



# LUNDS UNIVERSITET

## Ekonomihögskolan

*Institutionen för informatik*

---

# Pandemi i ett digitalt samhälle

En studie om kris- och katastrofhantering hos digitala vårdcentraler samt en krisrådgivningsenhet, vid starten av en pandemi

Kandidatuppsats 15 hp, kurs SYSK16 i Informatik

Författare: Johanna Elmér  
Amanda Javidi Agheli  
Linn Olsson

Handledare: Odd Steen

Rättande lärare: Osama Mansour  
Bo Andersson

# **Pandemi i ett digitalt samhälle: En studie om kris- och katastrofhantering hos digitala vårdcentraler samt en krisrådgivningsenhet, vid starten av en pandemi**

ENGELSK TITEL: Pandemic in a digital society: A study of Disaster Management in digital health centers and a crisis counseling unit, at the start of a pandemic

FÖRFATTARE: Johanna Elmér, Amanda Javidi Agheli och Linn Olsson

UTGIVARE: Institutionen för informatik, Ekonomihögskolan, Lunds universitet

EXAMINATOR: Christina Keller, Professor

FRAMLAGD: maj, 2020

DOKUMENTTYP: Kandidatuppsats

ANTAL SIDOR: 111

NYCKELORD: Digitala verktyg, Digital vård, Disaster Management, Kriskommunikation, Pandemi

SAMMANFATTNING (MAX. 200 ORD):

I början av år 2020 utbröt en pandemi vid namn Covid-19. Restriktioner om att undvika besök av fysiska vårdcentraler infördes för att begränsa smittan. Digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter fick i samband med detta ta ledande roller. Det blev därför av intresse att undersöka verksamheternas arbete med kris- och katastrofhantering samt deras användande av digitala verktyg. Detta då de digitala aktörerna inte existerat vid tidigare pandemier i samhället. Syftet med uppsatsen är att sätta verksamheternas arbete i förhållande till teorin om Disaster Management och dess faser. Krisrådgivningsenhetens arbete sätts även i förhållande till modellen Social-Mediated Crisis Communication då de i samband med pandemin använder digitala verktyg för att sprida krisinformation. Resultatet av insamlad data, med hjälp av kvalitativa metoder, visar på avsaknad av begränsnings- och förberedelsearbete för krishantering vid pandemin hos de digitala vårdcentralerna. Trots avsaknaden har lämpliga svarsåtgärder

implementerats i krisen. Detta tros bero på att deras redan existerande digitala arbetssätt varit till fördel när allt fler samhällsfunktioner, till följd av pandemin, övergått till det digitala. Resultatet visar även på att den digitala fördelen framkommer för krisrådgivningsenheten, som inte haft en avsaknad i sitt begränsnings- och förberedelsearbete. De har med hjälp av digitala verktyg effektivt kunnat förmedla aktuell krisinformation.

**Förord**

*Vi vill rikta ett stort tack till de respondenter som har tagit sig tid till att delta i vår studie trots rådande pandemi. Deras medverkan och engagemang har varit mycket uppskattat och bidragit till en stor del av vår studie. Vi vill även uttrycka tacksamhet till vår handledare Odd Steen på institutionen för informatik, Lunds universitet för vägledning och stöd under arbetets gång.*

## Innehåll

1	Introduktion.....	6
1.1	Bakgrund .....	6
1.2	Problemområde.....	8
1.3	Forskningsfråga .....	8
1.4	Syfte.....	8
1.5	Avgränsningar .....	9
1.6	Begreppsdefinitioner .....	9
2	Kris- och Katastrofhantering.....	11
2.1	Disaster Management .....	11
2.1.1	Mitigation .....	14
2.1.2	Preparedness.....	15
2.1.3	Response.....	17
2.1.4	Recovery.....	19
2.2	Social-Mediated Crisis Communication Model .....	20
2.3	Litteratursammanfattning .....	23
3	Metod .....	24
3.1	Litteratursökning .....	24
3.2	Metodval.....	25
3.2.1	Kvalitativa studier .....	25
3.3	Datainsamling.....	26
3.3.1	Urval.....	26
3.3.2	Intervjuguider .....	27
3.3.3	Genomförande .....	30
3.4	Transkribering och analys .....	31
3.4.1	Kodning av transkribering.....	32
3.5	Etiska aspekter .....	33
3.6	Validitet .....	33
4	Empiri .....	35
4.1	Verksamhetsbeskrivning och digitala verktyg .....	35
4.2	Mitigation .....	38
4.3	Preparedness .....	39
4.4	Response.....	41

---

4.5	Social-Mediated Crisis Communication.....	44
5	Diskussion.....	45
5.1	Mitigation .....	45
5.2	Preparedness .....	47
5.3	Response.....	50
5.4	Social-Mediated Crisis Communication.....	54
5.5	Framtida och vidare forskning.....	56
6	Slutsats .....	57
	Appendix .....	58
	Appendix A.....	58
	Appendix B.....	74
	Appendix C.....	84
	Appendix D.....	93
	Appendix E.....	103
	Referenser.....	105



## Figurer

Figur 1: The Disaster Management Cycle (Coppola, 2011).....	12
Figur 2: Disaster, Risk and Crisis Management (Kandel, 2013).....	13
Figur 3: Social-Mediated Crisis Communication Model (Austin et al. 2012).....	21

## Tabeller

Tabell 1: Begreppsdefinition .....	10
Tabell 2: Sökord .....	24
Tabell 3: Urval .....	26
Tabell 4: Intervjuguide - Digital vårdcentral .....	29
Tabell 5 Intervjuguide – Krisrådgivningsenhet .....	30
Tabell 6: Kodning.....	32
Tabell 7: Förkortningar.....	32
Tabell 8: Respondentbeskrivning.....	35



# 1 Introduktion

## 1.1 Bakgrund

Under det senaste decenniet har användandet av ICT-lösningar, Information and Communication Technology, expanderat påtagligt (Valacich & Schneider, 2016). Digitaliseringen har berört i princip alla delar av samhället och under senare tid har vi sett en kraftig ökning gällande digital sjukvårdsrådgivning och vårdbesök på nationell nivå (Erlingsdóttir & Sandberg, 2019). Den digitala utvecklingen påverkar sjukvården på många olika plan men möjliggör framförallt interaktionen mellan patient och vårdgivare utan fysiska möten. De digitala mötena ger bland annat utrymme för effektivare och mer lättillgänglig vård i samhället (Vetenskapsrådet, 2016).

I samband med att samhället ständigt ställs inför nya utmaningar behöver även de digitala vårdcentralerna ta hänsyn till detta. I början av 2020 ställdes samhället inför en krissituation i form utav en pandemi, Covid-19. Pandemin kan komma att ha stor påverkan på de digitala vårdcentralerna och en svensk ledande krisrådgivningsenhet samt deras digitala verktyg.

### Digital primärsjukvård i Sverige

Idag finns det över 1000 olika fysiska vårdcentraler, distriktsjuksköterskemottagningar samt hus- och familjeläkarmottagningar runt om i Sverige. Mottagningarna utgör tillsammans den svenska primärvården (Vetenskapsrådet, 2016). Primärvården är den vård patienter i första hand vänder sig till vid uppvisat symptom som inte kräver omedelbar vård (1177 Vårdguiden, 2019). Den svenska sjukvården är vidare indelad i tre olika administrativa delar; kommuner, regioner och stater. Delarna styrs av demokratiskt valda politiker där det på en statlig nivå har riktlinjer och principer för hur den svenska primärsjukvården skall skötas och fungera (Vetenskapsrådet, 2016). Då alla svenska medborgare har fritt hälso- och vårdval innebär det att man som patient kan välja vilken primärvårdsmottagning som helst i landstinget (1177 Vårdguiden, 2019).

Den digitala transformationen av sjukvårdsbesök och rådgivning har framförallt ökat svenskarnas delaktighet och makt inom primärsjukvården (Erlingsdóttir & Sandberg, 2019). Patienter har idag möjlighet att söka sjukvård var och när som helst där processen från möte till utskrivet recept kan gå på under 15 minuter (minDoktor, 2020). Tjänsterna har främst fokus på primärvård och enklare hälsoundersökningar som lämpar sig för digitala vårdbesök (KRY, n.d.). Samtidigt har tillväxten för de digitala verksamheterna ifrågasatts från många delar av landet. Detta då de digitala verksamheterna tilldelas en del av sjukvårdsbudgeten, vilket riskerar att den fysiska sjukvården dräneras på pengar och att de som behöver akutvård påverkas negativt (Lennen Merckx, 2018).

Den första digitala vårdcentralen i Sverige lanserades under 2013 och blev ett startskott för utvecklingen av digitala vårdmöten runt om i landet. Fokus låg främst på digitala möten för

att skapa mer lättillgänglig primärvård för patienter samt att utveckla och effektivisera arbetsmiljön för svensk sjukvård (minDoktor, 2020). År 2015 fastställde Sveriges kommuner och landsting (SKL) en motion om utökat digitalt utvecklingsarbete för att öka jämlikhet, personcentrering och högre kvalitet inom vård och omsorg. Syftet var att öka tillgängligheten och effektivare vård för Sveriges befolkning. Motionen syftar även till att Sverige har som mål att vara världsledande inom e-hälsa år 2025 (Sundström, 2015).

Samtidigt som de digitala läkarbolagen delvis kritiserats har den stigande digitala informationsdelningen bidragit till att svenska myndigheter och andra rådgivningsenheter har fått bättre förutsättningar. Detta för en mer effektivt och snabb informationsspridning till allmänheten. Information som är viktig på nationell nivå och berör hela Sveriges befolkning, kan numera offentliggöras genom flera och större kommunikationskanaler, som exempelvis vid en pandemi (Erlingsdóttir & Sandberg, 2019).

Under slutet av 2019 upptäcktes ett nytt virus kallat SARS-CoV-2 i Wuhan, Kina. Sjukdomen Covid-19, coronavirus-disease-2019, tillhör coronavirusfamiljen tillsammans med bland annat MERS-CoV och SARS-CoV. Viruset orsakar främst förkylning och andningsbesvär (Folkhälsomyndigheten, 2020). Smittsjukdomen började spridas globalt under början av 2020 och är i skrivande stund en aktuell pandemi runt om i världen. Den 11:e mars 2020 klassade och offentliggjorde World Health Organisation, Covid-19 som en pandemi (Folkhälsomyndigheten, 2020). Den breda och snabba smittspridningen grundas i att befolkningen inte utvecklat immunitet mot viruset än. Då viruset är mycket smittsamt uppmanas personer som tror sig ha Covid-19 med milda symptom till att inte besöka vårdcentraler utan att stanna hemma för att begränsa smittan (Folkhälsomyndigheten, 2020).

## Pandemi och digital sjukvård

När en kris, så som en pandemi inträffar, blir allt fler invånare i Sverige måna om att ta del av myndigheters information om krisen samt att söka sig till vårdrådgivning. Detta för att sedan gå vidare till vårdcentralerna för utredning av eventuella symtom. Sveriges sjukvård har tidigare varit med om större epidemier så som Svininfluensan år 2009 eller SARS-CoV år 2003 (Folkhälsomyndigheten, 2020). Men Covid-19 pandemin är en av de första pandemierna som uppkommit när digitala vårdcentraler och digitala läkarbesök är verksamma. Den digitaliserade primärvården blir högst relevant då allmänna uppmaningar har gjorts att inte besöka fysiska vårdcentraler vid symtom, då viruset SARS-CoV-2 är mycket smittsamt (Folkhälsomyndigheten, 2020).

En teori som är relevant vid krishantering är Disaster Management. Teorin beskriver lämpliga och effektiva sätt för att hantera en katastrof utifrån fyra olika faser: Mitigation, Preparedness, Response och Recovery (Coppola, 2011). De första två faserna handlar om att begränsa konsekvenser vid en katastrof samt att förbereda inför en eventuell kris. Den tredje fasen handlar om hur det går att svara på en kris i form av åtgärder som tillämpas. Den fjärde och sista fasen diskuterar olika strategier för effektiv återhämtning vid kris.

Givet detta har det blivit av vårt intresse att se hur en historisk kris så som Covid-19 påverkar de nyligen etablerade digitala vårdcentralerna samt en krisrådgivningsenhet som tar ledande roller inom krisen. Det finns sedan tidigare en "Planering för beredskap mot pandemisk influensa" guide publicerad av Folkhälsomyndigheten i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2015). Planeringsstödet syftar bland annat till landets vård och omsorg men tar inte upp digitala

vårdcentraler. Vidare är området relevant att undersöka då uttryck som "krishantering online" inte fanns för tio år sedan (Fors-Andrée & Ronge, 2015). Utvecklingen av digital interaktion innebär snabb och effektiv kommunikation till åhörarna, vilket i sin tur ger möjlighet för en krisrådgivningsenhet att nå ut till allmänheten. Digitala verktyg och hjälpmedel har bidragit till ett flertal nya möjligheter för verksamheter, men då verksamheterna ständigt utvecklas kan det vara svårt att bygga långsiktig och hållbar krishantering (Fors-Andrée & Ronge, 2015).

## 1.2 Problemområde

I samband med rådande pandemi har nya utmaningar tillkommit för digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter runt om i Sverige. Restriktioner om att undvika besök på fysiska vårdcentraler har tillkommit (1177 Vårdguiden, 2020). Telefonlinjer hos sjukvårdsrådgivning blir överbelastade samtidigt som fler personer blir otåliga för vård (Kilefors, 2020) och väntetider hos fysiska vårdcentraler blir allt längre (minDoktor, 2020).

Som tidigare nämnt var den senaste stora smittan i Sverige svininfluensan 2009 (Folkhälso-myndigheten, 2019). Då den första svenska digitala vårdcentralen startades 2013 (minDoktor, 2020) innebär detta att det är första gången Sverige stöter på ett krisläge i form av en pandemi där digital vård existerar. Detta medför att det finns en brist på information och kunskap om hur digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter förhåller sig till krishantering. Vi ämnar därmed att undersöka hur de digitala vårdcentralerna och en svensk krisrådgivningsenhet har hanterat pandemin och hur de förhåller sig till teorin Disaster Management och dess faser samt kriskommunikation.

