhetsledningen och arbetsterapeuterna om en ökad kvantifiering för att kunna presentera mer mätbara resultat med siffror. Det framkom även att arbetsterapeuternas och forskarna hade en strävan efter likvärdig vård för postcovidpatienter samt en vilja att "tala samma språk" som övriga vårdprofessioner.

Likvärdig vård

När arbetsterapeuterna och övriga hälsoprofessioner haft en del patientbesök framkom det under tidens gång hur den fysiska och mentala tröttheten påverkade patienten i vardagen. Det efterfrågades tidigt vård för postcovidpatienter från patientgruppen där patienterna önskade behandling som ger effekt på deras besvär. På grund av det ökade kravet från patienterna så behövdes det arbeta fram arbetssätt och behandlingsmetoder. Arbetsterapeut A beskriver att önskemål gällande en arbetsgrupp för att arbeta fram ett standardiserat och likvärdigt arbetssätt kom från verksamhetsledningen. En grupp med arbetsterapeuter sattes ihop tillsammans med forskare av verksamhetsledningen för att tillsammans arbeta fram standardiserade arbetssätt samt patientinformation för postcovidpatienter. Arbetsterapeuten beskriver det som:

Försöker också se i helhet hur ser andra covidverksamheter ut, hur kan vi matcha varandra och hur kan vi arbeta på liknande sätt så att alla får en likvärdig vård. Det är att alla arbetar på samma sätt, att det inte blir olika vård

beroende på vart man hamnar så det är den stora fördelen att man har samma utgångssätt

(Arbetsterapeut A)

Det som framkom från samtliga vårdprofessioner i arbetet med postcovidpatienter var behovet av tidig bedömning och rehabilitering. En tidig bedömning av hälsoprofessionsteamet kan möjliggöra att patienterna tidigt får behandling. Det fanns en förhoppning att tidig rehabilitering skulle undvika ökade besvär eller längre sjukskrivningar. Efter denna första bedömning skulle vårdprofessionerna kunna utgå ifrån en standardiserad mall för att kunna erbjuda patienterna en likvärdig fortsatt behandling. Beslut togs tidigt att arbetsterapeutprofessionen ska arbeta utifrån ett standardiserat arbetssätt i mötet med postcovidpatienter. Arbetsterapeuterna på mottagning 1 beslutade tillsammans att försöka i möjligaste mån arbeta utifrån den beslutade standardiseringen för att kunna erbjuda patienterna en likvärdig vård.

Arbetsterapeuterna A och B beskriver att kvantifiering av arbetssätten skulle kunna möjliggöra att patienten kan få en likvärdig vård inom verksamheten men även nationellt om samma standardiseringar används. Trots förespråkande från verksamhetsledningen och forskare om ökad användning av standardisering och evidens inom verksamheten är det svårt att utesluta individuella bedömningar då dessa enligt arbetsterapeuterna, forskaren samt övriga hälsoprofessioner som intervjuades samverkar med varandra. Arbetsterapeuterna och övriga hälsoprofessioner tar upp vikten av att ha en grund i de individuella bedömningarna i mötet med postcovidpatienterna och bedöma utifrån varje enskilt fall om bedömningsinstrumentet är aktuellt att använda. Däremot skulle individuella bedömningar kunna hota likvärdigheten då det inte går att garantera patienterna liknande bedömningar och behandlingar. Arbetsterapeuterna A och B, forskarna samt övriga hälsoprofessioner uttrycker alla att det finns en viss typ av tryggheten i att arbeta utifrån en satt standardisering. Enligt Timmermans och Berg (2003) är en anledning till användning av standardisering att det blir lättare att utvärdera insamlad information vilket i sin tur kan leda till en förbättring av riktlinjer och skulle kunna leda till högre kvalitet vid behandlingsbeslut (ss.18-19). Det framkommer även att arbetsterapeuterna samt övriga hälsoprofessioner upplever en önskan om tydligare ramar och riktlinjer för att kunna säkerhetsställa en mer likvärdig vård för patienterna. Arbetsterapeuterna var dock inte säkra på att standardiseringen alltid bidrog till

en likvärdig och patientcentrerad vård och valde därför inte alltid att arbeta utifrån den satta standardiseringen.

Vid individuella bedömningar kan det finnas en risk att om arbetsterapeuten endast utgår ifrån patientens besvär och väljer behandlingar efter dessa kan det medföra att vården ser olika ut för olika patienter beroende på vilken behandlare patienten träffar.

Arbetsterapeuterna menar också att utan en standardisering kan de individuella bedömningarna missa besvär då bedömningarna som utförs kan skilja sig beroende på arbetsterapeutens tidigare kunskap och erfarenhet och utan ett standardiserat bedömningsinstrument kan det bli svårt för arbetsterapeuterna att utvärdera deras insatser. Arbetsterapeuterna önskar därför att finna en lämplig standardisering för patientgruppen som ger en trovärdig bild av patientens symtombild för att kunna erbjuda postcovidpatienterna en mer likvärdig vård.

Ökad synlighet för arbetsterapeutprofessionen i rehabiliteringsprocessen

Efter ett flertal patientbesök så framkom det ytterligare ny kunskap om symtombilden och behov av behandling uppkom. Standardiserad information om aktivitetsbalans skapades av arbetsterapeuterna och forskarna i syfte att hjälpa patienten att finna en fungerande nivå i vardagen samt en ökad synlighet för professionen då informationen även kunde spridas till övriga vårdprofessioner. Jag kommer i resultat och diskussionen att ta upp begreppet synlighet där begreppet belyser olika områden. Det kan vara synlighet antingen utifrån arbetsterapeutprofessionens önskan om ökad synlighet eller att patientgruppens synlighet ökar inom forskningen. Den ökade synligheten för professionen hos övriga vårdprofessioner möjliggjorde att arbetsterapeuterna kunde kopplas in i postcovidvården i ett tidigare vårdförlopp och kunna arbeta mer i teamet. Arbetsterapeuterna som intervjuades tog upp att arbetsterapeutprofessionen ser till många olika delar vid bedömning och behandling av postcovidpatienter då yrket är brett. Utifrån att kunskapen hos arbetsterapeuterna gällande patientens symtombild ökat har det medfört att fler patienter erbjudits arbetsterapeutisk behandling. Kunskapen har även ökat gällande arbetsterapeutprofessionen hos patienter samt övriga vårdprofessioner vilket enligt arbetsterapeut A medfört en ökad bild av vikten och efterfrågan av arbetsterapi. Arbetsterapeut A beskriver även att den ökade arbetsterapeutiska rollen i teamet har medfört att arbetsterapeuten idag har en ”solklar” roll i postcovidteamet.

Det standardiserade arbetssättet har tydliggjort vilka patienter arbetsterapeutens åtgärder riktats mot vilket i sin tur kan ha lett till en ökad tydlighet inom postcovidteamet. Detta ökade patientantal har medfört att patienter fått tidig stöttning för sina besvär gällande sina aktivitetsbegränsningar. Inom postcovidteamet presenteras samtliga professioners behandlingsresultat genom siffror vilket även arbetsterapeuterna har börjat arbeta utifrån. Arbetsterapeuten beskriver nedan sin syn på professionens ökade synlighet:

Kanske inte till en början, det har väl växt fram resterande professioner har förstått vikten av arbetsterapi men också av andra yrkeskategorier så klart. Jag tror att det är en väldigt stor efterfrågan på arbetsterapeuter
(Arbetsterapeut A)

Ett motiv till standardiseringen är att genom siffror kunna visa på effekten av arbetsterapeuternas behandling för patienter med postcovid. Under tidens gång fick även övriga professioner och verksamheter en ökad kunskap om vad arbetsterapeuten gör och kan göra. Arbetsgruppen såg då enligt arbetsterapeut A ett ökat behov av att standardisera ytterligare arbetssätt såsom dokumentation och bedömningsinstrument för att besluta ett bestämt arbetssätt samt synliggöra professionen. Timmermans och Berg (2003, ss. 18-19) beskriver hur standardiseringen bidrar till mer lättillgänglig information men även kan skapa en annan transparens gentemot andra verksamheter och professioner. Arbetsterapeuten beskriver nedan:

Från början så var det nästan så att det här är nog inget arbetsterapeutiskt till att svänga över till att det är klart att det är väldigt mycket som är arbetsterapeutiskt
(Arbetsterapeut B)

Idag träffar arbetsterapeuterna majoriteten av postcovidpatienterna då patientens behov av arbetsterapi har blivit tydligare. Ökad synlighet för professionen skulle enligt Timmermans & Berg (2003, s. 93) kunna leda till fler medlemmar inom professionen. Fler medlemmar inom professionen skulle kunna leda till att synligheten om professionen ökar inom samhället och fler personer söker sig till utbildningen. Fler antal arbetsterapeuterna skulle då i sin tur kunna leda till att fler postcovidpatienter får tidig bedömning och behandling.

Fokus på mätbarhet och redovisning av behandlingsresultat

Forskarna och verksamhetsledningen har tydligt lyft fram önskemål om att arbeta utifrån ett standardiserat arbetssätt kring postcovidpatienterna för att säkerställa mätbara resultat och en ökad synlighet inom den pågående forskningen. Den valda standardiseringen och bedömningsinstrumentet COPM ger en möjlighet för behandlarna och patienterna att följa upp resultatet från arbetsterapeutens interventioner med hjälp av siffror. En önskan om att kunna påvisa eller kommunicera fler mätbara resultat till andra professioner skulle kunna vara en orsak till att det funnit en ökad vilja hos arbetsterapeuten och forskarna till kvantifiering samt vara orsaken till skiftet för arbetsterapiprofessionen. Det framkommer under intervju med arbetsterapeut A att kravet på att arbetsterapeuterna bör arbeta mer utifrån en kvantitativ metod skulle kunna bero på att det ses som mer evidensbaserat. Det skulle då kunna bidra till att arbetsterapeuternas behandlingsresultat kan redovisas och visa på effekten av den arbetsterapeutiska behandlingen. Målet har tidigt funnits från verksamhetsledningen och forskarna att tillsammans med behandlande arbetsterapeuter komma fram till ett standardiserat arbetssätt där COPM är ett exempel på bedömningsinstrument som valts. Timmermans och Berg (2003, ss. 18-19) beskriver att kvantifiering och ökad vetenskaplig evidens kan leda till förbättrad vård och ökad kunskap.

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2015) har fokus ökat på mätbarhet och det har medfört att verksamheter men även behandlare väljer siffror vid uppvisning av resultat. Det kan vara mer troligt att arbetsplatser som praktiserar standardiserad forskning har en bättre sammanhängande och lyckad verksamhet (Sismondo, 2009, s. 136). Det skulle kunna vara grunden till att arbetsterapeuterna önskar att börja arbeta mer utifrån standardiserade arbetssätt för att visa på eventuell förbättring på patientens aktivitetsförmåga. Timmermans och Berg (2003, ss. 19-20) talar om liknande processer där de menar att i en standardisering kan det finnas en större tyngd i resultatet än vid individuella bedömningar.

Önskan om att tala samma språk som övriga vårdprofessioner

Att forskarna önskar att "tala samma språk" som de övriga hälsoprofessionerna och att arbetsterapeuterna har en önskan om att visa på kvantifiering skulle kunna bero på att siffror oftast är lättare för övriga vårdprofessioner, verksamheten och samhället att läsa av än

kvalitativ metod. Resultatet för de arbetsterapeutiska insatserna ska kunna visas till patienterna men även hela vårdyrket.

Grunden med evidensbaserad medicin är att tillförlitlig kunskap behöver bli tillgänglig för bland annat verksamhetens övriga vårdprofessioner. Detta skulle då enligt arbetsterapeut A samt övriga hälsoprofessioner kunna underlätta för vårdpersonal i arbetet med postcovidpatienter om samtliga professioner kommunicerar på liknande sätt. De standardiserade arbetssätten kan underlätta vid samtal mellan olika professioner kring patienten eller uppföljande bedömningar. Det finns en tro att formalisering garanterar objektivitet och tillförlitliga resultat medan individuella bedömningar äventyrar verksamhetens trovärdighet (Bohlin & Sager, 2011, ss. 219-220). Timmermans och Berg (2003, s. 17) menar att genom att arbeta standardiserat kan det leda till en ökad trovärdighet gentemot övriga professioner. Arbetsterapeuten beskriver nedan:

Om man ser till de andra professionerna så är det ju mer kvantitativt vi är väl egentligen den profession som har mer kvalitativt, det är väl också så att vi ska prata samma språk inom dom här vårdyrkena, så att man kommunicerar på samma sätt
(Arbetsterapeut A)

Enligt arbetsterapeut A finns det en risk med att arbeta utifrån endast individuella bedömningar då det kan bli svårt för övriga professionen att tolka effekten av arbetsterapeutens insatser utan siffror. Orsaken till detta skulle kunna vara att som Porter (1995) tar upp i sin text att siffror är lättare för andra beslutsfattare att följa och utläsa. När siffror används istället för ord bidrar det till en ökad gemensam förståelse (Porter, 1995, ss. 5-6). Porter (1995, ss. 3-5) tar i sin text upp önskan att det ska finnas någon form av objektivitet för att kunna uppnå en form av kunskap som anses vara sann samt att? metoder som anses vara objektiva ofta uppskattas högre än klinisk expertis. Resultatet från de subjektiva bedömningarna som arbetsterapeuterna utför kan därför behöva översättas för att underlätta för beslutsfattare att läsa av resultatet. Det skulle då kunna leda till att fler forskare men även behandlare önskar att följa kvantitativa bedömningsinstrument då resultaten från dessa går att visa upp för övriga professioner, verksamheter men även samhället.

Ökad legitimitet inom och genom forskning

Att presentera kvantitativ forskning skulle kunna ha en grund i att arbetsterapeutprofessionen försöker att arbeta för att höja sin status genom att synliggöra sig bland andra professioner. Arbetsterapeutens roll inom postcovidteamet har under vägens gång ändrats och blivit tydligare och idag finns det en ökad önskan om att synliggöra forskning och postcovidverksamheten. Kraven från verksamhetsledningen samt samhället är högre på inhämtning av data om resultat av behandling inför kommande forskning. Utöver att forskarna sätter krav på att arbetsätten ska standardiseras kan även verksamhetsledningen och samhället sätta en viss press på att och hur forskning ska presenteras. Arbetsterapeuterna ser en tydlig fördel med att forskarna är med i arbetsgruppen vid framtagning av bedömningsinstrument och arbetssätt då det möjliggör ökad insamling av data inför kommande forskning vilket kan användas som grund för arbetsterapeuterna vid redovisning av behandlingsresultaten. Denna möjlighet finns inte hos andra patientgrupper och arbetsterapeuterna som intervjuades tror det kan bero på att det är en ny diagnos. Orsaken till detta skulle kunna vara att postcovidpatienter börjat uppmärksammas mer i samhället och beskriver sina besvär och vilken hjälp som finns att få. Det har skapat en stor efterfrågan att visa på ett resultat inom postcovidvården för samtliga vårdprofessioner.

Det framkommer att arbetsterapeuterna tycker att det är positivt att de har forskare som kan stötta dem vid framtagning av bedömningsinstrument samt lämpliga bedömningar. Så länge kvantitativa metoder anses som mer tillförlitliga så kommer strävan från forskarna och verksamhetsledningen att finnas att kvantifiera samtliga arbetssätt fortsätta.

Utmaningar med standardisering

Under denna rubrik kommer jag att ta upp arbetsterapeuternas beskrivning gällande svårigheterna med att använda bedömningsinstrumentet. Jag kommer även belysa arbetsterapeuternas upplevelse och önskan om en balans mellan formalisering och bedömning samt behovet av tid vid framtagning av arbetssätt. Det framkom även om arbetsterapeuternas olika arbetssätten mellan mottagningarna och frågan vem den insamlade data är till för?

Framtagning av standardiserat arbetssätt

Jag deltog tidigt i möten tillsammans med arbetsterapeuter samt forskare internt för att arbeta fram standardiserade arbetssätt. Där ingick standardiserad dokumentation och bedömningsinstrument för att kunna garantera en standardiserad vård utifrån de aktivitetsbegränsningar som hade observerats hos postcovidpatienter. Arbetsterapeuterna försökte utöver interna dialoger även se över hur andra verksamheter arbetade med postcovidpatienter för att tillsammans komma fram till ett gemensamt arbetssätt. Efter en omvärldsspaning märkte arbetsterapeuterna att kunskapen kring postcovid fanns internt. Något som arbetsterapeuterna, forskarna men även övriga hälsoprofessioner upplevde var utmanande var att det är svårt att säkerhetsställa att rätt arbetssätt arbetats fram då det inte fanns andra verksamheter att diskutera med kring valda arbetssätt.

Behandlande arbetsterapeuter började tillsammans med forskarna att föra interna dialoger med andra arbetsterapeuter på mottagning 1 som brukade träffa patienter med liknande besvär som postcovidpatienterna beskrev. Utifrån den kunskap och kompetens som framkom kunde forskare och behandlande arbetsterapeuter fortsätta arbeta vidare mot en önskad standardisering. Det framkom svårigheter under arbetets gång då arbetsterapeuterna upplevde kunskapsbrist kring patientgruppen då nya symtom framkom.

Enligt arbetsterapeuterna har standardiseringen varit ett pågående arbete då standardiseringen och kalibreringen har fått ske under vägens gång och kan behöva ändras under tiden.