## 1.3 Forskningsfråga

Hur arbetar digitala vårdcentraler och en digital krisrådgivningsenhet med kris- och katastrofhantering samt med digitala verktyg, i starten av en pandemi?

## 1.4 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur digitala vårdcentraler och en krisrådgivningsenhet i Sverige förhåller sin krishantering till teorin Disaster Management, i starten av en pandemi såsom Covid-19. Detta för att se om begränsningar, förberedandearbete och svar matchar med vad som anses lämpligt och mest effektivt utifrån ett teoretiskt perspektiv. Vidare kommer studien att undersöka hur en ledande krisrådgivningsenhet använder sina digitala verktyg och kommunikationsmedel i samband med pandemin. Utifrån detta avser studien att tillföra en ny aspekt inför framtida forskning och fördjupningar inom liknande utmaningar, där krishantering och pandemier i digital vård står i fokus.

## 1.5 Avgränsningar

Då vi i skrivande stund är mitt uppe i en pandemi är vår främsta avgränsning att vi endast undersöker arbetet som skett i startfasen av pandemin Covid-19. Detta innebär att vi avgränsar oss till att enbart fokusera på de tre första faserna av Disaster Management modellen vilka är 1) Mitigation, 2) Preparedness, samt 3) Response. Den sista fasen, Recovery, kan vi inte arbeta med då vi i rådande stund befinner oss mitt i Response-fasen och inte vet hur återhämtningen kan komma att se ut. Vi har valt att fokusera på dessa faser utifrån ett informatiskt perspektiv genom att betrakta utmaningarna på en organisatorisk nivå inom verksamheter. Vi kommer inte att studera kris- och katastrofhantering vid annan sjukvård.

## 1.6 Begreppsdefinitioner

<b>Covid-19</b>	Sjukdomen som orsakas av viruset SARS-CoV-2 och som klassas som en pandemi (Folkhälsomyndigheten, 2020).
<b>Digitala verktyg</b>	Ett samlingsnamn som beskriver olika tekniska verktyg som används som hjälpmedel (Government UK - Department of Health and Social Care, 2020). I den här kontexten syftar digitala verktyg till faktorer inom digitala vårdcentraler och krisrådgivning som underlättar deras arbete med hjälp av teknologi.
<b>Digital vård</b>	Syftar till användningen av digitala verktyg och teknik för att utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa (Socialstyrelsen, n.d.).
<b>ICT</b>	Information and Communication and Technology. Innebär främst omvandlingen där man går från analog till digital informationsdelning samt de komponenter och den infrastruktur som tillåter det (Valacich & Schneider, 2016).
<b>Katastrof</b>	Om svarskapaciteten hos ett samhälle överväldigas av en konstaterad fara sker en katastrof; Alltså om planering och förebyggandearbete inte räcker till. En katastrof mäts bland annat i förstörd natur, mark och egendom, samt i antalet döda och skadade individer (Coppola, 2011).
<b>Kris</b>	Syftar till en händelse som hotar ett samhälle eller organisations möjlighet att verka eller fungera (Fors-Andrée & Ronge, 2015). I den här kontexten syftar krisen till en pandemi som påverkar på samhällsnivå, företagsnivå och individnivå.
<b>Pandemi</b>	Utbrott av infektionssjukdom, som sprids över flera olika världsdelar. Till skillnad från epidemi som endast utbrutit i ett definierat geografiskt område (Nationalencyklopedin, n.d.). I denna kontext definierar vi pandemin Covid-19 som både en kris och katastrof.

<b>Primärvård</b>	Svensk sjukvård syftar till två delar, primärvård och specialistsjukvård. Primärvård är syftar främst till vårdcentraler men omfattar även barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, familjecentraler samt bups första linjen-mottagningar. Primärvården är en del av öppenvården och hit vänder sig i första hand patienter vid sjukdom eller sjukvårdsrådgivning (Vårdguiden 1177, 2019). I den här kontexten syftar vi endast till vårdcentraler.
<b>SARS-CoV-2</b>	Namnet på viruset som upptäcktes i slutet av 2019 (Folkhälso-myndigheten, 2020).
<b>Triage</b>	En bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad utifrån anamnes och symtom (Krey, 2009)

Tabell 1: Begreppsdefinitioner

## 2 Kris- och Katastrofhantering

Den valda litteraturen kommer att användas som stöd för att senare i uppsatsen kunna diskutera insamlad empiri i förhållande till valda teorier. Litteraturgenomgången presenteras nedan genom att definiera modellen Disaster Management som innefattar fyra olika faser i hanterandet av en katastrof. Vidare presenteras en teori om kommunikation vid kris i digitala kanaler.

### 2.1 Disaster Management

För att ett företag, en myndighet, en kommun och ett land ska kunna använda sig av katastrofhantering bör förståelse för Disaster Management finnas (Coppola, 2011). Oavsett en nations politik, ekonomiska förutsättningar eller sociala strukturer kommer alla världens länder någon gång att lida av de negativa effekterna en katastrof kan ge. Enligt Coppola (2011) är katastrofer ett fenomen som genomsyrar alla våra liv och som historiskt sett har lagt grunden till hur vår värld ser ut idag. Det finns idag olika typer av hanteringsmetoder i form av förberedande planer och återhämtningsstrategier för olika katastrofer i varje land. Dessa lägger grunden till samma sak, vilket är Disaster Management, eller katastrofhantering på svenska.

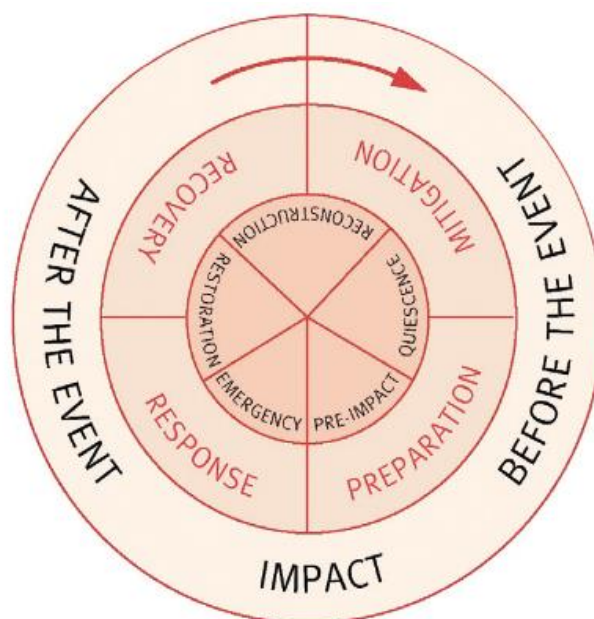
Coppola (2011) förklarar att Disaster Management handlar om just; Försök till att minska konsekvenserna av katastrofer, åtminstone exponeringen av konsekvenserna, samt svar och åtgärder när katastrofen har inträffat. Whybark (2015) skriver i sin artikel att The Federal Emergency Management Agency har fastställt fyra olika faser som beskriver Disaster- and Emergency Managements förlopp. Coppola (2011) förklarar att faserna är följande:

- Mitigation: Begränsning
- Preparedness: Beredskap/förberedelse
- Response: Svar
- Recovery: Återhämtning

Faserna utgör tillsammans en cykel där begränsning och beredskap utgör planeringsstadiet, innan en händelse eller katastrof inträffar och där svar och återhämtning utgör reaktionen på en katastrof (se figur 1). Coppola (2011) förklarar även att om fokus endast läggs på svars- och återhämtningskomponenterna hanteras inte katastrofer på ett så effektivt sätt som möjligt. Det är tillsammans med planeringskomponenterna som Disaster Management blir effektivt och kan generera andra fördelar för ett företag, samhälle eller land.

Whybark (2015) lyfter fram att de fyra faserna används av många katastrofhanterings-organisationer samt av Förenta Nationerna (FN) idag, men att variationer i vilka stadier man använder, finns inom olika organisationer och i deras användande av Disaster Management. Det är viktigt att tänka på, enligt Coppola (2011), att cykeln visar generaliseringar kring hur det fungerar i teorin och att undantag finns inom varje område. Whybark (2015) förklarar exempelvis att aktiviteter som görs för att begränsa en katastrof oftast även utförs efter en katastrof och

inte enbart innan denna har inträffat. Givet detta, blandas dessa faser fram och tillbaka då många katastrofer ofta avlöser varandra och stadierna behövs inom samma tidsspann (Coppola, 2011).



Figur 1: The Disaster Management Cycle (Coppola, 2011)

Whybark (2015) förklarar även att hur man svarar på en katastrof och återhämtar sig från den kan göras i en gemensam anda i ett samhälle. Han skriver att om utsatta delar av samhället utnyttjar katastrofhanteringsramverk och tillsammans skapar en svarsplan och strategier, kan detta gynna alla parter. Medskapande och samarbete är två delar som Whybark (2015) betonar i sin artikel.

Coppola (2011) förklarar att det även är viktigt att ha i åtanke att en katastrof oftast inte inträffar och är över på en dag. Han förklarar vidare att det finns två olika sätt en katastrof kan inträffa på. Det första är genom att vara plötslig; att katastrofen inträffar snabbt och med en liten eller ingen förvarning. Vid en plötsligt katastrof brukar det förödande förloppet vara under kontroll efter en kortare tid, såsom timmar eller dagar. Exempel på detta är tsunami och jordbävningar. Det andra är en katastrof som kommer krypande efter startskottet, skriver Coppola (2011). De brukar identifieras som katastrofer där människors behov inte kan uppfyllas på normal nivå under en längre period. Exempel på detta är epidemier och pandemier som efter utbrytande kan fortgå i veckor, månader eller år. Coppola (2011) tillägger dock att oavsett inträffande kommer konsekvenserna av många katastrofer att fortgå en längre tid, speciellt i länder där fattigdom är ett faktum. Whybark (2015) för ett liknande resonemang; Att längden på katastrof, inte behöver räknas in själva inträffandet, utan att en exempelvis tornado som kommer plötsligt och snabbt är över, kan föra med sig år av återhämtning.

Tilläggningsvis förklarar Whybark (2015) att precis som att det finns olika sätt som en katastrof kan inträffa på, samt varierad längd, finns det även två större grupper att dela in katastrofer i. Den ena gruppen innefattar naturkatastrofer och den andra skapas av människor. Sistnämnda kallas oftast för tekniska katastrofer. Whybark (2015) berättar även att biologiska katastrofer brukar räknas som katastrofer skapade av människan. Ett exempel på en biologisk katastrof är epidemier och pandemier som statistiskt sett har dödat flest antal människor i historien, skriver Coppola (2011).

Det som vi idag kallar för Disaster Management är en relativt ny teori men konceptet om att försöka identifiera och minska risker hittas långt bak i historien, fortsätter Coppola (2011). Disaster Managements fyra olika faser brukar delas in i Risk- och Crisis Management. Detta görs för att få en övergripande bild av hur krishanterings modellen är uppbyggd. Risk management, kan appliceras på Coppolas komponenter om 1) Mitigation och 2) Preparedness i Disaster Management modellen. De fokuserar främst på det förebyggande arbete som sker innan en katastrof inträffar. Under Risk Management försöker man i helhet kartlägga de eventuella riskerna och försöka undvika att de uppstår. Crisis Management innefattar 3) Response och 4) Recovery. Crisis Management handlar om hur man svarar på krisen, vad som behöver göras när katastrofen inträffar samt hur återhämtningen ser ut (Kandel, 2013). Se figur 2 nedan för överblick av teorins uppbyggnad.



**Figur 2:** Disaster, Risk and Crisis Management (Kandel, 2013)

### Risk management

Risk Management är en del utav Disaster Management cykeln och omfattar områdena Mitigation och Preparedness. Dessa två faser innefattar starten av en katastrof (Kandel, 2013) och det är därav relevant att fokusera närmare på hur de utspelar sig i teorin.



## Mitigation

Det första stadiet i Disaster management cykeln är Mitigation, begränsning på svenska. Mitigationens fokus ligger till skillnad från de resterande faserna, på att minska sannolikheten för en farlig risks uppkomst, samt att minska konsekvenserna om den skulle inträffa (Coppola, 2011). De andra stadierna handlar främst om reaktionen och agerandet på faran när den väl har inträffat, med Mitigation vill man främst att risken för faran ska elimineras.

Coppola definerar Mitigation som “any sustained effort undertaken to reduce a hazard risk through the reduction of the likelihood and/or the consequence component of that hazard’s risk” (Coppola, 2011, p.209). Detta görs genom olika begränsningsalternativ. Alla katastrofer grundar sig i potentiella faror och är unika i agerande samt i dess förödande effekter, skriver Coppola (2011). Vilka begränsningsalternativ och åtgärder en katastrofhanterare (Disaster manager) ska använda sig av är även unikt för varje individuell fara. Vilket alternativ som väljs beror på en rad faktorer, fortsätter Coppola (2011), som till exempel val av kostnad, geografiskt läge, risk för krisen och hur genomförbar begränsningen av risken är. Enligt Coppola (2011) är problemet med Mitigation att de svårigheter som kommer med stadiet överröstar det positiva som faktiskt kan komma med användningen av begränsningsmetoder. Det är för det första en väldigt dyr och tidskrävande process att genomföra, framförallt med tekniska lösningar men även med själva planeringen. Coppola (2011) berättar att Mitigation ibland kallas för de rika nationernas val, och i länder där ekonomiska resurser inte finns, prioriteras de mer akuta riskerna. Whybark (2015) förklarar att ett annat problem är att det idag är svårt att involvera hela lokalbefolkningen i begränsningsstrategier, men att detta är viktigt att göra.

Det finns fem olika mål med Mitigation, förklarar Coppola (2011). Beroende på vilka begränsningsalternativ man specificerar som de mest lämpliga, kommer resultatet att genereras i någon av följande former:

- Minskning av sannolikhet för risken
- Minskning av konsekvenser av risken
- Riskundvikande
- Riskaccepterande
- Risköverföring, delning eller spridning

Begränsningsstrategierna för att nå de två första målen, minskning av sannolikhet och minskning av konsekvenser, kan delas upp i två olika grupper: strukturella försök till minskning och icke-strukturella försök till minskning (Coppola, 2011). Strukturell minskning brukar kallas för ett försök till “man controlling nature”. Här används ingenjörslösningar och tekniska hjälpmedel till att försöka förändra den fysiska miljön där risker existerar. Icke-strukturell minskning/begränsning brukar kallas för försök där “man adapts to nature”. Coppola (2011) förklarar att här läggs fokus istället på förändring av det mänskliga beteendet och naturliga processer utan tekniska konstruktioner. Detta alternativ brukar oftast vara billigare och lättare att implementera än de försök till minskning där ingenjörskunskaper krävs.