Arbetsterapeuten beskriver nedan:

*Genom patientmöten som en del, genom interna dialoger, genom omvärldsspaning, genom att försöka hela tiden samla kunskap men det som är väldigt tydligt är att det finns inte så mycket kunskap utanför oss som hos oss. Så att jag skulle säga att vi delar kunskap och kompetens och erfarenheter internt
(Arbetsterapeut B)*

Det framkom svårigheter vid framtagning av standardiserad journalmall då det var svårt att besluta vilka sökord som skulle stå med vid insamling av data samt vilken typ av bedömning

och behandling patienterna kommer att få. Arbetsterapeuten fortsätter beskriva gällande arbetet för att standardisera postcovidvården inom arbetsterapiprofessionen:

*Ja det finns en mall dels så har vi en journalmall och sen så har vi en intervjustödmall. Standardiseringen är ju ett pågående arbete, det här var ju helt nytt för oss så när vi började att ta oss an den här patientgruppen så behövde ju standardiseringen och kalibreringen ske längst vägen
(Arbetsterapeut B)*

I den beslutade standarden ingick som ovan beskrivet journalmallar och intervjustödmallar och valda bedömningsinstrument samt standardiserade åtgärder. Valet av bedömningsinstrument togs tidigt av forskarna. Enligt arbetsterapeut A samt mina egna minnesanteckningar framkom det att endast kvantitativa bedömningsinstrument lyfts fram i arbetsgruppen inför val av bedömningsinstrument. Då verksamheter ofta tar beslut kring val av standarder kan det finnas en risk att det finns en politisk agenda och val av standard kan påverkas av nuvarande hierarkier (Timmermans & Berg, 2003, ss. 22-23). Efter att valet gjorts framkom det av arbetsterapeut A att det inte skett några justeringar av befintliga arbetssätt.

Problem med bedömningsinstrumentet COPM

Arbetsterapeuterna har vid vissa patientbesök valt att fortsätta arbete utifrån de satta standarderna trots att bedömningsinstrumentet COPM enligt arbetsterapeuterna inte alltid fångar patientens aktivitetsbegränsningar. Arbetsterapeuterna väljer därför i mötet med postcovidpatienterna om COPM ska användas eller inte. En orsak till att bedömningsinstrumentet COPM inte fångar patientens aktivitetsbegränsningar eller besvär kan enligt arbetsterapeut A bero på att beslut om användandet av COPM togs i början av postcovidvården. Aktualiteten av bedömningsinstrumentet skulle kunna påverkas av att nya symtom har uppkommit längst vägen.

Nedan presenteras arbetsterapeuternas syn på svårigheterna i användandet av bedömningsinstrumentet COPM i praktiken med postcovidpatienter. Arbetsterapeuterna tar upp att både behandlare och patienter upplever svårigheter att sätta konkreta mål för att klara en specifik aktivitet såsom att duscha, eller gå och handla. Patienten uttryckte oftare generella

mål som att få mer ork eller att klara sin vardag i stort. Patienten ska i COPM dela upp varje enskild aktivitet i ett separat mål och utifrån det satta målet ska patienten sätta en siffra på den valda aktiviteten som patienten upplevde svårigheter med. Enligt arbetsterapeuterna har det framkommit att patienter ofta upplever svårigheter i sin vardag och bedömningsinstrumenten som beslutats att användas inte ger utslag på dessa besvär trots att arbetsterapeuterna sett det under observation eller samtal. Arbetsterapeuterna beskriver att bedömningsinstrumenten inte känner av de små aktivitetsbegränsningarna som patienterna har och dessa små aktivitetsbegränsningar kan enligt patienten vara stora begränsningar i vardagen.

Om patienternas besvär inte ger utslag i COPM kan det leda till att besvär missas vid behandling hos arbetsterapeut. Det finns även en risk för att aktiviteten som används i bedömningsinstrumentet ej är patientens faktiska mål utan valts av arbetsterapeut för att passa instrumentets utformning för att utan ett specifikt mål är det ej möjligt att sätta en siffra. Detta i sig kan då leda till att patienten inte får den information och behandling som personen behöver. Svårigheter vid användandet av bedömningsinstrumentet COPM ledde till att arbetsterapeuten inte alltid använder sig utav bedömningsinstrumentet fullt ut, utan endast vissa delar. Arbetsterapeuten beskriver att grunden vid bedömningsamtalen är arbetsterapiprocessen där COPM kan användas som hjälp för arbetsterapeuten att fånga patientens aktivitetsbegränsning.

Det framkom att arbetsterapeut A ungefär använder COPM på 30 % av de patienter som bedöms och behandlas. Då COPM inte används fullt ut kan inte arbetsterapeuten heller utvärdera åtgärderna vid avslutad behandling. Det leder till att resultaten av de utförda bedömningarna och åtgärderna inte fångas upp och kan därför inte följas upp inom forskning. Det kan då finnas en risk för minskad insamling av data när standardiserade arbetssättet inte följs under besöken. Det i sin tur skulle kunna medföra en svårighet att veta vad som gett effekt eller inte för postcovidpatienterna. Arbetsterapeuterna upplevde att det inte skulle ha valt samma arbetssätt och bedömningsinstrument som forskarna gjort. Utöver att arbetsterapeuterna upplevde att bedömningsinstrumentet COPM var okänsligt så framkom det även svårigheter gällande tidsaspekten under patientbesöken då arbetsterapeuterna upplevde att det fanns begränsad tid för bedömningarna. Arbetsterapeuternas misstro till instrumentet ledde till låg användning av COPM och att arbetsterapeuterna istället kan förlita sig på sin tysta kunskap och då valt individuella bedömningar i mötet med postcovidpatienterna. Om

standardiseringarna inte används av behandlarna är det svårt att avgöra resultaten av studierna då det eventuellt kan vara för lite material. Det kan därför vara svårt att veta vad resultaten faktiskt visar på när bedömningsinstrumenten inte används, eller hur resultaten ska tolkas för kommande forskare samt följas upp av behandlare när standarderna inte följs. Om siffrorna ej är tillförlitliga kan det göra så att den framtida vården av patienter påverkas då många beslut inom verksamheten fattas med siffror som grund då det anses mer tillförlitligt.

Risk för missvisande bedömningsinstrument på grund av bristfällig delaktighet

Det framkom under intervjuerna med arbetsterapeuterna att val av bedömningsinstrument inte upplevdes som en lämplig standard för denna patientgrupp. Verksamhetsledningen och forskarna började tidigt att besluta kring ramar och riktlinjer för vilka arbetsätt som arbetsterapeuterna ska använda samt vilka patienter som ska bedömas via akutsjukhuset.

Det framkom under intervjuerna med arbetsterapeuterna samt hälsoprofessionsteamet att det inte funnits tydliga ramar eller riktlinjer från start kring vilka patienter som ska följas upp via akutsjukhuset och vilka patienter som kan följas upp via vårdcentraler. Dessa otydligheter i riktlinjer och ramar från samhället och verksamhetsledningen kring vilka patienter som ska bedömas och vilken vård dessa patienter ska erbjudas på akutsjukhuset har enligt arbetsterapeuterna lett till att forskarna, arbetsterapeuterna men även övriga hälsoprofessioner inte vetat hur arbetet ska se ut med postcovidpatienterna. Kritiker till standardisering menar att det kan finnas en risk om beslut fattas av politiker, chefer eller beställare då det kan påverka val av standarder (Timmermans & Berg, 2003, ss. 22-23).

Inför val av bedömningsinstrument var forskarna med på ett flertal besök tillsammans med behandlande arbetsterapeuter för att få en inblick i patientgruppen. Däremot vid beslutsfattande har forskarna enligt arbetsterapeut A ensamt beslutat vilka standardiserade bedömningar som ska utföras på postcovidpatienterna där arbetsterapeuterna inte känt sig delaktiga i beslutet.

Det framkom även att arbetsterapeuternas upplevelse kring bristande delaktighet vid besluten påverkade användandet av bedömningsinstrumentet. Bristfällig delaktighet kan ha lett till att bedömningsinstrumentet som valts inte helt lämpar sig till patientgruppen då behandlarna inte fullt ut varit med och lämnat sina åsikter kring behov av bedömningsinstrument.

Arbetsterapeut A tar upp att hade de fått välja bedömningsinstrument hade de troligtvis inte valt COPM. Det är svårt att avgöra vilka patienter som forskarna har utgått ifrån vid val av bedömning och behandling. Riktlinjerna har ändrats under vägens gång men det hade enligt de intervjuade arbetsterapeuterna varit behjälpligt om arbetsterapeuterna från start fått tydligare information. Arbetsterapeut B upplevde att hade de från start varit involverade och fått tydligare ramar hade det lett till en ökad förståelse för uppdraget eller omfattningen av patient antalet så som att det plötsligt finns 300 patienter på väntelistan.

Balans mellan formalisering och bedömning i mötet med postcovidpatienter

Arbetsterapeuterna lyfter upp behovet av att det ska finnas en balans mellan formalisering och bedömning, vilket i dagens arbete har visat sig svårt. Enligt Bohlin och Sager (2011) är det svårt att säga något om den önskvärda balansen mellan formalisering och bedömning. De menar att det är viktigt för praktiker, forskare eller beslutsfattare att göra sin egen bedömning om vilken balans mellan formalisering och bedömning som lämpar sig bäst utifrån verksamheten man befinner sig i (s. 221). Arbetsterapeuternas önskan om att finna en balans mellan formalisering och bedömning har visat sig svårt då externa krav på standardisering har haft en större inverkan på arbetssättens utformning då önskemålet om kvantitativ metod varit stort.

Arbetsterapeuterna tar upp under intervjuerna att det finns ett behov av att se varje patient som unik och utgå ifrån patientens besvär och aktivitetsbegränsningar. Arbetsterapeut A menar att det kan medföra en svårighet att följa en standard då patienterna har olika behov av bedömningar, åtgärder eller antal besök utifrån deras situation. Arbetsterapeuterna tar även upp önskan om att de i första hand ska kunna utgå ifrån sina individuella bedömningar och där det passar använda sig utav COPM eller delar av bedömningsinstrumentet. Däremot såg arbetsterapeuterna också fördelar med att använda sig utav de beslutade standardiseringen. Arbetsterapeuterna beskriver att när standardiseringen används är det en fördel då det kan möjliggöra att patienterna erbjuds en standardiserad vård både inom verksamhet och nationellt. Arbetsterapeut A menar även att standardiseringen bidrar till en grund vid patientbesöken som arbetsterapeuterna kan utgå ifrån i mötet med postcovidpatienter.

Arbetsterapeuterna tar upp att de önskar i mötet med postcovidpatienter att kombinera ett standardiserat arbetssätt där bedömningsinstrument COPM och antal besök är en del med

ostandardiserat arbetssätt där arbetsterapeuten har möjlighet att utgå ifrån sin individuella bedömning. Detta går att relatera till Bohlin & Sager (2011, s. 220) som beskriver att studier som visar på hantering av kunskap inom vård och omsorg och där professionellt omdöme tillämpas skulle det kunna bidra till att beslutsfattande personer inom verksamheten tillämpar nya sätt att formalisera. Enligt de behandlande arbetsterapeuterna ger inte de beslutade formaliseringarna det utrymme för bedömningar som arbetsterapeuterna upplever behövs. Däremot beskriver Bohlin och Sager att individuella bedömningar och formaliseringar inte behöver stå i motsats till varandra (2011, s. 219-220). Arbetsterapeuterna upplevde farhågor och förväntningar med det standardiserade arbetssättet. En utmaning som framkommit är att arbetsterapeuterna, trots en vilja att arbeta standardiserat inte alltid utgår ifrån satta standarder. Detta bland annat på grund av svårigheter med att utesluta sina subjektiva bedömningar men även att de inte upplever att den valda standarden fångar patientens aktivitetsbegränsningar fullt ut. Det visar sig därför svårt för arbetsterapeuterna i vissa möten med postcovidpatienter att följa de satta formaliseringarna. Detta beror på att arbetsterapeuterna sett utifrån ett antal patientbesök att COPM inte fångar patientens symtombild fullt ut och för att inte riskera att missa besvär vid bedömning önskar arbetsterapeuterna att ha en balans mellan formalisering och bedömning.

Arbetsterapeuten beskriver nedan kring sitt perspektiv på det beslutade arbetssätten där det framkommer att arbetsterapeuten önskar både en beslutad ram att arbeta utifrån men samtidigt en flexibilitet där behandlaren ska kunna förbise den satta standardiseringen och bedöma patienten utifrån behoven som uppkommer:

*Handlar ju om personens egna upplevelse i det här så att det är det som är nackdelen att det kan bli för fyrkantigt. Det bästa är att försöka hitta en gemensam modell så att man försöker jobba både standardiserat men också försöker se lite utanför ramen försöker binda ihop de på något sätt
(Arbetsterapeut A)*

Valet av bedömningsinstrumentet COPM har alltså orsakat problem för arbetsterapeuterna i deras bedömning och behandling för postcovidpatienterna. En arbetsterapeuts insatser ska enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2010, s. 6) kontinuerligt utvärderas och omvärderas utifrån nyttan för patienten. Om patienterna ignoreras och fortsätter ha svårigheter att utföra vardagliga aktiviteter, eller är sjukskriven, kan det leda till en känsla av utanförskap

gentemot sin familj och samhället. Bedömningarna som inte är tillräckliga och inte fångar patientens besvär skulle kunna leda till en påverkan på patientsäkerheten. Socialstyrelsen (2012, s.15) menar att om behandlaren endast utgår ifrån standardiserade frågor kan det medföra att frågor eller problematiker missas. Timmermans och Berg (2003, ss.18-19) beskriver även hur problematiken kan missas om behandlaren endast utgår ifrån ett beslutat recept eller standarder.

Kvantitativ metod valdes i stället för kvalitativ metod trots arbetsterapeuternas grundperspektiv

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2018) finns det en bild av att människan skulle kunna omvandlas till ett mätbart objekt. Grundsynen som arbetsterapeuterna har är framför allt kvalitativ där arbetsterapeutens ser på människan som en unik varelse och bör utgå ifrån ett klientcentrerat perspektiv. Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2018) ska arbetsterapeuten utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt där personens unika upplevelser ska prioriteras (s. 7). Enligt arbetsterapeuterna är postcovid en diagnos där patientgruppen skulle med fördel kunna undersökas med kvalitativ forskning då många av patienterna beskriver liknande besvär och svårigheter i vardagen. Kvalitativa studier ses dock oftast som en lägre evidensgrad i evidenshierarkin än kvantitativt, vilket enligt arbetsterapeut A kan medföra ett bristande förtroende för arbetsterapeuternas bedömningar från övriga vårdprofessioner.

Nedan beskriver arbetsterapeuten sin syn på kvantitativ och kvalitativ forskning:

*Det här är egentligen en grupp som man får in bäst data kvalitativt för många av patienterna har liknande besvär så att jag skulle säga att just den här patientgruppen skulle man kunna göra en bra kvalitativ forskning på men det blir en mindre grupp än kvantitativ så att kvantitativ data blir ju mer evidensbaserad
(Arbetsterapeut A)*

Arbetsterapeuten tar ovan upp ett deras synsätt av kvalitativt arbetssätt och belyser även deras vilja att arbeta mer utifrån en kvalitativ metod. Arbetsterapeuterna på det valda akutsjukhuset arbetar idag till stor del utifrån satta standardiseringar på samtliga patientgrupper då detta är

beslut som tagits av verksamheten. Trots dessa beslutade arbetssätt belyser arbetsterapeuterna samtidigt vikten av att kunna välja mellan kvalitativ och kvantitativ metod i mötet med postcovidpatienter.

Kvalitativa intervjuer kan möjliggöra för arbetsterapeuterna att under intervjuerna rikta in följdfrågor på de områden patienterna tar upp som problematiska för att kunna få en bred bild av patientens besvär. Kvalitativa intervjuer beskriver arbetsterapeut A skulle kunna fånga bredden av patienternas besvär vilket arbetsterapeuten inte upplevt att de kvantitativa bedömningsinstrumenten gjort. Arbetsterapeuterna beskriver att det kan finnas en risk om man endast utgår ifrån kvantitativ metod kan det missa information kring patientgruppen som kan vara viktigt i arbetet.