Coppola (2011) förklarar att strukturella lösningar ofta måste kontrolleras, underhållas och genomgå mycket arbete för att fungera i slutändan. Whybark (2015) skriver även att för att kunna minska konsekvenserna av en katastrof är det till fördel att se över gamla katastrofer. Vad gjordes då? Hur reagerade människor och samhälle? Vad blev de negativa

konsekvenserna trots deras agerande? I Mitigation-fasen är det viktigt att kunna ta vara på det man lärt sig av föregående katastrofer fortsätter Whybark (2015).

Holloway et al. (2014) skriver om just detta i sin artikel. Att även i förberedandet för ett så kallat influensa A virus, så ser man över föregående händelser i influensapandemier och tar erfarenheter från dessa. Detta för att fastställa hur en eventuell pandemikurva kan komma att se ut. Sex intervaller beskriver det potentiella händelseförloppet i en pandemi fortsätter Holloway et al. (2014). Intervallerna kan användas för att lättare veta hur man ska svara på en katastrof, såsom en potentiell pandemi. De sex intervallerna är undersökning, igenkännande, påbörjande, acceleration, fartminskning och förberedande. Trots att föregående händelser har utformat denna kurva, är det viktigt att komma ihåg att en katastrofhändelse inte ser exakt likadan ut som en annan (Holloway et al. 2014). Nya metoder och andra synsätt kommer att påverka hur det slutliga svaret kommer att se ut samt vilka åtgärder som kommer behöva vidtas. Även längden på pandemi, den geografiska platsen för utbrytandet och vilka mänskliga normer det finns där, påverkar kurvans gång. Intervallerna ska alltså användas som en generaliserad mall, och inte en regelbok, enligt Holloway et al. (2014).

### *Preparedness*

Mitigation-metoder kan inte eliminera alla hot som finns mot ett samhälle, trots att metoderna har bevisats vara effektiva gällande riskminskning. Coppola (2011) förklarar att när, och inte om, en katastrof inträffar så måste samhället vara beredda på detta. Han definierar Preparedness-fasen (förberedande på svenska) som ett sätt att minska på sista minuten-lösningar när väl en katastrof inträffar, genom att istället ha förberedande metoder för hur man kan eller ska agera i olika sorters katastrofsituationer. År 1918 genomgick världen en enorm influensapandemi kallad spanska sjukan, som tog runt 50 miljoner människors liv skriver Jester et al. (2018) i sin artikel. Även om det är konstaterat att världen har fått mer utvecklade metoder för att kunna begränsa eventuella risker såsom pandemier enligt både Coppola (2011) och Jester et al. (2018), finns alltid rädslan för ett eventuell sjukdomsutbrytande kvar runtom i världen. Detta med all rätt då vi idag, bara två år efter Jester et al. (2018) publicerade deras artikel, har en rådande pandemi i världen (World Health Organisation, 2020).

Innan en katastrof inträffar finns det olika Preparedness-planer hos de flesta organisationer: allt från statliga till privata, uttrycker Coppola (2011). När katastrofen väl inträffar har alla förberedelser egna och unika roller att spela i svarsagerandet, fortsätter han. Dock är det även viktigt att den globala världen kan verka tillsammans och samarbeta i förberedandeprocessen (Jester et al. 2018). Det egentliga målet med att vara förberedd på en katastrof är att veta hur man ska agera när väl katastrofen slår, skriver Coppola (2011). Att veta vad som ska göras, hur det ska göras och vad som kan användas som hjälpmedel leder till effektivitet.

Jester et al. (2018) berättar att efter 1900-talets fyra stora pandemier, då även inräknat Spanska sjukan 1918, har man förstått vikten av att vara förberedd på sjukdomsspridning utöver det vanliga. De fortsätter dock med att skriva att i dagens sjukvård finns många glapp vad gäller förberedande och motåtgärder. Problemet med Preparedness-planer är att de tar lång tid att fullständiggöra. Det är mycket information som ska samlas in och analyseras i syfte för att kunna skapa så effektiva svar på en katastrof som möjligt, enligt Coppola (2011), samt att informationen även måste uppdateras i takt med att samhället gör det.

## Preparedness-kategorier

- Planning: Planering
- Exercise: Övning
- Training: Utbildning
- Equipment: Utrustning
- Statutory authority: Lagstadgande myndighet

Coppola (2011) uttrycker att planering är A och O för att veta hur man ska agera i en katastrof innan den inträffar. EOP:er (alternativt kontinuitets- eller katastrofplaner) är dokument som beskriver hur olika människor involverade i svaret under en katastrof ska verka och samverka (Coppola, 2011). Han förklarar även att planer som har gjorts kan ändras och göras om beroende på katastrof och samhällsbehovet just då. Det står i detalj vem som har vilket ansvar och vilka åtgärder som krävs, samt hur eventuellt utsatta medborgare och strukturer ska skyddas vid inträffande.

Även Kinsman et al. (2018) skriver i sin artikel om vikten av hur nyckelaktörer bör veta vad de ska göra i en kris- och katastrofsituation. Roller och ansvarsfördelning står skrivet i speciella ramverk som används för att alla vet vad som behöver utföras, fortsätter Kinsman et al (2018). EOP:er kan även koordineras med varandra, vilket till exempel görs när internationella katastrofer ökar i mängd. Då samspelar EOP:er på internationell nivå (Coppola, 2011). Whybark (2015) uttrycker även att samspel mellan svarsorganisationer oavsett var, kan generera mer kvalitet i svaret på en katastrof.

För att eliminera eventuella problem som kan finnas i en katastrofplan, är en övningsplan med specifika övningar en stor del av Preparedness. Både Coppola (2011) och Kinsman et al. (2018) menar på att de personer som är involverade i svarsagerandet under en eventuell kris-situation ska kunna utöva sina roller och testa på att ha sitt tilldelade ansvar innan en verklig katastrof inträffar. Detta genererar tid till att identifiera svagheter och rätta till vad som kan gå fel. En annan fördel med dessa övningar är att personer som är inblandade får introduceras för varandra innan krisen slår till, fortsätter Coppola (2011) och Kinsman et al. (2018). Kinsman et al. (2018) belyser dock i sin artikel att i de fem länder som de utförde sin undersökning i, fanns inte alltid alternativet att träna upp involverade och låta dessa utföra olika övningar. Detta blir ofta en ekonomisk fråga och på grund av den finansiella kris som sedan 2009 har påverkat många länder runt om i Europa, har just sådana förberedelsemetoder budgeterats bort på många ställen, berättar Kinsman et al. (2018).

Utbildning inom företag och myndigheter är viktigt när det kommer till Preparedness inför en katastrof. Coppola (2011) uttrycker bland annat att icke utbildade tjänstemän som är katastrof-ansvariga kan utgöra en fara när väl en katastrof inträffar. De kan också skapa eller bidra till en så kallad sekundär nödsituation som då uppstår på grund utav utbildningsbrist. Problemet är, enligt Coppola (2011) att utbildning för katastrofhantering är specialiserad och kan vara väldigt svår. Det ultimata målet med att utbilda allmänheten är att kunna förbereda alla samhällets parter för förberedande långt innan en katastrof inträffar (Coppola, 2011). Ett sätt att göra detta på är att ändra folks inställning till förberedelser genom att öka medvetenheten kring vad som händer i en risksituation och hur den kommer att påverka varje enskild individ, fortsätter Coppola (2011). Dane S. Egli (2013) skriver i sin artikel att det är svårt att öka medvetenheten kring krisförberedande hos en hel befolkning, där väldigt starkt individuellt tänkande existerar och tankar som att "inget kommer hända mig" florerar. Han belyser även att förutom ett egoistiskt tänkande och förnekande, anser många människor att förberedande inför en katastrof inte ska ligga på individuella personer utan endast på regeringen.

Enligt Coppola (2011) är även hjälpmedel viktigt att tänka på vid förberedande av katastrofhantering. Detta för att rätt sorters hjälpmedel kan generera ett minskat antal skador och dödsfall när en katastrof inträffar, även i Recovery fasen. Jester et al. (2018) skriver specifikt om diagnostisering, hälsofaciliteters infrastruktur samt skyddsutrustning som viktiga aspekter att ha i åtanke vid planering av eventuell sjukdomssmitta såsom en pandemi. Slutligen ser en lagstadgande myndighet till så att alla organ och funktioner inom katastrofhjälp får finansiering när de behöver, att de är bemannade när de ska samt att alla funktioner är etablerade (Coppola, 2011).

## Crisis management

Det går inte alltid att eliminera en kris, därav är det relevant att påbörja ett Response-arbete när en kris väl uppstår (Coppola, 2011). Då de aktörer vi valt att undersöka kan ha använt sig av åtgärder för att svara på krisen är det relevant för oss att gå djupare in på teorierna bakom Crisis management som också är en del utav Disaster Management cykeln.

## Response

Trots Mitigation-metoder till att försöka eliminera hot och risker, samt olika Preparedness-strategier inom samhällets alla olika nivåer, kommer katastrofer alltid att inträffa påstår Coppola (2011). Katastrof-Response behöver därför skapas. I en katastrof begränsas ofta finansiering, resurser samt tid vilket kan skapa problematik. Ju större omfattning en katastrof har, desto större blir dess svar. Som tidigare nämnt är alla katastrofer och dess konsekvenser unika, vilket betyder att katastrofhantering och svarande automatiskt blir detsamma (Coppola, 2011).

Response är, enligt Coppola (2011), den överlägset mest komplexa fasen av de fyra inom Disaster Management. Detta för att Response-agerande tar plats i början av en katastrof där ont om tid, mycket stress och dåliga resurser ofta är vardag, skriver Whybark (2015). Även kommunikation och samarbete kan vara svårt att få rätt på, när alla är mitt uppe i att reagera på vad som händer, fortsätter han. I denna fas brukar förvirring uppstå, trots mycket övning och förberedande, just då det är en pressad situation, fortsätter Coppola (2011). Definitionen av nödsituationshantering är, enligt honom, åtgärderna som tas för att begränsa skador och rädda så många människor som möjligt: före, under och omedelbart efter en katastrof. Response-fasen är en del av nödsituationshantering. Vad som bestämmer svaret på katastrofen är bland annat antal deltagare, offrens behov samt plats och tidpunkt (Coppola, 2011).

Om en risk för katastrof upptäcks och Response-insatser påbörjas, finns det olika typer av åtgärder att vidta innan katastrofen slår till (Coppola, 2011). Dessa är exempelvis varning och evakuering, samt sista minuten-åtgärder för att försöka begränsa och förebygga konsekvenserna. Whybark (2015) beskriver även förpositionering av resurser och leveranser i områden som man redan innan vet kommer att påverkas. Fastän allt detta kan genereras innan en katastrof, sätts sällan bistånd in innan katastrofen inträffar (Coppola, 2011). Det finns två skäl till detta: det första är, enligt Whybark (2015), att inget Response-påbörjande kan starta om inte landet där katastrofen har skett ber om hjälp. Det andra är att bistånd på internationell nivå oftast ges ut i proportion till allvaret i katastrofen, vilket man vet till fullo när den har fått lämna sina konsekvenser, uttrycker Coppola (2011).

Det finns ett antal anledningar till varför nödsituationer kan ta tid att erkännas. Dels att de första effekterna är oupptäckbara, men också att Response-tjänstemän är upptagna med andra nödsituationer eller att kommunikationsverktyg inte fungerar. När situationen erkänts och Response-insatserna påbörjats är det som prioriteras först att rädda liv. Efter detta kommer flera olika uppgifter fortsätter Coppola (2011), såsom bedömning av katastrofen, att kunna tillhandahålla vatten och mat samt eventuellt skydd för personer som behöver det och så vidare.

Enligt Coppola (2011) är det livsviktigt att människor får all och rätt sorts information under katastroftider. Detta nämns även i en artikel av Henrich & Holmes (2011). I deras undersökning kommer författarna fram till att de frågor som flest människor vill ha svar på när en sjukdom börjar spridas, är risken för infektion och risken för allvarlig insjukelse. Utöver sjukdomens effekter vill många få information kring hur situationen ska hanteras och hur risken för smitta kan minskas (Henrich & Holmes, 2011). För att information som eftersöks av befolkningen ska kunna ges ut under början av en katastrof måste data först kunna samlas in. Coppola (2011) förklarar att den datainsamlade processen, Disaster assessment, kan delas upp i två kategorier beroende på vilken sorts data man letar efter. Den första kallas situationsbedömning/utvärdering och syftar till data om resultatet av en fara såsom antalet människor som skadats och storleken på det utsatta området. Den andra kategorin handlar om data, fortsätter Coppola (2011), som samlas in för att få en bild av vad som behövs för att rädda liv. Denna kategori heter behovsbedömning/utvärdering. En annan viktig del utöver datainsamlingen är rapportering. Detta, menar Coppola (2011), handlar om att skapa en bild av insamlad data från de olika kategorierna genom analys av denna.

## Hälsa

I en krissituation är vatten, mat och skydd viktiga ting som bör finnas för utsatta. Coppola (2011), skriver dock att en annan viktig sak att tänka på är prioritering av den publika hälsan i början av en katastrofs skede. Hälsofaciliteter är något som även under normala omständigheter är viktiga, men i en tid av kris behövs de ännu mer. Coppola (2011) påpekar att sjukdomar antingen kan vara katastrofen i sig eller faktiskt genereras till följd av en katastrof, vilket de oftast gör. Han förklarar även att fastän ett krisläge har uppstått, försvinner inte så kallade "vanliga" sjukdomar, utan nya läggs istället på de redan existerande. Detta leder till att många hälsfaciliteter blir överbelastade och snabbt tömda på resurser. Hälsocenters akutmottagning måste byggas upp och nödfunktioner måste införas för att kunna hjälpa alla sjuka och skadade. Det som även händer är att nivån av sjukvården påverkas och anpassas efter tillståndet på den påverkade populationen, enligt Coppola (2011).