Skillnad i arbetssätten på de olika mottagningarna

Ett annat problem som uppkom under intervjuerna med arbetsterapeuterna gällande standardisering handlar om hur de olika mottagningarnas arbetssätt skiljer sig åt. Det framkom under intervjun med arbetsterapeut A att de på akutsjukhusets två mottagningar bedömer och behandlar patienterna olika. Exempelvis erbjuder arbetsterapeuterna patienterna olika antal patientbesök, digitala besök respektive fysiska besök men även val av bedömningsinstrument. Arbetsterapeuterna på mottagning 1 träffar samtliga patienter digitalt vilket är på grund av att det kan bli för jobbigt för patienterna att komma till fysiska besök. Enligt arbetsterapeut A kan fysiska besök medföra att patienterna får bakslag och får en negativ inverkan på patienten i stället för att hitta en balans i vardagliga aktiviteter. Arbetsterapeuten menade att:

*Jag skulle säga att jag på den här delen av sjukhuset så är jag den enda som jobbar med det som jag gör. På mottagning 2 verkar det som att dom har valt att gå en annan väg
(Arbetsterapeut A)*

Efter att arbetsterapeuterna på mottagning 2 haft sina antal besök avslutas patienten eller remitteras vidare om det finns ett fortsatt behov av arbetsterapi. Var beslutet har kommit ifrån gällande hur många besök som ska erbjudas framkom inte under intervjun. Det framkom inte heller om samtliga patienter som arbetsterapeuterna på mottagning 2 träffar är i behov av ett

visst antal besök som de erbjuder eller om patienterna avslutas tidigare om dessa besök inte behövs. Skillnad i antal vårdbesök skulle då kunna tyda på att arbetsterapeuterna på mottagning 2 arbetar utifrån ett annat arbetssätt än arbetsterapeuterna på mottagning 1. Enligt en av arbetsterapeuterna som intervjuades är det inte alltid säkert att standardiseringen bidrar till en patientcentrerad vård då enligt arbetsterapeut A behöver man i mötet med postcovidpatienterna individuellt bedöma hur många antal besök patienten behöver samt vilken typ av behandling som är lämplig för den patienten. Utgår arbetsterapeuterna i varje besök utifrån en satt standard kan det medföra att patienter med större besvär och mindre besvär erbjuds lika många vårdbesök och behandlingar vilket enligt arbetsterapeut A inte ger en patientcentrerad vård. Arbetsterapeut A beskriver att det inte alltid är så att patienten är redo att avslutas eller att patienten inte behöver ha fyra besök utan bara två. Enligt arbetsterapeuten kan det medföra svårigheter att arbeta standardiserat. Arbetsterapeuten menar:

*Att man försöker att hitta en likvärdig vård, att inte ha dom olika sätten, att man inte träffar patienten ett visst antal gånger när den andra gruppen inte har en sån typ av gräns då blir det ju också en skillnad i vården. Att de ena har väldigt många besök som man erbjuder medan den andra inte tillåter så många besök alls och då blir det ju såklart en skillnad för patienterna
(Arbetsterapeut A)*

Arbetsterapeut A beskriver att de på mottagning 2 har valt att gå en annan väg än mottagning 1 trots att de har suttit i arbetsgrupp tillsammans och diskuterat fram ett standardiserat arbetssätt för postcovidpatienterna. Formaliseringarna som forskarna beslutat på mottagning 1 och val av arbetssätt så som bedömningsinstrument, att det ska vara individuellt antal vårdbesök, digitala besök samt journalmall som arbetsterapeuterna utgår ifrån. Arbetsterapeuterna på mottagning 1 beskriver under intervjuerna att arbetet idag kräver att de försöker hitta en gemensam modell så att man kan arbeta både standardiserat och lite utanför ramen.

Nedan beskriver Arbetsterapeuten:

Det är väl egentligen samarbetet att vi behöver prata mer och diskutera mer kring arbetssätt kanske gå med varandra. Det hade kanske varit bra om dom på

*mottagning 2 hade kunnat gå med oss arbetsterapeuter på mottagning 1
(Arbetsterapeut A)*

Vilken patient i fokus?

Det framkommer under intervjuerna en skillnad mellan arbetsterapeuternas och forskarnas önskemål om arbetssätt med syftet om vilken patient som står i fokus. Arbetsterapeuterna beskriver under intervjuerna att forskarna har en önskan om att använda sig utav kvantitativ metod vid val av bedömningsinstrument. Detta för att enligt arbetsterapeut A kunna visa på behandlingsresultaten samt att siffrorna kan användas i forskningssyfte. Forskaren beskriver under intervjun att framtagning av bedömningsinstrument har fokuserat på patientens problematiker. Däremot menar även forskaren att vid vissa bedömningar som gjorts på postcovidpatienter som ingår i forskningsstudier kan det stundtals göras uppföljande bedömningar utifrån den valda standardiseringen trots att forskaren och behandlarna inte tycker att patienten är i behov utav detta. Detta kan då vara patienter som inte har stora besvär och enligt forskaren inte hade behövt följas upp om det inte hade funnits en beslutad standardisering. I dessa situationer kan forskaren fundera på varför beslut tagits kring att bedömningarna ska göras även om patienterna inte haft besvär som behöver följas upp. Forskaren ställer sig frågandes till vad den insamlade data då visar på och vad den ska användas till. Arbetsterapeuterna, övriga hälsoprofessioner samt forskaren uppgav under intervjuerna funderingar kring vem den insamlade data var till för då det framkommit att stort fokus låg på insamling av data för kommande forskning.

Arbetsterapeut A beskriver att det i vissa patientmöten inte bedöms aktuellt att använda sig utav det beslutade bedömningsinstrumentet då det inte kommer att ge utslag på symtombilden och aktivitetsbegränsningarna som patienten upplevs ha. Detta har då lett till att arbetsterapeuterna inte alltid använder sig utav de beslutade arbetssätten då de upplevt att patienterna som bedöms där och då behöver gynnas av bedömningen och behandlingen. Det framkom inte om forskarna har utgått från sin egen agenda att finna mätbara resultat och kvantitativa data eller om de har haft patienten som bedömts i fokus. Under intervjuerna kunde arbetsterapeuterna inte svara på detta då de upplevde att forskarna har ett stort fokus på insamling av data men att detta är inför kommande forskning vilket behövs för vidare arbete för patienter med postcovid. Forskaren som intervjuades beskriver att de har patienten i fokus men att frågan kvarstår under vissa patientbesök vem den insamlade data är till för.

Tidsbristen i mötet med postcovidenter

Den intervjuade forskaren tar upp att det är viktigt med en ny diagnos att man är ödmjuk med att vi inte har alla svar på behandlingar och kommande resultat. Det som är viktigt att lägga tid på är forskning och att hinna utvärdera men även ha tid att bygga upp ett standardiserat arbetssätt med övriga professioner. Det är därför enligt den intervjuade forskaren viktigt att vi har i åtanke att postcovident är en ny diagnos där vi borde ha respekt för att vi inte kan veta allt efter en kort tid. Den stora efterfrågan har lett till att insamling av data har haft ett stort fokus med formalisering som grund för att kunna visa på att de insatser som arbetsterapeuterna utfört gett effekt. Det har tidigt framkommit efterfrågan från patienter, verksamhetsledningen, forskarna samt övriga vårdprofessioner att visa på arbetsterapeutens behandlingsresultat. En ökad press för forskarna men även arbetsterapeuterna har då funnits att använda sig utav kvantitativa bedömningsinstrument för att då kunna visa på att insatta behandlingsåtgärder gett effekt. Arbetsterapeut A samt övriga hälsoprofessioner tar upp att tid kring framtagning av arbetssätt, användning av bedömningsinstrument och möjligheten att läsa på om patientgruppen varit begränsad och därför har det varit positivt att det funnits tid och möjlighet från forskarna att stötta behandlarna i detta arbete att finna lämpliga bedömningsinstrument och arbeta fram ett standardiserat arbetssätt. Arbetsterapeut B beskriver nedan utmaningen med postcovident då mängden av patienterna ledde till en begränsad möjlighet att förbereda sig för den nya patientgruppen. Arbetsterapeuten beskriver nedan:

Jag skulle inte säga att det gick att förbereda sig så mycket för vi blev ju ganska översköjda av den våg som blev och helt plötsligt så klart så behövde vi bara stå redo och ta emot patienter

(Arbetsterapeut B)

Socialstyrelsen (2020) beskriver att pandemin har bidragit till att det behöver fortsätta ske anpassningar i vårdkedjan då det uppkommit ett stort antal patienter med rehabiliteringsbehov. Antalet patienter har medfört begränsade resurser och begränsad tid för vårdpersonalen kring postcovidenterna. Det har även medfört att patienterna inte fått informationen om vad bedömningarna ska användas till eller om det pågår någon specifik studie samt dess syfte. Den intervjuade forskaren i postcovidentteamet beskriver otydligheten med syftet utav de valda mätmetoderna:

Träffar vi dom för att vi vill forska eller är det en klinisk uppföljning svaret, har alltid varit att det är en klinisk uppföljning men sen så ser den inte alltid ut som en klinisk uppföljning men det blir lite förvirrat ibland med vad som är syftet med de

(Forskaren)

Arbetsterapeut A tror att hade patienterna fått mer information skulle det kunna lett till en ökad förståelse för innebörden av bedömningen och förstå vad resultatet kommer innebära i forskningssyfte. Det har även varit en påverkande faktor under besöken att det funnits tidsbrist vilket medfört att arbetsterapeuterna inte informerat patienterna grundligt gällande syftet av bedömningar och behandlingar.

Diskussion

Resultatdiskussion

I diskussionen kommer jag att lyfta fram de olika resultaten som framkom under intervjuerna och diskutera potentiella spänningar i resultatet. Jag kommer att presentera de olika fynden från resultatet utifrån tre teman.