Jester et al. (2018) berättar i sin artikel om luckor i förberedelse- och Response-processer för just influensapandemier. Detta trots att det finns många tidigare pandemier att titta tillbaka på och lära sig ifrån. Ett exempel som nämns och är relevant i dagens situation, är längden för tillverkningen av ett vaccin. Idag tar det cirka 26 veckor för producenter att påbörja produktionen och tillverka ett vaccin vid ett nödläge. Detta vill man med hjälp av utvecklade metoder sänka ner till endast 12 veckors utvecklingstid från starten av en pandemi, för att vaccinet ska nå ut till fler individer och undvika smitta, berättar Jester et al. (2018). De berättar även om vikten för länder att ha en utförlig pandemiplan som kan tas fram i nödsituationer utan att sista minuten-lösningar behöver skapas. Med en välgrundad förberedande plan kan även kapaciteten hos sjukhus och vårdenheter planeras upp redan innan starten av en sjukdomssmitta. På så sätt kan fler vårdplatser och skyddsmaterial genereras när det väl behövs samt till de som verkligen behöver det. Jester et al. (2018) ger även exempel på kvarstående luckor om hur antiinflammatoriska mediciner idag inte håller måttet för influensapatienter. Nya sorters mediciner som fungerar bättre och är mer effektiva måste börja produceras och användas just

i influensapandemier för att så snabbt som möjligt hjälpa sjuka att tillfriskna, menar Jester et al. (2018).

Det finns även olika grundläggande uppgifter att ta sig an för att förhindra sjukdomsutbrott och smitta, enligt Coppola (2011). Dessa är:

- Snabb bedömning; Att kunna identifiera eventuella hot.
- Förebyggande; Att kunna upprätthålla de hälsosamma levnadsförhållanden som vi är vana vid.
- Övervakning; För kontroll över en risksituation.
- Utbrottskontroll; Se till så att sjukdomsutbrott snabbt hittas och kan kontrolleras.
- Sjukdomshantering; Se till så att snabb diagnosättning och behandling finns.

Det är även viktigt att i en katastrofsituation förstå att många människors psykiska mående påverkas. Vid en förändring utan förvarning, menar Coppola (2011) att psykisk stress uppstår. Detta kan handla om att ha förlorat någon nära, eller förlorat jobb och hem. I sådana situationer måste rätt hjälp kunna ges till utsatta personer, menar Coppola (2011). Annars finns det risk för att en stor del av befolkningen går in i en depression. Till skillnad från "vanliga tider" så ökar antalet självmord och våldsamheter under en katastrof, avslutar Coppola (2011) med att skriva.

## *Recovery*

Oavsett hur mycket man arbetat med Mitigation, Preparedness och Response i samband med en katastrof kommer det alltid att finnas former av kvarlevnader från katastrofen, efter att den har inträffat. Recovery, eller återhämtningsfasen på svenska, av en katastrof är dels relaterat till hur stor krisen varit men också under hur lång tidsperiod den utspelat sig. Vissa kriser har knappt någon påverkan alls och återhämtningsfasen kan ta några dagar medan en större kris kan påverka och göra avtryck i ett land i upp till flera år (Coppola, 2011).

Enligt Coppola (2011) har Recovery-fasen olika mycket påverkan beroende på hur man arbetat med de tre föregående faserna i modellen. Mitigation och Preparedness påverkar Recovery-fasen i den mån av att de minskar sårbarheten för att katastrofer inträffar samt kartlägger vad som skall ske när den inträffar. Värt att ha i åtanke är att vissa katastrofer kan vara totalt oförutsägbara och göra att Recovery-fasen tar extra lång tid för att återfå det som förlorats. Processen där det som påverkats och förstörts i en kris repareras, återställs och tillgår till det ursprungliga är definitionen av Recovery-fasen. Fasen i Disaster Management cykeln innefattar återställningsfunktioner samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att uppfylla olika återhämtningsbehov i ett samhälle som drabbats av en katastrof (Coppola, 2011).

## *Återhämtning och effekter av en samhällskris*

Enligt Coppola (2011) kan återhämtningsåtgärder av en samhällskris påbörjas redan under riskhanteringsfaserna (Mitigation och Preparedness). Ofta påverkar större samhällskriser en mängd olika individer, organisationer och företag vilket gör att det är flest personer involverade i den här fasen av Disaster Management cykeln. Intresset för krisen är mycket större från allmänheten i Recovery-fasen är i de andra faserna. Då olika kriser skiljer sig åt beroende på vilken kris det är, gör det att återhämtningsåtgärderna är svåra att definiera i helhet. Därav är återhämtning av samhällskriser den mest kostsamma men minst studerade och minst organiserade fasen av en katastrof.

Recovery på samhällsnivå kan delas in i två olika faser, kortsiktigt och långsiktigt arbete. Det kortsiktiga arbetet syftar till att försöka stabilisera de drabbades liv såsom tillhandahållande av tillfällig bostad, distribuera akutmat och andra akuta återställningsåtgärder. Det långsiktiga arbetet börjar efter nödsituationens slut och syftar till en återhämtning av samhället och det som måste byggas om. Det är viktigt att Recovery-arbetet tar hänsyn till att nya och liknande katastrofer kan inträffa och därav återhämtas utifrån det (Coppola, 2011).

## 2.2 Social-Mediated Crisis Communication Model

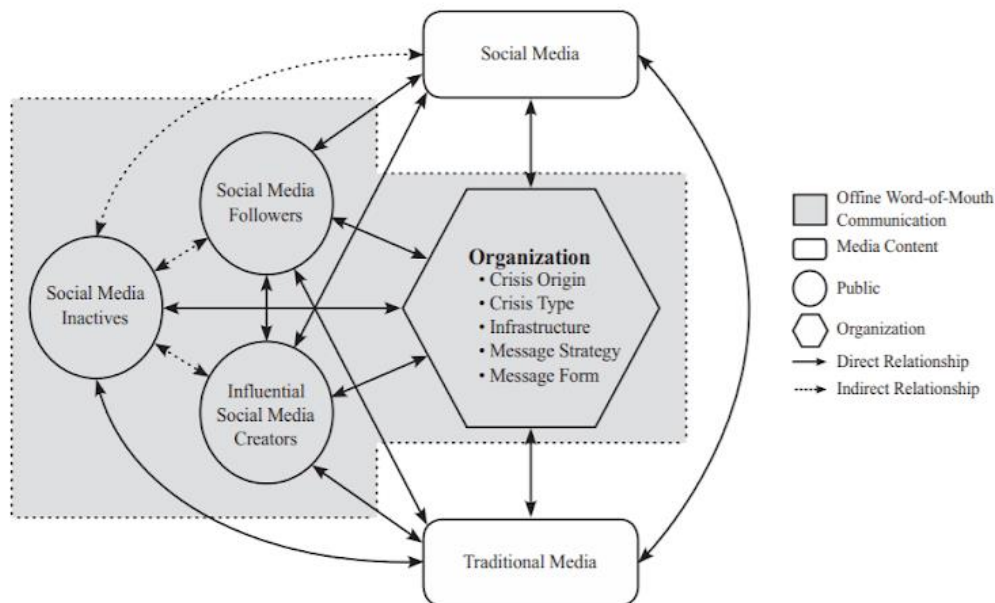
I samband med en kris eller katastrof tillkommer även utmaningar för hur man skall hantera och kommunicera ut information. Att ha en välgrundad krishanteringsplan är inte tillräckligt, utan informationsspridning bör även tas i akt. Aktörer med ett digitalt arbetssätt såsom digitala vårdcentraler samt krisrådgivningsenheter, använder sig av digitala kommunikationsätt.

Social-Mediated Crisis Communication Model, även kallad SMCC, är en modell för krisinformationsspridning via digitala plattformar och sociala medier. Trots att det finns många klassiska teorier inom kriskommunikation är det inte förrän på senare tid som det har börjat forskas på kriskommunikation via digitala plattformar. SMCC modellen är en vidareutveckling och påbyggnad av den äldre ursprungsmodellen Blog-Mediated Crisis Communication Model, BMCC. Den ursprungliga BMCC modellen fokuserar enbart på bloggar som en kanal vid kommunikation i kriser. Den nyare modellen, Social-Mediated Crisis Communication Model tar vidare hänsyn till en mängd fler digitala kommunikationskanaler och inte endast krisinformation via envägskommunikation (Austin et al. 2012).

SMCC modellen beskriver en interaktion i form av digital kriskommunikation mellan en organisation i rådande kris och allmänheten. Fokus ligger på hur tre olika grupper av människor inom allmänheten på olika sätt kommer i kontakt med kriskommunikation. Detta via sociala medier respektive traditionella medier och informationskällor såsom tidningsskrifter, radio och tv. Digitala informationskällor förespråkar en snabb informationsspridning med tvåvägskommunikation till skillnad från tidigare traditionella informationskällor. Vidare tar modellen hänsyn till flödet av "offline word-of-mouth" kommunikation och hur det ter sig mellan dessa tre olika grupper (Austin et al. 2012).

De tre olika grupperna är följande:

- **Influential Social Media Creators:** Första gruppen i modellen och är de som klassas som skaparna av informationen. Deras mål är att producera och ta fram information vid kriser.
- **Social Media Followers:** Andra gruppen i SMCC modellen och tar emot informationen från Influential Social Media Creators och konsumerar den information de fått.
- **Social Media Inactives:** Är den tredje och sista gruppen. Denna grupp syftar till de personer som är inaktiva på digitala plattformar och sociala medier och därav endast tar emot information från Influential Social Media Creators indirekt. Social Media Inactives tar emot information genom traditionella kanaler och/eller genom den så kallade word-of-mouth kommunikation från Social Media Followers.



**Figur 2:** Social-Mediated Crisis Communication Model (Austin et al. 2012)

Modellen ovan visar hur processen för kriskommunikation kan se ut hos en verksamhet via sociala medier och traditionella medier. Den förklarar även hur de tre olika grupperna nås av krisinformationen och fungerar som olika delar av informationsspridningen. Det finns både direkt och indirekt kommunikation mellan de olika grupperna (Austin et al. 2012).

Vidare gör Social-Mediated Crisis Communication Model en ansats till att förklara hur en verksamhet kan välja att utforma sin kriskommunikation utåt med traditionella och sociala medier. Det kan enligt modellen ske via fem olika premisser (Austin et al. 2012). Dessa ligger till grund för krisinformationens spridning och är följande:

- **Crisis Origin:** Syftar till att förklara och definiera om den rådande krisen uppkommit i samband med ett internt problem inom organisationen eller en extern faktor utanför organisationen.
- **Crisis Type:** Syftar till att definiera vad för typ av kris det är som inträffat som påverkar organisationen. Det kan exempelvis handla om en avsiktlig kris eller ett oförutsett olycksfall.
- **Infrastructure:** Syftar till att undersöka om krisen främst skall hanteras på central nivå eller områdesnivå, beroende på hur organisationen är strukturerad.
- **Message Strategy:** Syftar till att definiera vilken typ av kommunikationsstrategi organisationen i fråga använder sig utav för att kommunicera ut ett budskap till sin publik.
- **Message Form:** Syftar till att definiera och välja traditionella eller digitala verktyg som organisationen i fråga ska använda sig utav, för att kommunicera ut sin information.

Social-Mediated Crisis Communication Model beskriver även de olika kommunikationskanalerna. Enligt Austin et al. (2012) ökar människors användande av digitala plattformar och sociala medier i samband med en kris. Därav måste organisationer noggrant se över sin



informationsspridning. Samtidigt finns det forskning som visar på att de traditionella medierna, exempelvis tidningsskrifter, har högre trovärdighet än digitala medier enligt allmänheten (Utz et al. 2013).

Även Coppola (2011) poängterar att de tre stora sätten att sprida kunskap på är via bland annat massmedia (inkluderande social media), men även inom ens gemenskap samt genom interpersonella sociala nätverk.

## 2.3 Litteratursammanfattning

### **Disaster Management**

Teorin innefattar fyra olika faser som sker vid kris- och katastrofhantering. De fyra faserna är Mitigation, Preparedness, Response och Recovery. Disaster Management innefattar försök till att förbereda och minska konsekvenserna av katastrofer. Även exponeringen av konsekvenser samt svarsagerande och åtgärder när en katastrof väl har inträffat.

#### *Mitigation*

Fasen syftar till att begränsa uppkomsten av att en katastrof inträffar. Detta genom att minska sannolikheten för en farlig risks uppkomst samt att minska konsekvenserna om den skulle inträffa. Med Mitigation vill man främst att risken för en fara ska elimineras helt. Därför anses Mitigation vara en hörnsten i Disaster Management. Mitigation-arbete kan även ske under en krissituation.

#### *Preparedness*

Fasen syftar till de förberedelsearbete som bör göras för att på bästa möjliga sätt hantera en katastrof. Detta för att motarbeta sista minuten-lösningar och istället ha förberedande metoder för hur man ska agera i olika sorters katastrofsituationer. Preparedness-arbete kan även ske under en aktuell krissituation.

#### *Response*

Fasen syftar till det svarsarbete som måste genereras när en katastrof har inträffat. Hur väl man svarar och reagerar på en katastrof, grundar sig ofta i välarbetade begränsningsmetoder samt förberedelseplaner. Response-arbete varierar olika beroende på hur stor omfattning krisen har.

#### *Recovery*

Fasen syftar till återhämtning av en kris eller katastrof. Recovery-arbetets omfattning och längd är beroende av hur stor och hur länge krisen har varit aktiv. Arbete med de tre tidigare faserna har en stor inverkan på återhämtningsfasen och underlättar för den. Fasen kan variera från timmar till årtionden.

### **Social-Mediated Crisis Communication Model**

Teorin syftar till krisinformationsspridning via digitala plattformar och sociala medier. Den beskriver en interaktion i form av digital kriskommunikation mellan en organisation och allmänheten i rådande kris. Modell innefattar tre olika grupperingar av allmänheten; Influential Social Media Creators, Social Media Followers och Social Media Inactives. Vidare beskrivs det hur respektive grupp kommer i kontakt med kriskommunikation via sociala medier respektive traditionella medier. Modellen är även en ansats till att förklara hur en organisation kan välja utformning på sin kriskommunikation. Det kan enligt modellen ske via fem olika premisser och dessa är crisis origin, crises type, infrastructure, message strategy, message form.