Professionell legitimitet eller professionell integritet

Det framkommer under resultatet flera spänningar mellan professionell legitimitet och professionell integritet. Med professionell legitimitet avser jag en önskan om en ökad förståelse och kunskap om professionen. Detta blir tydligt i avsnitten: *Ökad synlighet för arbetsterapeutprofessionen i rehabiliteringsprocessen* och *Fokus på mätbarhet och redovisning av behandlingsresultat, Önskan om att tala samma språk som övriga vårdprofessioner* samt *Ökad legitimitet inom och genom forskning*. Med professionell integritet så menas arbetsterapeuternas önskan om individuella bedömningar och farhågorna om att tappa professionens grundsyn. Det blir framför allt synligt i avsnitten: *Ökad synlighet för arbetsterapeutprofessionen i rehabiliteringsprocessen, Problem med bedömningsinstrumentet COPM samt Kvantitativ metod valdes istället för kvalitativ metod trots arbetsterapeuternas grundperspektiv*.

Går det att undvika denna konflikt mellan professionell legitimitet och professionell integritet? På grund av den tydliga hierarki och arbetsterapeutens traditionella kompetensutövning är konflikten antagligen omöjlig att undvika. Detta då de på det valda akutsjukhuset arbetar utifrån kvantitativ metod och det finns en vilja hos professionerna att synliggöra sig inom forskning samt gentemot andra vårdprofessioner för att öka sin legitimitet. Evidenshierarkin visar på den kunskap som ses mest tillförlitlig (Nilsen 2014, s. 47). Det har visat sig finnas en tydlig norm inom akutsjukvården att presentera kvantitativ metod. Däremot har arbetsterapeuterna som arbetar inom postcovidvården visat på en stark integritet där de önskar att bibehålla sin grundsyn inom arbetsterapin och inte tappa de individuella bedömningarna. Vid användning av subjektiva bedömningar kan det finnas ett behov av att resultatet översätts till ett språk som andra professionerna förstår (Porter 1995, ss. 5-6). Att även om konflikten nästan blir oundviklig måste inte dessa två stå i motsats till

varandra. Det som visar sig tydligt i arbetet på det valda akutsjukhuset är att arbetsterapeuterna önskar att utgå ifrån sina individuella bedömningar och i vissa fall använda sig utav standardisering. Detta kan då medföra att arbetsterapeuterna behöver översätta eller tydliggöra sina bedömningar eller behandlingar till andra professioner och verksamheter då det är vanligast att använda sig utav siffror vid presentation av behandlingsresultat. Dock kan det finnas en risk att problematiker missas om behandlaren endast utgår ifrån en satt standard (Timmermans och Berg 2003 ss.18-19). Om arbetsterapeuten endast utgår ifrån den satta standarden och den beslutade standarden eller bedömningsinstrumentet inte fångar patientens fulla aktivitetsbegränsningar eller besvär kan det leda till att patienten inte får den behandling som den behöver. Den tydliga dragningen mot att öka kvantifieringen från patienterna, samhället, verksamheten och övriga vårdprofessioner kan påverka val av arbetssätt. Vilket i sin tur kan påverka val av behandling då behandlaren kan välja val av behandlingsmetod före patientens behov.

Tidigare har arbetsterapeutprofessionen inte haft samma krav på att visa på behandlingsresultat inom forskning men detta har med åren ändrats och kraven har skärpts. Om arbetsterapeuterna inte visar på forskning inom en behandling bör denna behandling inte utföras. Det är intressant att fundera på om det är så att kvalitativ metod kommer att ha en tyngre evidensgrad framöver än vad den har idag och vad det är som kommer leda till det. Detta är frågor som inte går att svara på utan kan vara intressant att ha i åtanke framöver. På samma sätt så som synen på behandlingsmetoder kan förändras så kan synen på evidenshierarkin komma att förändras.

Delta men inte delaktig

I resultatet framkommer tankar gällande val av bedömningsinstrument då arbetsterapeuterna upplevt sig exkluderade av forskarna. Arbetsterapeuterna belyser även att det valda bedömningsinstrumentet COPM inte fångar patientens aktivitetsbegränsningar och att arbetsterapeuterna troligtvis inte valt samma bedömningsinstrument som forskarna gjort. Dessa tankar blir framför allt tydliga från avsnitten: *Fokus på mätbarhet och redovisning av behandlingsresultat*, *Ökad legitimitet inom och genom forskning*, *Framtagning av standardiserat arbetssätt*, *Problem med bedömningsinstrumentet COPM* och *Risk för missvisande bedömningsinstrument på grund av bristfällig delaktighet*

Det blir tydligt att det finns en hierarki inom arbetsgruppen då arbetsterapeuterna är delaktiga vid diskussion men när val väl ska fattas så tas beslut enbart av forskarna. Detta medför att arbetsterapeuterna ställer sig frågande till syftet med att fortsätta vara med i arbetsgruppen.

Om arbetsterapeuterna i stället hade fått vara med och välja bedömningsinstrument hade det kunnat medföra att de valda arbetssätten användes på fler patienter och då eventuellt fångat mer data inför kommande forskning. Dessa behandlingsresultat och forskning används inom den valda verksamheten men även andra verksamheter som stöd i framtagning av deras arbetssätt för postcovidpatienter och för att visa på att arbetsterapeutprofessionens åtgärder gett effekt gentemot patienter, verksamheten samt övriga vårdprofessioner. Därför är det viktigt att forskningen som presenteras stämmer överens med behandlingsresultaten för patienterna. Porter (1995, s. 197) beskriver att i vissa situationer behövs en förståelse för världen och att personen inte bara ser till den mekaniska objektiviteten.

Arbetsterapeuterna tog även upp gällande aktualiseringen av beslut kring bedömningsinstrument då beslutet tidigt togs av forskarna innan nya symtom uppkom. Då arbetsterapeuterna beskriver bedömningsinstrumentet som okänsligt skulle en orsak till detta kunna vara att om bedömningsinstrumentet som valts utgått ifrån andra symtom som tidigare framkommit än vad patienterna idag visar. Bohlin och Sager (2011, ss. 219-220) beskriver att orealistiska förväntningar kan uppstå vid användning av formaliseringar inom en verksamhet om det inte är anpassat efter patientgruppen eller verksamheten. Det finns svårigheter med att finna en balans mellan formalisering och bedömning då det är svårt att använda formalisering utan stöd av klinisk erfarenhet (ss. 2019-220). Det framkom även att forskarna endast valde mellan kvantitativa bedömningsinstrument och detta skulle kunna bero på att samhället sätter en stor press på presentation av forskningen där professionernas behandlingsresultat endast visas genom siffror. Sismondo (2009, ss. 142-144) menar på att expertbedömningar behövs men kunskap baserad på formaliseringar ofta värderas högre och anses mer trovärdiga. Det skulle även kunna påverkas av att forskarna som suttit med och valt bedömningsinstrument själva arbetar främst med kvantitativ data i sitt arbete och planerar att använda den insamlade data i kommande forskning. Valet av bedömningsmetoder skulle även kunna påverkas av de maktpositioner som finns och vad samhället satt för krav på verksamheten. Timmermans och Berg (2003, ss. 19-20) tar i sin text upp att det kan finnas en risk att personer inom maktpositioner så som politiker eller chefer kan påverka beslut om standardiseringarna.

Det framkommer dock att en ökad närvaro av arbetsterapeuterna vid möten med forskarna och eventuellt verksamhetsledningen hade kunnat medföra minskad patienttid vilket arbetsterapeuterna tog upp som ett besvär då tidsbrist från start varit ett tydligt problem i arbetet med postcovidpatienter.

Var ligger fokus?

Arbetsterapeuterna, övriga hälsoprofessioner samt forskaren tar upp frågan om vem den insamlade data är till för då standardiserade bedömningar utförs men att de i vissa fall är svårt att avgöra är det för patienten eller i forskningssyfte? Denna del går att koppla från resultatets avsnitt om: *Fokus på mätbarhet och redovisning av behandlingsresultat, Ökad legitimitet inom och genom forskning och Vilken patient i fokus?*

Det var tydligt under intervjuerna att samtliga vårdprofessioner har en patient i fokus vid insamling av data. Porter (1995, ss. 5-6) beskriver att siffror kan ge en annan typ av tillit men att det kan även riskera att dölja de djupa frågorna. Fokus kan vara både på patienten som är framför en men det kan också vara patienten framöver som kommer gynnas av forskningen som presenteras. Frågan är därför intressant att ställa då patienterna inte upplevt att de fått information om bedömningarna som gjorts är för pågående eller kommande forskning. Detta skulle kunna påverka patienternas godkännande till att bedömningsresultaten används i forskningssyfte om behandlarna och forskarna ställer sig frågande till vilken patient som gynnas av den insamlade datan. Denna fråga kan jag inte svara på i dagsläget då jag inte intervjuat patienterna däremot så framkommer denna fråga även av arbetsterapeuterna, forskaren samt hälsoprofessionerna då det även för dem är oklart. Detta är därför en fråga som verksamheten skulle kunna undersöka. Porter (1995, ss. 5-6) beskriver att siffror kan upplevas lättare att redovisa och det kan leda till att det finns en strävan att omvandla professionernas språk till siffror som andra beslutsfattare förstår. Då varken arbetsterapeuterna eller patienterna fått information gällande pågående eller kommande forskning samt tillgång till den insamlade datan. Då data samlats in under ca 2 års tid borde det finnas data för att kunna presentera en studie. Däremot har ingen studie ännu presenterats eller informerats om att den är pågående. Därför kvarstår frågan: vem den insamlade datan är till för? Vad kommer behandlingsresultaten att leda till? Detta är frågor som behöver ställas till forskarna men även verksamheten.