## 3 Metod

### 3.1 Litteratursökning

För att samla in litteratur att använda i uppsatsen använde vi oss främst av LubCat och LubSearch som båda tillhör Lunds universitet. Viktigt för oss vid val av litteratur via LubSearch, var främst att litteraturen var peer-reviewed. Vid sökningarna av litteratur på LubSearch markerade vi att alla resultat som skulle genereras var peer-reviewed. Detta då vi ville undvika litteratur som inte var referensgranskat. Via LubCat letade vi efter böcker som var fördjupade i de eftersökta teorierna. Vid sökningar efter litteratur på LubCat läste vi om författaren/na till de böcker vi valde att ha med, för att få veta mer om deras akademiska forsknings- och arbetsbakgrund, samt även årtal för publikation.

De sökord vi använde för att hitta rätt material varierade från att från en början vara breda till allt mer specificerade. De bredare sökorden gjorde att vi fick arbeta oss igenom ett flertal böcker och artiklar där många visade sig vara mindre relevanta. Att söka på bredare ord var dock fortfarande en nödvändighet då vi märkte att vi gick miste om många relevanta verk när sökorden var för specifika. Sökningar skedde till en början både på svenska och på engelska. Vi märkte dock att de svenska sökorden inte genererade lika relevanta resultat, och därmed så fortsatte vi att söka främst på engelska.

Utöver LubCat och LubSearch använde vi oss av svenska myndigheters information kring framförallt Covid-19 men även krishantering. Vidare hämtade vi information från ledande digitala vårdcentralers webbplatser om deras arbete. Detta för att få bekräftad fakta från de källor som i Sverige arbetar med situationen vi studerar i uppsatsen.

Sökord
Covid-19
Crisis Management
Crisis Communication
Disaster Management
Disaster Management and Healthcare
Disaster management in a pandemic
Mitigation Measures in healthcare
Pandemi

**Tabell 2:** Sökord

## 3.2 Metodval

För att kunna undersöka krishantering hos verksamheter som använder sig av digitala verktyg för sjukvårdsrådgivning behövdes empirisk data samlas in. Detta då det inte går att besvara vår forskningsfråga med enbart teori. Att samla in data som empiriskt underlag var därför ett måste och vi bestämde oss för att använda ett kvalitativt tillvägagångssätt för datainsamlingen. Nedan beskrivs hur vårt tillvägagångssätt har sett ut.

### *Kvalitativa studier*

En kvalitativ intervju är inte lika strukturerad som en kvantitativ studie och ger möjlighet till att kunna byta fokus inom huvudsyftet. Det möjliggör även för att kunna gå djupare in på specifika områden när intervjun görs. Därav är det möjligt att anpassa följdfrågor till respondenten då det finns utrymme för mer öppna och detaljrika svar än vid kvantitativa strukturerade intervjuer (Bryman, 2018). Även Oates (2006) nämner att semistrukturerade intervjuer bidrar till att respondenten själv kan ge en input om andra problem och områden som respondenten tycker är relevanta för det syfte som intervjun har.

För att arbeta med vårt syfte valde vi att göra semistrukturerade intervjuer via telefon eller via annat digitalt kommunikationsforum. Bryman (2018) nämner att valet av intervju väljs utifrån flera olika faktorer men att en tydlig faktor som stöds är att när det finns ett starkt fokus eller problemområde, så väljs ofta en semistrukturerad intervju för att kunna utföra specifikt riktade frågor. Oates (2006) beskriver även att semistrukturerade intervjuer passar för syften som inte kräver identiska upplägg av frågor och följdfrågor till samtliga respondenter. En risk med semistrukturerade intervjuer är dock risken för feltolkningar och att information går till miste (Bryman & Bell, 2011).

De aktörer vi valde att intervjua är digitala vårdcentraler och en krisrådgivningsenhet. Motiveringen bakom att välja just dessa aktörer till vårt arbete är att de båda typerna av aktörer har hamnat i frontlinjen i den rådande Covid-19 pandemin. De båda aktörerna använder sig av ett digitalt arbetssätt och har under pandemins start uppmärksammats i en hög grad. Då vårt syfte är att undersöka krishantering och digitala verktyg blir det även aktuellt att intervjua de valda aktörerna då dessa är delaktiga i arbetet som tillkommit i denna pandemi.

Då aktörerna vi valde att intervjua tillhör olika sorters organisationer, var det inte möjligt att konstruera intervjuguiden och upplägget på samma sätt för alla respondenter. På grund av detta lämpade sig semistrukturerade intervjuer sig främst till vårt syfte. Då vi undersöker områden inom organisationer med delar som vi inte är fullt bekanta med sedan tidigare, möjliggör de semistrukturerade intervjuerna att respondenterna själva får friare val till att fördjupa svar och beskrivningar. Detta även om ämnena som diskuteras inte har specificerats i en specifik fråga som ställts. En semistrukturerad intervju består ofta av en basplan med ämnen som är planerade att tas upp under intervjun. Detta nämns även som intervjuguide enligt Bryman (2018) och kommer att diskuteras nedan.

### 3.3 Datainsamling

#### Urval

Vi valde att genomföra intervjuer med digitala vårdcentraler i Sverige samt en svensk krisrådgivningsenhet då dessa blir aktuella vid en kris i form av en pandemi. Vi använde oss utav ett målstyrt urval med kriterier för att få fram detta urval. Genom ett specificerat urval för vårt syfte säkrade vi möjligheten att eventuellt få mer detaljerade svar kring de okända områdena vi skulle undersöka. De kriterier som vi hade inför valet av intervjupersoner var:

1. Personen skall vara anställd på en digital vårdcentral eller en krisrådgivningsenhet i Sverige.
2. Personen skall aktivt ha arbetat på respektive organisation i minst sex månader innan pandemin Covid-19 blev aktuell, samt under pandemin Covid-19.
3. Personen skall vid det dagliga arbetet använda sig utav digitala verktyg inom verksamheten.

De personer som deltog i intervjuerna är anställda som har varit aktivt delaktiga i respektive organisation både innan och under den rådande pandemin. De har även utför dagligt arbete med hjälp av digitala verktyg inom verksamheten. Vi valde att göra intervjuer med olika digitala vårdcentraler för att få en mer övergripelig insikt i hur de arbetar. En intervju gjordes även med en krisrådgivningsenhet, då det är den ledande aktören inom Sverige när det gäller allmän krisrådgivning baserat på information från myndigheter.

Krisrådgivningsenheten blir relevant i datainsamlade syfte då deras arbete tar stor plats i den rådande pandemin. När en katastrof uppstår så är det i teorin påvisat att allmänheten söker sig till krisinformation. Dels för att minska på sin oro men också för att få mer kontroll över situationen. Krisrådgivningsenheten är som tidigare beskrivit baserad på information från ett flertal svenska myndigheter samt används av allmänheten för krisinformation. Detta urval av respondenter är därav högst relevant i pandemin Covid-19. En annan tanke vid valet av respondenter, var att vi strävade efter att intervju personer som inte hade samma typ av befattning eller roll. Detta för att mer fördjupat kunna undersöka en så stor del som möjligt av krishanteringen och de olika digitala verktyg som använts oberoende av roll inom verksamheten.

Namngivning	Enhet	Roll	Intervjutid	Intervjuverktyg
Respondent 1	Digital vårdcentral 1	Medicinsk chef och Läkare	60 minuter	Google Hangout
Respondent 2	Digital vårdcentral 2	Sjuksköterska	50 minuter	Telefon
Respondent 3	Digital vårdcentral 3	Gruppchef	40 minuter	Telefon
Respondent 4	Krisrådgivningsenhet	Kriskommunikation och Webbredaktör	40 minuter	Telefon

Tabell 3: Urval

## *Intervjuguides*

För att samla in lämplig empiri från våra respondenter skapade vi två olika intervjuguides. Den ena intervjuguiden var utformad för intervjuer med de digitala vårdcentralerna och den andra guiden användes vid intervju med en krisrådgivningsenhet. En viktig punkt som Bryman & Bell (2011) belyser är att det är viktigt att inte ställa ledande frågor samt att använda ett språk som är passande för respondenten. Frågorna i intervjuguiderna utformades därmed inte som ledande frågor utan mer objektivt utifrån vad som var relevant i ämnet. Intervjufrågorna grundades främst i den insamlade litteraturen om Disaster Management samt relevant information om vår frågeställning.

En intervjuguide vid semistrukturerade intervjuer behöver, enligt Bryman (2018) inte innehålla mer än listor på frågeställningar som intervjuaren vill ska tas upp under intervjun. Vidare betonar Bryman & Bell (2011) att en intervjuguide kan skapas med hjälp av enbart punkter om olika områden inom huvudämnet som man vill undersöka. Bryman (2018) beskriver att forskarna med hjälp av en intervjuguide kan definiera vilka faktorer som respondenten kan tydliggöra för dem, som än så länge är oklart.

En annan viktig aspekt som Bryman (2018) nämner är att frågeställningarna inte ska vara ett hinder för intervjun att influeras av respondentens övriga tankar. Detta betyder att frågeställningarna inte ska vara allt för strikt formulerade. Frågorna ska därmed inte heller vara strukturerade på ett ledande sätt, som beskrivet ovan, där respondentens svar riskerar att bli vinklade. Detta är något vi hade i åtanke när vi skapade guiden.

Vidare kan frågorna under en semistrukturerad intervju vara utformade på olika sätt. Några exempel på dessa typer av frågor är inledande frågor, uppföljningsfrågor, preciserande frågor samt tolkande frågor. De inledande frågorna är de som ger respondenten möjlighet att ge ett svar som sedan kan väljas att fördjupas i med hjälp av uppföljningsfrågor (Bryman, 2018). Den typen av frågor valde vi att använda oss av i början av intervjuerna, beskrivet i våra två olika intervjuguides.

För att intervjuaren ska ha möjlighet att få ett specifikt fokuserat svar kan preciserade frågor användas. Sådana frågor användes i våra intervjuer för att klargöra respondentens svar. Tolkande frågor kan användas vid behov av förtydligande genom att intervjuaren upprepar det som respondenten har sagt, för att sedan få ett klartecken om att tolkningen är rätt eller fel (Bryman, 2018). Då intervjuerna genomfördes via telefon eller videosamtal med anledning av den rådande pandemin, så användes de tolkande frågorna ett flertal gånger då respondenten ibland hördes otydligt. Vi upprepade därav respondentens svar och gjorde om detta till en fråga för att säkerställa att vi hade hört rätt.

## Intervjufrågor

Nedan presenteras de intervjuguides som användes som underlag för intervjuerna, samt hur exempelfrågor och område är förankrat med empirin.

## Verksamhetsbeskrivning och digitala verktyg

För att samla in empiri om ledande aktörer inom digital vård och krisrådgivning valdes frågor som kunde beskriva respektive aktörs verksamhet samt hur de arbetar digitalt. Detta är av relevans för oss då vi behöver en stadig grund och bakgrundsbeskrivning om verksamheterna att utgå ifrån för att sedan kunna ha välarbetade diskussioner kring deras krishantering.

Som tidigare presenterat i bakgrunden, finns digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter i vårt samhälle. Organisationstyperna beskrivs med grundlig fakta, men ingen djupare beskrivning ges om hur respektive aktör arbetar och vad deras vardagliga arbete innefattar. Genom frågor som exempelvis “Kan du berätta lite kort om er verksamhet?” kunde vi samla in relevant data för att förstå grunden i deras verksamhet samt för att få en förståelse kring hur verksamheten är uppbyggd. En grundlig förståelse för aktörerna behövs även i vårt fall för att sedan kunna förstå hur deras digitala arbetssätt samt krishantering är utformat och ter sig.

För att kunna analysera vår empiri i förhållande till Disaster Management och deras digitala arbetssätt ställdes även frågor om vilka digitala verktyg de använder, samt i vilken mån och till vad. I litteraturgenomgången presenteras en teori kring informationsspridning med hjälp av sociala medier vid en kris. För att samla in underlag till senare diskussioner valde vi därmed ut grundliga frågor om deras digitala verktyg samt användningsområde, samt att följdfrågor utefter respondenternas svar kunde utformas.

I teorin Social-Mediated Crisis Communication modellen beskrivs tre olika grupper som informationsspridningen sker emellan (Austin et al. 2012). Frågorna vi utformade i intervjuguiden om aktörernas digitala arbetssätt behövdes därmed för att se i vilken grupp verksamhetens arbete gjordes utifrån. Genom att ta reda på vilka digitala verktyg de använde sig av samt vad de olika verktygen hade för syfte, skapades underlag för vidare analyser och diskussioner kring den ovan nämnda teorin. Vidare kan vi även analysera deras användande i förhållande utifrån teorins fem olika premisser för utformning av informationen.

## Disaster Management

Som tidigare nämnt syftar vårt arbete till att undersöka hur digitala vårdcentraler och en krisrådgivningsenhetens krishantering i samband med Covid-19 förhåller sig till teorier inom kris- och katastrofhantering. För att kunna få information om hur verksamheterna arbetar förberedande och i en kris ställde vi frågor som till exempel “Har ni en krishanteringsplan, om ja, hur ser den ut?”. Vi arbetar med tre utav Disaster Managements fyra faser: Mitigation, Preparedness och Response (Coppola, 2011) och ville därför veta om verksamheterna kände till dessa faser och hur arbetet i så fall såg ut inom dessa. Därför ställde vi även frågor som till exempel om det reflekteras kring eventuella kriser som kan uppstå samt om det finns personer som arbetar med endast kris- och katastrofhantering inom verksamheterna. Detta gällde dock inte vår intervjuguide för krisrådgivningsenheten. Där hade vi redan tillräckligt med bakgrundsinformation om att verksamheten endast jobbar med krisrådgivning och därav utformades frågorna i den andra guiden på ett annat sätt. Vi frågade istället där exempelvis om de arbetar med teorin Disaster Management, och om arbetet i de olika faserna var något som de kände igen.

Då vi är mitt i en rådande pandemi ville vi naturligtvis även ta reda på hur Covid-19 har påverkat företagen i nutid och vad som tros inför framtiden. Förändringar både inom hela företagen, men även i individuella digitala funktioner då vi även skriver om dessa i vårt arbete. Hur digitala verktyg och funktioner används och påverkar arbetet i en pandemi (positivt som negativt) ville vi även veta, speciellt när vården är en faktor i samhället som påverkas mycket av en samhällskatastrof så som en pandemi (Coppola, 2011).

## Intervjuguide - Digital vårdcentral

Område	Exempelfrågor
<i>Verksamhetsbeskrivning &amp; digitala verktyg</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vilken är din roll/befattning just nu?</li> <li>2. Kan du berätta om er verksamhet?</li> <li>3. Vad är de största skillnaderna mellan er och en fysisk vårdcentral?</li> <li>4. Vilka digitala verktyg använder ni er främst av?</li> <li>5. Vilka form av digitala verktyg förlitar ni er mest på samt värderar högt inom organisationen?</li> <li>6. Vilka digitala verktyg använder ni vid patientkontakt, rådgivning, diagnostisering och remiss? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Är det olika till olika ärenden?</li> </ol> </li> <li>7. Hur ser framtidsplanerna för digitala vårdcentraler ut? Vad kommer ändras/förbättras? Vilka är förhoppningarna? (<i>om man bortser från hur Covid-19 kommer påverka</i>)</li> </ol>
<i>Mitigation</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Hur förhåller ni er till Sveriges krishantering? (Rådgivning &amp; agerande)</li> <li>9. Reflekteras det kring de eventuella kriser som kan uppstå?</li> <li>10. Finns det någon ansvarig för krishantering hos er? En grupp eller enskild person?</li> </ol>
<i>Preparedness</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Har er verksamhet en krishanteringsplan?</li> <li>12. Hur arbetar ni med krishantering i vanliga fall? Har ni förberednings-metoder?</li> <li>13. Upplever du att ni var förberedda på Covid-19?</li> </ol>
<i>Response</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Hur hanterade ni det när krisen kom? Följde ni er eventuella krishanteringsplan?</li> <li>15. Gjorde ni några drastisk åtgärder? Isåfall, vilka?</li> <li>16. Hur har ni hanterat Covid-19 med hjälp av era digitala verktyg? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Har systemen blivit överbelastade? Har några vidareutvecklingar av verktygen behövt göras?</li> </ol> </li> <li>17. Hur har Covid -19 påverkat er som verksamhet?</li> <li>18. Hur ser arbetsbelastningen ut idag jämfört med innan pandemin?</li> <li>19. Hur förväntar ni er att företaget kommer att se ut när pandemin har lugnat sig?</li> </ol>
<i>Möjlighet för tillägg</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Finns det något annat du vill tillägga eller anser vara relevant för intervjun?</li> </ol>

Tabell 4: Intervjuguide – Digital vårdcentral



## Intervjuguide - Krisrådgivningsenhet

Område	Exempelfrågor
<i>Verksamhetsbeskrivning &amp; digitala verktyg</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vilken är din roll/befattning just nu?</li> <li>2. Kan du berätta om er verksamhet? (Hur är verksamheten uppbyggd/olika delar osv.)</li> <li>3. Vad definerar ni som en kris?</li> <li>4. Vilka är era främsta digitala kommunikationsverktyg?</li> <li>5. Hur arbetar ni med digitala verktyg? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Har ni olika verktyg? Vilka funktioner har dessa?</li> <li>b. Har ni någon rangordning på funktionerna?</li> <li>c. Vem (vilka roller) använder sig av de digitala verktygen?</li> <li>d. Gör man det på distans?</li> <li>e. När krisen kommer, hur informerar ni era invånare om den?</li> </ol> </li> </ol>
<i>Mitigation</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Hur ser Sveriges krishantering ut?</li> <li>7. Finns det några skillnader på hur man arbetar beroende på vilken sorts kris det är?</li> <li>8. Är du bekant med modellen Disaster Management, om isåfall, hur arbetar ni med detta?</li> </ol>
<i>Preparedness</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Upplever du att ni var förberedda på Covid-19?</li> <li>10. På vilket sätt har krishantering i ett digitalt samhälle jämfört med ett icke-digitalt förbättrat/ försämrat ert förberedelsearbete?</li> </ol>
<i>Response</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Hur ser ert nuvarande arbete med Covid-19 ut?</li> <li>12. Hur har ni hanterat Covid-19 med hjälp av era digitala kommunikationsverktyg?</li> <li>13. Vilka digitala kommunikationsverktyg har ni använt eller fått vidareutveckla under pandemin?</li> <li>14. Finns det något ni hade kunnat göra annorlunda när pandemi bröt ut?</li> </ol>
<i>Möjlighet för tillägg</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Finns det något annat du vill tillägga eller anser vara relevant för intervjun?</li> </ol>

Tabell 5: Intervjuguide - Krisrådgivningsenhet

*Genomförande*

Genomförandet av de olika intervjuerna gjordes på distans. Då den rådande pandemin orsakat svårigheter med tillfälligt stängda verksamheter hade vi inte möjlighet för fysiska intervjuer.

För att utföra intervjuerna användes därmed olika digitala verktyg. Vi använde oss utav telefonsamtal samt videosamtal med hjälp av kommunikationsverktyget Google Hangouts.

Oates (2006) betonar att det är viktigt att ha en bekväm fysisk miljö när man genomför intervjuer för att få så bra förutsättningar som möjligt för en lyckad intervju. För oss var detta inte möjligt då intervjuerna genomfördes på distans och vi kunde därav inte påverka respondenternas miljö. Att intervjuerna inte genomfördes fysiskt på plats tillsammans behöver däremot inte bara vara negativt. Då en bekväm miljö kan vara olika beroende på vad man personligen föredrar, så fick både vi författare och respondenterna möjlighet att välja miljö utifrån oss själva. Störmoment som ljud och ljus är däremot inte något som man tillsammans kunde kontrollera vilket kunde skapa små avbrott och otydligt ljud.

För att utföra intervjuerna med så bra kvalitet som möjligt togs det hänsyn till de faktorer som vi hade möjlighet att påverka. Intervjuerna gjordes med hjälp av batteridrivna enheter som telefoner och datorer. Enheterna var vid varje intervju fullt laddade för att det inte skulle bli ett störmoment under intervjun om batterinivån började sjunka. Att se till att ha laddade batterier på batteridrivna verktyg är något som Oates (2006) nämner som en självklar och viktig faktor.

Varje intervju spelades in som underlag till våra transkriberingar. Innan vi startade inspelningen försäkrade vi oss om att varje respondent godkänt inspelning av intervjun. Vi kontaktade respondenten med telefon eller Google Hangouts. Vi valde även att skicka intervjuguiderna till respondenterna innan intervjun för att de skulle kunna känna sig mer säkra och lugna samt ha fått en bild av vad det är vi kommer fråga om. Att göra detta är även något som Oates (2006) tar upp. Det går dock att ifrågasätta om respondenterna svarar mer partiskt eller snedvrider fakta då de hinner tänka igenom svar innan intervjuer genomförs.

En intervju bör innehålla ett första stadie med en introduktion där forskarna presenterar sig och berättar för respondenten vad syftet är och vad intervjun kommer att handla om (Oates, 2006). Vi började därför de genomförda intervjuerna med att kort presentera oss själva och förklara intervjuens fokus samt vad syftet kommer att vara. Själva huvuddelen av intervjun bör enligt Oates (2006) påbörjas med några lättare frågor, vilket vi valde att göra. Vi valde att ställa frågor till respondenten om deras roll i verksamheten samt en kort beskrivning av dess arbetsuppgifter och verksamheten i sig. Sedan påbörjade vi de frågor som konstruerats utifrån den teori vi valt att undersöka vår frågeställning med.

För att avsluta intervjun följde vi Oates (2006) råd om att ge respondenten möjlighet att göra tillägg av tankar som respondenten känner hade varit lämpliga att tillägga, men som vi som intervjuare inte har frågat om.

### 3.4 Transkribering och analys

De genomförda intervjuerna transkriberades för att underlätta arbete när vi behöver se tillbaka på exakta svar som respondenterna uttalat under intervjun. Vikten av att transkribera lyfter även Oates (2006) upp, då transkriberingar hjälper till i påbörjandet av en egen analys kring vad som berättades i intervjun. Oates (2006) beskriver även att transkribering är något som tar lång tid att genomföra, vilket det för oss gjorde, men som blev en viktig del för oss att använda oss av genom arbetets gång och gav mycket värde till uppsatsen då vi kunde återvända till svaren.

Vid själva analysen av transkriberingarna letade vi efter relevanta delar av respondenternas svar i förhållande till de olika områdena som intervjuguiderna skapades utifrån. Då det var intervjuer som genomfördes och inte exempelvis enkätundersökningar, är inte allt som sades i direkt anknytning till ett område. De svaren finns fortfarande tydligt med i transkriberingen men har inte blivit kopplat till ett specifikt område. I transkriberingen valdes det att inte ta med upprepningar samt irrelevanta uttrycksord som "eh, mm, liksom". Även förkortningar används samt att kodningar av områden utifrån Disaster Management har gjorts i transkriberingen.

### *Kodning av transkribering*

För att tydliggöra svarens förhållande till områdena i transkriberingarna valde vi att koda respondenternas svar utifrån teoriområde, vilket görs löpande i transkriberingen. Ett svar tilldelas flera koder om svaret i sig förhåller sig till olika områden. Koden SO (Social-Mediated Crisis Communication) blev tillagd efter transkriberingen och är inte ett eget område i intervjuguiderna. Koden lades till då en av respondenterna gav väldigt många och djupa svar kring deras användande av just sociala medier, vilket var relaterat till vår teori. Därav skapade vi en egen kod för de området.

<b>Kod</b>	<b>Område</b>
VE	Verksamhetsbeskrivning & digitala verktyg
MI	Mitigation
PR	Preparedness
RE	Response
SO	Social-Mediated Crisis Communication

**Tabell 6:** Kodning

<b>Förkortning</b>	<b>Namn</b>
R1	Respondent 1
R2	Respondent 2
R3	Respondent 3
R4	Respondent 4
JE	Författare Johanna Elmér
LO	Författare Linn Olsson

AJA	Författare Amanda Javidi Agheli
-----	---------------------------------

Tabell 7: Förkortningar

### 3.5 Etiska aspekter

Vid genomförande av intervjuer är det lämpligt att ta hänsyn till olika etiska principer. Bryman (2018) talar om fyra grundläggande etiska principer. Principerna är informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet.

- Informationskravet handlar om att intervjuerna bör informera respondenterna om syftet med intervjun samt att det ska klargöras för respondenten att det är frivilligt att delta.
- Samtyckeskravet är ett viktigt krav som gäller respondentens rätt att bestämma över sin medverkan, att själv kunna få avbryta en intervju eller själv bestämma att inte svara på en specifik fråga.
- Konfidentialitetskravet är de krav som syftar till att de uppgifter som samlas in om personerna ska lagras på ett ställe så att obehöriga inte kan få tillgång till det.
- Nyttjandekravet handlar om att de insamlade uppgifterna som sedan lagras endast ska få användas till det forskningssyfte som bestämts.

För att ta hänsyn till informationskravet och samtyckeskravet förklarade vi tydligt för alla respondenter att de själva kan välja att avstå från frågor som de inte vill eller kan svara på och att de kommer att vara anonyma i uppsatsen. Anonymitet gäller både för dem som person men även för verksamheten. Vi har även utfört intervjuerna efter att vi via mail gemensamt bestämt intervjutillfälle. I mailen har vi varit tydliga med att vi gärna får möjligheten att intervjua respektive respondent, men att det enbart är om de själva vill medverka.

De åtgärder vi gjorde för att ta hänsyn till informations- och samtyckeskravet gjordes dels för att få respondenterna att känna sig mer bekväma och lugna med att deras svar kommer att användas som empiri och läsas av flera, men främst för att vara etiskt korrekta. Att hålla respondenterna anonyma gjordes därför att vi inte hade någon anledning att ha med namn då detta inte var av relevans. Vi har istället specificerat om det är en digital vårdcentral eller en krisrådgivningsenhet som har intervjuats.

Vi inledde även alla våra intervjuer med att fråga om vi fick deras tillåtelse att spela in samtalen i transkriberingssyfte, detta för att ta hänsyn till nyttjandekravet. För att arbeta i led med de etiska principerna så valde vi även att skicka transkriberingarna till respektive respondent efter att vi hade transkriberat varje intervju. Den insamlade empirin kommer även enbart att användas för vårt forskningssyfte och inte till andra ändamål. För att förhålla oss till konfidentialitetskravet så lagras den insamlade empirin på enheter som inte fler än vi kommer åt.

### 3.6 Validitet

Den insamlade empirin är data som hjälper oss att undersöka vår frågeställning, istället för att enbart själva söka efter svar på frågor via respondenternas hemsidor. Detta då det ger en mer fullständig data att basera våra diskussioner på. Det går dock inte att dra fullständiga

---

generaliseringar om hur alla digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter arbetar med kris- och katastrofhantering, med denna uppsats. Detta då uppsatsen inte inkluderar Sveriges alla digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheter.

För att få en så god validitet som möjligt till dess syfte, har intervjufrågorna utvecklats utifrån arbetets problemområde och syfte samt utifrån de teorier som är av relevans. Detta för att rätt empiri ska kunna samlas in och användas till undersökning av vår frågeställning. För att säkerställa respondenternas svar skickades transkriberingarna tillbaka till respondenterna, och dessa fick möjlighet till att godkänna sina svar samt ge eventuella invändningar. Detta gav oss författare bekräftelse på att deras svar fortfarande är giltiga och säkerställda. Inte förrän vi fått godkännande för transkriberingarna av varje respondent påbörjade vi att arbeta och använda datamaterialet i uppsatsen.

## 4 Empiri

Nedan sammanställs den insamlade empirin. Detta kapitel följer samma områden som presenterats i intervjuguiderna samt utifrån insamlad teori; Verksamhetsbeskrivning och digitala verktyg, Mitigation, Preparedness, Recovery och Social-Mediated Crisis Communication. Fullständiga transkriberingarna finnes i uppsatsens Appendix.