Kan det påverka arbetet med postcovidpatienter att forskaren och arbetsterapeuten beskrivit att det krävs evidens för att visa på att behandlingen som utförts på patienterna gett effekt. Om behandlingsresultat inte kan visas gällande vald intervention är beslut från verksamheten att behandlingen inte ska utföras utan evidens som belägg. Detta skulle då kunna påverka önskan om att få fram forskning inom området för att kunna garantera en fortsatt vård för postcovidpatienterna. En ökad syn och trovärdighet för professionen skulle kunna leda till fler medlemmar genom att fler personer uppmärksammar professionen (Timmermans och Berg 2003, s. 93).

Under intervjuerna framkom det ett flertal gånger att forskarna och verksamhetsledningen tagit beslut gällande val av formalisering och önskan om att visa på siffror för redovisning av arbetsterapeutens behandlingsresultat. Redovisning av behandlingsresultat genom siffror skulle kunna möjliggöra så att arbetsterapeutprofessionen synliggörs inom verksamhet men även inom postcovidforskningen nationellt och internationellt. Porter (1995) tar upp att det är viktigt att förstå omständigheterna som bidrar till att kvantitativ metod och standardiseringar efterfrågas. Siffror och kvantifiering växer idag i värde jämfört med individuella bedömningar då de bland annat kan ge en ökad tillit (ss. 5-6).

Det valda standardiserade arbetssättet möjliggör även till en ökad synlighet för professionen och även en ökad legitimitet då standardiseringen har bidragit till att behandlingsresultaten kan presenteras men även synliggjort professionen inom verksamhet, samhälle och inför övriga professioner då arbetsterapeutprofessionens behandlingsresultat kunnat visat på effekt. Timmermans och Berg (2003, s. 17) beskriver att användning av standardisering kan öka legitimiteten för professionen och trovärdigheten gentemot andra professioner ökar.

Däremot finns en risk att arbetsterapeutens integritet och behov av att använda sig utav individuella bedömningar hamnar i konflikt med forskarnas och verksamhetens önskemål om att synliggöra professionen och öka professionens legitimitet.

Slutsats

Magisteruppsatsens syfte är att förstå vad standardisering av arbetssätt med postcovidpatienter på ett akutsjukhus kan innebära för arbetsterapeuterna. Analys av det insamlade materialet utfördes med begreppen standardisering, formalisering och bedömning samt mekanisk objektivitet.

Professionell legitimitet eller professionell integritet

Frågeställning ett om varför det funnits en ökad vilja att standardisera arbetssätten besvaras i temat nedan. Forskarna och arbetsterapeuterna ansåg att genom ökad kvantifiering och ett standardiserat arbetssätt i arbetet med postcovidpatienter kan legitimiteten och synligheten öka hos arbetsterapeutprofessionen. Resultatet visar på att en av anledningarna är att arbetsterapeuterna har förväntningar att använda sig utav ett mekaniskt arbetssätt genom formaliserade bedömningsinstrument för att kunna garantera en mer jämlik vård men även att det ger en möjlighet att kunna följa upp behandlingen. Det finns även en vilja hos arbetsterapeuterna att ändra sina arbetssätt för att legitimera sig gentemot övriga professioner och "tala samma språk" med hjälp av siffror. Arbetsterapeuterna har trots detta lyft fram önskemål gällande kvalitativ forskning för postcovidpatienter. Detta då det stämmer bättre in med arbetsterapeuternas synsätt och de kvalitativa arbetssätten som de använder inklusive individuella bedömningar där kvantitativa instrument spelar mindre roll.

Delta men inte delaktig

Under detta tema kommer frågeställning två hur standardiseringarna har införts och använts i praktiken. Det framkommer även att arbetsterapeuterna inte varit delaktiga i val av metod och beskriver att de troligtvis inte hade valt samma bedömningsinstrument som forskarna gjort. Arbetsterapeuterna var med på några möten med forskarna för att diskutera patientgruppen och val av bedömningsinstrument men det slutgiltiga beslutet om val av formaliserade bedömningsinstrument togs av forskarna. Frågeställning tre vilken roll de individuella bedömningarna får vid en ökad standardisering besvaras även under detta tema. Arbetsterapeuterna beskriver att de funnits en vilja från arbetsterapeuternas sida att vara med vid beslutsfattandet. Arbetsterapeuterna upplevde svårigheter med det standardiserade arbetssättet och arbetade främst utifrån ett ostandardiserat arbetssätt. Det fanns även farhågor

att bedömningsinstrumenten som valts ut av forskarna var okänsliga och eventuellt missade patientens besvär och aktivitetsbegränsningar. Arbetsterapeuterna lyfter behovet av att utföra individuella bedömningar utifrån patienten de har framför sig och om att finna en balans mellan formalisering och bedömning. Detta påverkade arbetsterapeuternas vilja att använda sig utav det valda bedömningsinstrumentet COPM trots att de ville synliggöra sig med siffror.

Var ligger fokus?

Inom detta tema kommer återigen frågeställning två att besvaras angående hur standardiseringarna har använts i praktiken med postcovidpatienter. Arbetsterapeuterna har inte under arbetets gång fått information om pågående forskning eller vilka planeringar det funnits för kommande forskning. Inom postcovidvården har det hos patienterna, forskarna, behandlarna och verksamhetsledningen samt samhället funnits ett intresse att standardisera och använda sig utav kvantitativ metod och formaliserade bedömningsinstrument. Genom standardisering önskar forskarna att kunna finna lämpliga ramar för arbetssätt och då kunna erbjuda patienterna en mer jämlik vård. Forskarna, övriga hälsoprofessioner samt arbetsterapeuterna ställer sig frågande till vem den insamlade datan är till för om det är patienten under besöket som bedöms eller om det är inför kommande studier och framtida patienter som kommer gynnas mer av presentationen av behandlingsresultaten. Arbetsterapeuterna tar upp under intervjuerna att frågan har tagits upp i mötet med forskarna då det stundtals varit oklart vem den insamlade datan fokuserar på.

Behov av vidare studier

Nyttan med studien är att den kan bidra till en ökad kunskap i arbetet med denna patientgrupp samt undersöka vilket arbetssätt som arbetsterapeuterna upplever fungerar i mötet med postcovidpatienter. Resultatet för denna uppsats är dock endast baserad på ett få antal deltagare det gör att deras synsätt på standardisering kan skilja sig mellan olika arbetsterapeuter och postcovidmottagningar i landet.

Vid eventuella framtida studier finns det en fördel med att intervjua flera arbetsterapeuter för att fånga ett större perspektiv utav behovet av kvantifiering.

Referenslista

- Annika, C. (den 10 Juli 2020). *Stor rehabskuld väntar efter corona*. Hämtat från <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/omvardnad/stor-rehabskuld-vantar-efter-corona/>
- Bohlin, I., & Sager, M. (2011). *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv.
- Denise, P. F., & Beck, T. C. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer(10).
- Folkhälsomyndigheten. (den 9 Maj 2022). *Om viruset och sjukdomen*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2010). *Arbetsterapins framtid*.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2015). *Vart är världen på väg*.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2018). *Etiska koden för arbetsterapeuter*.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2018). *Vad heter det på svenska*.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2021). *Canadian Occupational Performance Measure*.
- Granskär, M., & Høglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 uppl.). Lund : Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (u.d.). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Kinn, L. G., & Randi, A. W. (2009). *Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study*. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2).
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur AB.
- M, A. (u.d.). *Livet framför skärmen. Forskning & Framsteg* (3 uppl.).
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (2 uppl.). Studentlitteratur AB.
- Megill, A. (1994). *Rethinking Objectivity*. Duke University Press.
- Nationella vårdkompetensrådet. (2020). *Pandemin och kompetensförsörjningen. Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetens rådet efter coronavåren 2020*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pandemin-och-kompetensforsorjningen-analys.pdf>

- Nilsen, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups förlag.
- Porter, T. M. (1995). *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press.
- SBU. (januari 2000). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/den-evidensbaserade-medicinens-granser/>.
- Sismondo, S. (2009). *An Introduction to Science and Technology Studies, 2nd Edition*. Wiley-Blackwell.
- Socialstyrelsen. (2012). *Om evidensbaserad praktik*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Rehabilitering i samband med covid-19 - stöd för planering*.
- Steene, A. (2013). *Turism : om att sälja drömmar* (1 uppl.). Studentlitteratur AB.
- Sveriges riksdag. (2003). *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Vetenskapsrådet. (2003). *God forskningsed*.
- Vårdförbundet. (2020). *Standard för patientdelaktighet i personcentrerad vård*.
- WFOT. (2012). *About Occupational Therapy*.