Namn	Befattning	Verksamhet
R1	Respondent 1 arbetar som medicinsk chef och läkare. R1 har arbetat inom fysiska vården tidigare och haft en del högre befattningar där.	Digital vårdcentral 1, är främst en digital vårdcentral men har även ett 20 tal tillhörande fysiska vårdcentraler runt om i länet. Deras främsta digitala verktyg är chattfunktion.
R2	Respondent 2 arbetar som sjuksköterska. R2 har tidigare erfarenheter från fysisk specialistvård. R2s främsta arbetsuppgifter är arbete i telfontriagen samt vårdcentralens chatt.	Digital vårdcentral 2, är en digital vårdcentral som tillhör en större fysisk vårdcentral. Deras främsta digitala verktyg är chattfunktion.
R3	Respondent 3 arbetar som gruppchef och är distriktssjuksköterska. Dessförinnan arbetade R3 på en annan offentlig fysisk vårdcentral.	Digital vårdcentral 3, är främst en digital vårdcentral men har även ett fåtal fysiska mottagningar. Deras främsta digitala verktyg är videosamtal.
R4	Respondent 4 arbetar med kris-kommunikation och är webbredaktör sedan ett flertal år tillbaka.	Krisrådgivningsenheten förmedlar information från myndigheter i samband med en kris, främst via sin webbsida samt sociala medier.

Tabell 8: Respondentbeskrivning

### 4.1 Verksamhetsbeskrivning och digitala verktyg

För att få en klarare och djupare bild om hur digitala vårdcentraler i Sverige ser ut och arbetar, började vi med att fråga våra respondenter om de kunde beskriva sina verksamheter. Då vi främst syftar till att undersöka hur verksamheternas krishantering förhåller sig till Disaster Management, behövde vi först information om hur dessa enheter fungerar samt hur deras användande av digitala verktyg ser ut. Alla respondenter har arbetat inom en digital vård- eller

rådgivningsenhet i minst ett halvår och har därför koll på hur verksamheten fungerade innan Covid-19 bröt ut.

Respondent R1, R2 och R3 arbetar alla på digitala vårdcentraler. Dessa verksamheter fungerar i grunden på samma sätt, men har med olika digitala funktioner och verktyg utvecklats olika. Samtliga har applikationer med chatter, där en patient loggar in och besvarar frågor beroende på vad man söker hjälp för. Detta fungerar som triage för vidare vårdhantering.

### **Respondent 1**

R1 förklarade att hos dem placeras patienten, efter besvarandet av frågor, i ett virtuellt vänt- rum där en läkare mottar patienten och ställer frågor utifrån svaren från frågeformuläret. De besvarade frågeformulärets data ger läkaren en inblick i vilket sjukdomsområde det rör sig om. Patientens ärende har inte någon tidsram till skillnad från vanlig fysisk primärvård där möten oftast bokas in i 20 minuters-intervaller, berättade R1. Ärendena stängs ner när läkare och patient tillsammans kommit överens om att ärendet är avslutat. R1 förklarade även att det ibland krävs vårdsamtal över telefon eller video. När fysisk vård behövs skickas patienten till sin listade vårdklinik eller provtagningsenhet. Om patienten bor nära någon av den digital vårdcentralens fysiska enheter, kan patienten även skickas dit.

### **Respondent 2**

R2 förklarade att det på deras vårdcentral uppkommer ett ärende när ett frågeformulär med olika utformade områden (exempelvis receptförnyelse) är besvarat av en patient. Detta efter att inloggning skett via mobilt bankID. Därefter skickas ett nytt frågeformulär med ytterligare några frågor ut till patienten samt en chattfunktion. Funktionen använder både patienten och sjuksköterskan sig av för eventuella tillägsfrågor. R2 förklarade även hur en sjuksköterska kan ta direkta beslut som till exempel vid receptförnyelse. Ibland behövs chatten för förtydligande eller bilder. När en läkares hjälp krävs skapas en chatt mellan sjuksköterska och läkare där patientens ärende diskuteras men utan att patienten själv ser. Här kan läkaren avgöra om ett digitalt läkarbesök är nödvändigt eller inte. R2 förklarade även att vid fysiskt besöksbehov skickas patienten till verksamhetens egna fysiska vårdkliniker.

### **Respondent 3**

R3 förklarade att deras digitala vårdcentral successivt har anställt fler till företaget som arbetar inom olika vårdområden. Till en början var det endast läkare som kunde hantera digitala vårdärenden, men att det idag används av både psykologer och sjuksköterskor. Till skillnad från verksamheterna som R1 och R2 arbetar på, så har R3s verksamhet inte samma bredd av egna fysiska vårdcentraler. Detta är något som är under utveckling, berättar R3, då man vill kunna erbjuda fysisk vård på många ställen runt om i landet utan att patienterna måste hänvisas till sina listade fysiska vårdenheter.

### **Respondent 4**

R4 arbetar på en krisrådgivningsenhet. Verksamhet samlar bekräftad information från 25 olika myndigheter (främst svenska) för att ha denna samlad på en och samma plats, berättar R4. Målet är att underlätta för allmänheten att hitta information i en katastrof- eller krissituation. De använder sig främst av sin egna webbplats men även sociala medier som exempelvis Facebook, Twitter och Instagram för att förmedla information till allmänheten. All information är bekräftad och riktar sig till svenskar runt om i världen. R4 förklarade även att deras förhoppning är att människor i en krissituation tar bättre och klokare beslut om dessa besitter kunskaper om den aktuella situationen.

## Skillnad mellan fysisk- och digital vårdcentral

R3 belyste skillnader mellan en fysisk och digital vårdcentral. Det handlar om att hitta nya sätt att bemöta patienter för att minska det enorma trycket som finns på sjukvården i Sverige idag. Genom att erbjuda digitala vårdcentraler menar R3 att man kan minska på antalet fysiska besök och därav trycket på primärvården. Med hjälp av digitala funktioner kan man sortera ut vilka som kan få hjälp digitalt och vilka som behöver fysisk vård. R3 berättade även “[...] vilket innebär att man ska kunna ta emot större flöde av patienter på kortare tid och med färre personal egentligen” (Appendix C, #18).

Samtliga respondenter från de digitala vårdcentralerna angav hur patienter som verkligen behöver fysisk vård ofta hamnar i skymundan av patienter som har “enklare” ärenden, exempelvis receptförnyelse. R3 menar att majoriteten av alla vårdärenden borde kunna ske genom digitala funktioner. R3 sa bland annat “[...] att man ska kunna ge större möjlighet till dem som verkligen behöver komma fysisk och behöver mer vård” (Appendix C, #18).

R1 liksom R2 förklarade att en stor skillnad mellan en fysisk och en digital vårdcentral ligger i tidseffektiviteten. Som tidigare nämnt förklarade R1 att det ofta läggs 20 minuters inbokad tid till en patient för att reda ut sjukdomssymptom även om det inte behövs. Dessa 20 minuterna kan istället spridas ut beroende på när patienten väljer att besvara frågor digitalt samt få en diagnos.

R1 berättade att i takt med att digital vård söks vid större och mer komplexa sjukdomar, behövs även den fysiska delen av vårdmötet. R1 belyser att det kan ses som en svaghet i digitala vårdmöten om alla sorters besvär inte kan handledas. Man vill kunna “*äga patientens hela resa*” förklarade R1. Trots skillnader på digitala och fysiska vårdcentralen poängterar R1 att det är viktigt att komma ihåg att de både går efter samma huvudsakliga regler.

## Digitala verktyg

När vi frågade respondenterna om deras digitala arbetssättet fick vi svar på hur och vilka digitala verktyg som används. Alla respondenter angav att de använder sig av digitala verktyg för att utföra det dagliga arbetet, däremot så skiljer sig R4 ifrån de andra respondenterna. R4, som är en krisrådgivningsenhet använder sig utav olika digitala kommunikationskanaler för att nå ut till Sveriges befolkning. R4 berättar att den största delen av information som de delar laddas upp på en webbsida, men att de även använder sociala medier såsom Twitter, Instagram, Youtube och Facebook. R4 förklarar användandet som att “[...] webben är ju basen för allt vi gör. Det är där all fakta finns, men i sociala medier kan vi lyfta kortare budskap.[...]” (Appendix D, #73).

Under intervjun med R4, beskrevs åldersspann och kön på de följare som tagit del av aktörens information på sociala medier. Under intervjun fanns inte den korrekta statistiken. R4 kompletterande intervjun senare genom att bifoga statistik i ett mejl på demografin över aktörens följare och publik på sociala medier (Se Appendix E). Även R3 tog upp vilken åldersgrupp det är som främst söker vård hos dem, det är oftast personer över 18 men under 70 (R3).

De fyra respondenterna beskrev att det finns möjlighet att arbeta hemifrån, speciellt under rådande pandemin. Vidare förklarade R3 att de endast får arbeta med verksamheternas digitala utrustning och inte privata på grund av sekretess och säkerhetsskäl.



R1 och R2 kommenterade effektiviteten i att ha chattfunktion där kommunikationen inte bara ligger i läkarens händer, utan även i patientens. R2 förklarade att dynamik i konversationer skapas när alla inblandade kan kommunicera.

R1 sa till exempel att “[...]den totala optimeringen i effektivitet är att vi ser hur 90-95% av våra patienter kan man utan bekymmer handlägga på medicinskt rätt sätt genom att bara kommunicera” (Appendix A, #50).

Både R1 och R3 berättar att de använder sig av sina egna system när det kommer till digitala verktyg. I dessa system utförs alla arbetsuppgifter som exempelvis att skicka remisser, videosamtal, sjukskrivningar, chatt och så vidare. R2 berättar att de använder olika system för olika arbetsuppgifter, däremot så beskriver R2 att det är chatten som de främst använder sig utav mest samt att den kan vara aktiv hur länge som helst sålänge den inte är inaktiv i mer än 24 timmar.

R3 berättar att de använder sig av chatt och frågeformulär men att det främst är videosamtal som används mest. Vid frågan om vilket digitalt verktyg som används mest så berättar R3 att “Det är absolut främst videosamtal. De finns en chattfunktion också men den används absolut lite än så länge. Så det är absolut videosamtal mest.” (Appendix C, #22) vidare beskriver R3 att:

“[...]det är väl det man tycker kan ersätta ett fysisk besök på bäst sätt. Alltså, man både kan prata med patienten och du ser patienten så det är väl det som kan ersätta ett fysiskt besök.”(Appendix C, #26).

## Kris och katastrofhantering i Sverige

För att få en inblick i hur kris- och katastrofhantering fungerar i Sverige frågade vi R4 om hur de på krisrådgivningsenheten ser på saken. R4 förklarar att de definierar en kris som en samhällsstörning där flera personer drabbas och inte längre kan leva ett “ normalt ” vardagsliv. En kris stör i vardagen samt kan hota saker som transportmedel eller liknande. Vidare berättar R4 att de som krisrådgivning tar emot och tittar på information från myndigheter för att få så trovärdig och exakt krisinformation som möjligt. R4 belyser även att de finns tre olika principer som man arbetar med relaterat till kris i Sverige, principerna är följande: Ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likgiltighetsprincipen.

## 4.2 Mitigation

De tre digitala vårdcentralerna talar inte för att de har haft en specificerad krishanteringsplan och krishanteringsgrupp för att begränsa konsekvenserna av pandemin Covid-19. De har dock utträttat kontinuerliga möten för diskussioner om nya riktlinjer. Gemensamt har de att de anpassat sig utefter myndigheter och regionkommuners restriktioner så som Folkhälsomyndigheten samt Region Skåne, gällande exempelvis smittskyddsutrustning.

Både Krisrådgivningsenheten R4 och digitala vårdcentralen R2 beskriver att de tittat på tidigare arbete som utförts vid kriser, såsom vid svininfluensan år 2009. Att titta på tidigare arbete gör även R3. Skillnaden här är att de inte har varit aktiva under ett lika långt tidsspänn,

vilket gör att de istället tittar tillbaka på sitt arbete dag för dag. R1 för ett liknande resonemang och säger att det är en lärdomsprocess.

Förebyggande arbete för att kunna begränsa konsekvenserna av pandemin har alla respondenter utfört, dock nästan endast för sin fysiska tillhörande enheter. R1 berättar att det är en fördel med digitala vårdmöten då patienter slipper sitta i väntrum. De digitala vårdcentralerna som även har fysiska mottagningar har exempelvis som R2 upprättat en egen korridor för dem som misstänks vara smittade av viruset SARS-CoV-2, vilket även R3 gjorde i form av ett fysiskt tält utanför verksamheten. Detta gjordes för att minska risken för smittspridning. För att minska riskerna för smittspridning bland anställda införde alla de fyra respondenterna möjlighet att jobba mer hemifrån. För att ytterligare begränsa eller minska konsekvenser av pandemin så införde både R2 och R3 möjlighet till sjukskrivning via videosamtal, vilket tidigare inte varit aktivt.

R3 belyser att eftersom pandemin först brutit ut i Stockholm när den intagit Sverige, har deras verksamhet kunnat titta på hur åtgärder har tagits i Stockholm, för att sedan själva förbereda sin verksamhet. Liknande gör R4 genom att utföra kontinuerliga omvärldsbevakningar där de främst i början av pandemin tittade på Kina där viruset SARS-CoV-2 först upptäcktes.

För att underlätta arbetet att begränsa konsekvenser av pandemin hade mer utvecklade informationsspridningskanaler inom organisationen varit uppskattat. R3 beskriver att riktlinjer som förändras dagligen blir svåra att förmedla till alla anställda. Många av de anställda arbetar enligt R3 på företaget som ett "sidojobb" bredvid sitt vanliga arbete. Detta resulterar i att det är svårt för alla anställda att alltid hålla sig uppdaterade om de nya riktlinjerna.

*"Har man en liten enhet så kan man samlas på enhetsmöten där man kan prata och diskutera och man kan få ut information. Men när man sitter så många människor, de allra flesta sitter hemma och jobbar. Att nå ut med information till alla dessa, där informationen förändras så hastigt som det gör just nu är det svårt att få alla med på tåget"*(Appendix C, #68).