Bilaga 1

Informationsbrev gällande Magisteruppsats

Daniela Stattin heter jag och arbetar som legitimerad arbetsterapeut på ett akutsjukhus där jag är med i arbetet för personer med post Covid-19 symtom. Jag kommer under våren och sommaren att skriva min Magisteruppsats inom evidensbaserad vård vid Göteborgs Universitet. Studien är av kvalitativ design där olika vårdprofessioner som träffat denna patientgrupp kommer intervjuas.

Syftet med studien är Att förstå vad standardisering av arbetssätt med postcovidpatienter på ett akutsjukhus kan innebära för arbetsterapeuterna.

Bakgrunden till detta arbete är att jag sedan mars 2020 träffar dessa personer både inom slutenvården och i öppenvården. Under föregående år uppmärksammade jag att det finns en viss skillnad mellan olika professioner och i arbetssättet men även mellan olika personer inom samma profession vid bedömning och behandling. Detta kan leda till att olika personer i samma profession lägger mer tyngd i individuella bedömningar respektive standardiserade bedömningar. Det är svårt i dagsläget att veta vad som är rätt eller om något av de bör väga tyngre.

Jag såg därför ett behov utav att undersöka detta mellan olika professioner för att lyfta fram och synliggöra men även medvetandegöra de olika arbetssätten hos en ny patientgrupp. Därför tillfrågades du till att delta i denna studie och dela med dig utav dina erfarenheter och upplevelser kring arbetet.

Hur går det till:

Intervjuerna kan ske på din arbetsplats under din arbetstid eller med tanke på rådande omständigheter ske via teams eller telefon, detta får du själv välja vad som passar dig bäst.

Intervjun kommer att ta cirka 30-45 minuter Intervjun kommer att spelas in och sparas som ljudfil för att sedan transkriberas. Dessa ljudfiler kommer att sparas ner och kommer endast att lyssnas på av mig samt min handledare. Jag kommer i intervjun att utgå ifrån en semistrukturerad intervjuguide. Medverkan i studien är konfidentiellt vilket betyder att du

kommer att förbli anonym och inga personliga uppgifter kommer att presenteras. Deltagandet är frivilligt och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst.

Studien kommer att presenteras i form av en magisteruppsats via Göteborgs Universitet. Den kan även komma att presenteras på min arbetsplats.

Ansvariga för studien Daniela Stattin, Leg arbetsterapeut, Daniela.stattin@sll.se

Morten Sager, Handledare, Docent i vetenskapsteori, Universitetslektor, Ansvarig för mastersprogrammet i evidensbaserad. Mail: Morten.sager@theorysc.se

Sofia Pettersson, Sektionschef sofia.a.pettersson@sll.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Ålder?

Antal år i yrket?

Huvudfrågor:

Hur valde ni att förbereda er för att ta emot en ny patientgrupp?

Beskriv hur du arbetar med SARS-CoV-2 patienter?

Har det skett någon förändring i arbetet från första vågen till nu?

Beskriv erat arbetssätt? om en ny kollega skulle börja hos er, vad är det viktigaste att den personen får reda på?

Upplever du att ditt synsätt ändrats kring erat arbetssätt? Och i såna fall hur?

Finns det något du skulle vilja förbättra i erat arbetssätt?

Finns det några riktlinjer i ert arbete kring denna patientgrupp?

Har ni haft olika riktlinjer och isånnafall varför ändrades de?

Är det någon av dina kollegor som är väldigt duktig och vad är det den personen gör?

Vad är det som är viktigt att vi tar med oss i mötet med dessa patienter?

Följdfrågor:

Beskriv erat arbetssätt vid insamling av information från en patientjournal?

Hur började arbetet för postcovidpatienter? Vad hade ni för grundkunskap? Vad fick ni för kunskap kring patientkategorin när ni började ta emot patienterna? hur arbetades arbetsätten fram till de ni har idag?

Hur arbetade ni när ni inte hade bedömningsinstrument? för-och nackdelar? hur skedde övergångarna?

Vem valde vilka bedömningsinstrument/arbetsätt som skulle användas? varför tror du dessa beslut togs?

Vid val av bedömningsinstrument varför valdes FIM och COPM? fanns det andra bedömningsinstrument som diskuterades? varför valdes inte de? vem valde bedömningsinstrument?

Hur skulle du beskriva arbetet med FIM idag? hur fungerar detta bedömningsinstrument? varför togs det bort på primärvårdspatienter

Använder du FIM på alla patienter som varit ineliggande? om inte? varför? hur följs patienterna sedan upp ifrån FIM? vad visar FIM? vad används detta resultat/data till?

Hur följs patienterna upp? I arbetet med FIM och COPM efter hur lång tid följs patienterna upp? vad är det som avgör när patienten ska följas upp? beskriv tillvägagångssättet?

Det framkom att arbetsterapeuten i vissa fall i arbetet med COPM kan sätta mål för patienten? finns det för-nackdelar med detta arbetsätt? Om patienten inte har mål att sätta hur arbetar ni då? hur följs patienten upp? Vad är det som avgör om ni använder COPM eller inte?

Hur många patienter skulle du säga att ni inte använder COPM på och varför är detta? Om ni inte använder COPM, vad använder ni istället? finns det något annat sätt för er att få konkreta svar på om de blivit någon förbättring eller försämring?

Vad skulle du säga att det finns för fördelar med FIM och COPM?

Vad saknas i arbetet med COPM och FIM? finns det några nackdelar?

Vid bedömningar utan COPM vad missas i dessa möten? vad är det COPM bidrar med för fördelar?

Vilken information får patienten kring bedömningsinstrumentet COPM? Hur beskriver ni COPM för patienten? hur vet patienten vilka siffror som kan väljas och vad de står för?

Beskriver ni vad FIM och COPM är för patienterna? förstår de innebörden i insamling av data? vad får patienten för information kring bedömningar och behandlingarna ni gör?

Fångar FIM och COPM patientens besvär/problematiker? om inte vilket bedömningsinstrument skulle kunna vara mer lämpligt/informativt? varför skulle det fungera bättre? finns det något bedömningsinstrument som är lämpligt för denna patientgrupp? Varför har ni valt att fortsätta med dessa bedömningsinstrument om de inte är lämpliga?

Forskarna som träffar dessa patienter vad skulle du säga att de arbetar inom för område sedan tidigare? hur många besök med postcovidpatienter har de varit med på?

Vad ser du som fördel med att ha med forskarna i arbetsgruppen? vad är det som händer när forskarna är med i arbetsgruppen? beskriv en konflikt? beskriv en arbetssituation ni arbetet tillsammans i? finns det någon nackdel med att forskarna varit med i beslutet/val av bedömningsinstrument/arbetssätten kring denna patientgrupp?

Vad skulle kvalitativa data kunna bidra till? vad skulle missas vid kvalitativ data? fångas detta upp av kvantitativ data? vad är kvalitativ och kvantitativ data? vad ses som data, vad är det som samlas in och till vad?

Varför tror du att forskarna önskar att få fram kvantitativ data? Tror du behovet och kravet att ta fram data till kommande studier och forskning har påverkat erat arbete kring dessa patienter?

Tror du arbetssättet att arbetssättet arbetsterapeuterna har idag hade sett liknande ut om inte det hade pågått forskning?

Tror du att behovet av kvantitativ data kring denna patientgrupp varit större än andra diagnoser?

Tror du arbetsterapi som profession är i ett skifte efter denna pandemi? och om ja varför? hur? Tror du att det är generellt eller endast på ett akutsjukhus? kan det vara så att gamla arbetsterapi håller på att skifta till en ny typ av arbetsterapi?

Beskriv hur ni arbetar på de olika postcovidmottagningarna? Du berättade tidigare att ni arbetar olika mellan mottagningarna, varför tror du att ni arbetar så olika? vad tycker du har saknats för att kunna garantera likvärdig vård mellan olika arbetsterapeuter? Hur har ni arbetsterapeuter arbetat för att få fram ett standardiserat arbetssätt?

Vem bestämmer/bedömer när patienten ska avslutas? Är det arbetsterapeuterna/resultatet eller patienterna som avgör när patienterna ska avslutas och hur bedöms det? gör ni någon slututvärdering/utskattning? eller vem och hur avgörs det när patienten avslutas?

Eventuella följdfrågor:

- Kan du utveckla...
- Kan ni berätta mer...
- Är det något ni hade kunnat gjort något annorlunda?
- Kan ni ge exempel...