### 4.3 Preparedness

När det kommer till hur digitala vårdcentraler arbetar med förberedelsearbete vid katastrofer har de olika respondenterna svarat olika angående hur de ser på sitt arbete. R1 förklarar att deras verksamhet har och strävar efter en viss beredskapsplan till den mån det går. R2 berättar att de normalt sätt har APT möten där medarbetare och chefer diskuterar verksamheten och vad som händer men tar inte upp något konkret om krishantering. R3 besvarar frågan:

*"Vi hade inte någon krishanteringsplan direkt nej, som vi kunde ta fram och utgå ifrån, det kan jag inte säga att vi hade. Däremot så har vi ju jobbat ihopa ganska så snabbt så nu har vi ju en plan för hur vi ska hantera läget. Men nä vi hade inte det innan"* (Appendix C, #35).

R4, som arbetar med krishantering dagligen, berättar att de har olika krisplaner de jobbar utifrån och har fått utbildning i hur de ska arbeta och förmedla information om krisen väl kommer.

R4 beskriver att de inte medvetet arbetar med Disaster Management men att de på sätt och vis arbetar på liknande vis med vad teorin säger. För att förbättra verksamhetens krishanteringsarbete berättar R4 att de internt gör förberedelseövningar om krisen skulle komma samt diskuterar fram och tillbaka om hur man arbetar med en kris på bästa möjliga sätt. Övriga respondenter uppger att de inte haft någon form av förberedelseövningar inför en eventuell kris. R3 förklarar dock att de i förberedande syfte utbildar sin fysiska vårdpersonal i hantering av skyddsutrustning, samt att de försöker arbeta så mycket digitalt som de kan.

När pandemin Covid-19 väl intog Sverige menar R4 att de var förberedda på krisen till skillnad från våra andra respondenter. R4 berättar att de endast en månad innan krisen kom gjorde en reklamfilm om vad som skulle hända om en stor pandemi bryter ut som smittar från människa till människa via hosta och där all handsprit tagit slut. R4 beskriver det som ett kusligt sammanträffande men att de därav redan tidigare diskuterat om vad som skulle kunna hända om en pandemi bröt ut i Sverige. Som tidigare nämnt följde de även Kina kontinuerligt för att vara förberedda på krisen.

De digitala vårdcentralerna svarar på krisen annorlunda än vad R4 gör, och de menar att de inte var lika förbereda. Både R1 och R2 poängterar att förberedd på en kris kan man aldrig riktigt vara trots mycket planerande men att verksamheterna svarat snabbt och ställde om redan i ett tidigt skede. R2 upplever att ledningsgruppen arbetat förebyggande och varit ute i god tid under pandemin. R3 som tidigare berättade att de inte hade någon krisplan framhåller att deras verksamhet snabbt har fått sammanställa en krisplan för Covid-19 och att de i dagsläget har en plan som de hoppas ska hålla. R1 berättar att de inte var direkt beredda på en pandemi,

*“[...] det är många effekter som kommer utav detta. Men även risker, att det föder en del paniklösningar som inte kommer vara så bra sen, och det får man också ha med sig”* (Appendix A, #130).

R1 belyser att fenomenet om att vara just digital som en förberedelse i sig för Covid-19. Detta då de digitala har kapaciteten att ta hand om människor som är sjuka jämfört med de fysiska vårdcentralerna. R1 berättar även att de har skyldighet att ha beredskapsplaner för olika situationer, men att det i katastroftider oftast är svårt att förutse vad som komma skall.

I starten av pandemin börjar verksamheterna arbeta i förberedande syfte för att kunna hantera en eventuell förvärrad krissituation. Den digitala vårdcentralen som R3 arbetar på uttrycker att de förväntar sig att det ska komma mycket större anstormning än vad det har gjort hittills. Därav förklarade R3 att de började med att se över patientflöden i det fysiska och digitala verksamheterna. Exempelvis, vilka vårdmöten som behöver utföras fysiskt samt vilka som kan omdirigeras till digitalt. Även R4 berättade att de i startskedet av pandemin upplevde följande:

*“ [...] när det började braka loss och bli väldigt stor spridning, då hade vi ett väldigt högt tryck. Då försökte man ta med rätt information och vi skalade ju upp mycket resurser men det är möjligt att det var någon vecka eller två där vi kände att vi fick jobba för mycket och då gick de trögare och sämre så vi har ju en samlings sida där vi samlar allt.”* (AppendixD, #79).

Sammanfattningsvis har samtliga tre digitala vårdcentraler inte konkret arbetat med förberedelser inför en kris och har därav fått skapa och sammanställa krisplaner för att göra sig mer

förberedda på Covid-19. Krisrådgivningsenheten, R4, har arbetat med förberedelsearbete och upplever att de har varit förberedda på krisen i den mån det går.

## 4.4 Response

### Åtgärder och svar på pandemi

De digitala vårdcentralerna beskriver att de har fått ta till en del drastiska åtgärder i form av paniklösningar som svar i samband med pandemin. R1 beskriver att det kan tillkomma både risker och effekter med dessa sista minuten-lösningar. En åtgärd som de tre digitala vårdcentralerna tagit till är att de alla skapat nya guider och mallar för sina triage i de digitala applikationerna. De nya guiderna är skapade för att underlätta krisen och R1 beskriver det som följande “ [...] så jobbar vi med guider, att det ska finnas en Corona-guide och att få människan att gå den vägen i första hand om det är direkt relaterat till Corona.”(Appendix A, #102).

R3 belyser liknande R1 att de på sin verksamhet har skapat en ny funktion som kallas för Symptom-kollen. Detta är en funktion där man som patient kan gå in om man är orolig eller om man tror sig ha Covid-19. I funktionen svarar man på olika frågor för att sedan bli hänvisad på olika sätt beroende på hur man svarar. Även om man söker för någonting annat måste man uppge om man har symptom som kan förknippas med Covid-19 så som luftvägsbesvär.

Vidare berättar R2 att även de har sin digitala vårdcentral baserad på olika mallar och frågeformulär som man fyller i innan man får ett digitalt möte med läkare eller sköterska. Verksamheten som R2 arbetar på har dock sett en del problematik med sina guider och frågeformulär.

*“[...]Jen väl ifylld mall gör ju att jag oftast inte behöver lägga jättemycket tid och fråga patienten om det inte är viktigare frågor, men sen finns det vissa som väljer en mall bara och säger att de mår psykiskt dåligt. Så det kan ju verkligen vara så att folk ignorerar vad som står i mallen också. Det händer ju såklart. Så du har ju också det problemet att de struntar i det som står i mallen och fyller i fritext och hoppar förbi dom andra frågorna”* (Appendix B, #22).

R2 berättar även att de patienter som struntar i att fylla i mallarna korrekt oftast får en ny mall skickad till sig där de bli ombudda att svara på frågorna mer konkret.

R1, R2 samt R3 belyser inte endast att det är nya guider som har skapats som svarsåtgärd. Pandemin har även varit påfrestande för verksamheterna på andra sätt. På R2s fysiska vårdcentral avbokas alla 70+ patienter som inte behövde fysisk vård, många fysiska besök görs om till telefontider och de tar inte emot någon alls med Covid-19 liknande symtom (R2). Covid-19 har även påverkat de som arbetar med psykologiska samtal och terapi där dessa nu tas digitalt istället, detta beskriver R2.

Likaså har R1 samt R3 märkt att antalet orosfrågor hos allmänheten har ökat som ett svar på Covid-19. R1 berättade att “[...] människor i krissituationer söker rådgivning så att säga. Man är inte sjuk men man är full av frågor, man är orolig för allting annat.”(Appendix A, #96). Detta har lett till att den digitala vården har fått en stor andel personer som kontaktar dem för andra anledningar än att de är sjuka. R1 berättar exempelvis att när allmänheten inte

når 1177 så får de bidra till den rådgivande funktionen. De publicerar bland annat artiklar och beskrivningar om Covid-19. De har fått agera mer som rådgivningsfunktion och detta är även något om R3 har märkt av, “ [...], *det finns mycket oro. Vi har ju ett vanligt telefonrådgivning också hit till den här vårdenheten. Det är mycket mer samtal och mycket mer oro*” (Appendix C, #59) berättar R3.

Både R2 och R3 upplever att arbetet digitalt har ökat i samband med Covid-19. R3 poängterar att Covid-19 har gjort så att de som inte riktigt har kommit igång med det digitala arbetet, har tvingats att göra det nu på grund av pandemin, vilket kan ses som positivt för verksamheten.

*“Det var lite trögt i början [...] Men plötsligt från ena veckan till den andra så fick alla verkligen ta tag i detta och lära sig. Så nu är ju alla igång med detta och kan systemet. Så det kan ju ses som en fördel för oss. Vi fick som en push att verkligen starta igång med det som egentligen skulle startat igång tidigare. Nu fick vi mer anledning till att göra det”* (Appendix C, #55).

Även R2 påpekar hur Covid-19 har gjort att flera anställda inom verksamheten har börjat arbeta med chattfunktionen.

*“[...] det har snarare påskyndat att fler har oss som vårdcentralen blir mer aktiva i chatten. Det är till exempel flera kollegor som har börjat lära sig chatten som kanske inte egentligen inte varit aktuella innan corona riktigt än. Jag upplever ju att det har blivit snabbare flöde av folk in i chatten än tidigare.”* (Appendix B, #48).

R3 berättar att de har anställt fler läkare och sjuksköterskor för att kunna hantera de stora nya flödena på verksamheten.

### Informationsspridning vid pandemi

Som tidigare nämnt i Mitigation belyser R3 att det finns en stor problematik gällande informationsspridning inom organisationen i pandemin. Detta då det snabbt förändrade läget med olika sorters information och riktlinjer från myndigheter skiftar från en dag till en annan. R3 poängterar att det är svårt att alla inom verksamheten ska vara på banan och veta exakt vilka riktlinjer man ska förhålla sig till under den specifika dagen som kanske inte gällt tidigare. Det hade varit enklare om man hade haft en mindre klinik där alla kunde närvara på fysiska enhetsmöten samtidigt. Även R2 berättar att deras klinik har morgonmöte dagligen för att se vad för information som gäller och hålla sig uppdaterade.

Krisrådgivningsenheten som R4 arbetar på strävar efter att rätt information kring pandemin skall spridas så att falska rykten om Covid-19 inte ska cirkulera runt om i landet. När vi frågar R4 om de själva går ut med information till verksamheter om krisen berättar hen att de inte arbetar med att kontakta sjukvård och andra verksamheter. Dock tillägger R4 att om de ser någon som har gått ut med fel eller missledande information så kontaktar de dem. R4 tror att folks stora oro i denna pandemi jämfört med Svininfluensan 2009 kan ha att göra med att det inte fanns ett lika stort sociala medier bruk på den tiden.

Både R1 och R3 berättar att de själva ständigt har koll på informationsspridningen om Covid-19 dagligen för att veta exakt vilken information som gäller. Både R2 och R3 berättar att Region Skåne går ut med information.

*“Nä vi gör väl som de flesta andra, vi söker information. Region Skåne lägger ut ständiga uppdateringar. Det skickas inte specifikt till oss. Samma med folkhälsomyndigheten, det är inget som skickas ut på automatik. Man får själv vara aktiv och söka information”*(Appendix C, #53).

### Ökat användande av digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheten

Samtidigt som samtliga respondenter beskriver de åtgärder och utmaningar som de fått ta i svaryfte i samband med Covid-19, så berättar R1, R3 samt R4 att de märker en tydlig uppgång för antalet svenskar som hittar till deras digitala verksamheter, oavsett om de söker vård eller inte. R3 säger följande:

*“Ja, jag är helt säker på att det är många fler som har hittat hit, och det vet jag också. Siffrorna för digitalt sökande på [Företagsnamn] över hela Sverige har ju ökat jättemycket under de här veckorna, månaderna”* (Appendix C, #57).

Precis som R3 så har R1 märkt av detta och beskriver ökningen av patienter som ett startskott de har väntat på i fler års tid. R1 beskriver det som att det nästintill krävdes en katastrof för att allmänheten skulle öka sitt användande av digitala vårdcentraler.

R1 menar på att det stora startskottet för de digitala vårdcentralerna inte bara grundar sig i att folk blir smittade och sjuka i pandemin utan att det stora uppsvinget har andra grunder. Att det inte är Covid-19 per definition som bidrar till uppsvinget utan snarare konsekvensen av pandemin ute i samhället där tillgängligheten hos fysiska vårdcentraler och sjukhus minskar. De blir alltså näst intill tvingade att söka vård digitalt. R1 berättar också att i en kris ändras ofta människors beteenden och i detta fallet är en av dessa beteendeförändringarna att människor kommer hitta till och börja använda sig av digitala vårdtjänster.

Även krisrådgivningsenheten R4, har märkt av ett uppsving av besökare. R4 berättar att de gjort en undersökning under 2018 som visade att 25 % av Sveriges befolkning kände till deras arbete med krisrådgivning. I februari 2020 följde de upp undersökningen och då visade det en ökning till 37 %. R4 berättar vidare att de tror att ökningen beror på pandemin och att de planerar att göra en ny undersökning nästa år och hoppas då på att ännu fler ska veta om att de finns.

I motsats till vad som R1 och R3 beskriver om att fler söker vård i samband med Covid-19 framhåller R2 att de märkt en minskning på antalet patienter som söker och säger följande:

*“Vi har sett en minskning på de som ringer, varje dag har vi kanske 1000 som ringer, medan nu är det kanske 700. Folk som söker för småsaker dom har minskat, det känns som att folk tänker en extra gång innan de ringer vårdcentralen idag, [...] Jag tror att det beror på att folk är mindre benägna att söka för saker som inte är akut, för folk vill inte besöka en vårdcentral just nu”* (Appendix B, #68 #78).

### Framtiden för digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheten

Framtiden för de digitala vårdcentralerna är samtliga av våra respondenter positiva till. R2 framhåller att de hoppas att fler människor har lärt sig att den digitala vårdcentralen finns och är ett bra alternativ även när pandemin är över. R2 belyser att det är mer effektivt att söka digitalt och att patienter slipper långa kötider. R3 berättar även om sin framtid och att de inom verksamheten siktar på att när pandemin har lagt sig starta upp fler tillhörande fysiska

vårdcentraler. Detta som ett alternativ till de digitala då patienter som kräver mer än fysisk vård kan gå till deras egna fysiska vårdcentraler istället för att, som de fungerar idag, gå till den dem är listade på.

R4 berättar att de hade kunnat göra vissa saker annorlunda. Exempelvis har krisrådgivningsenheten reflekterat över att deras hemsida med krisinformation hade kunnat vara tydligare än vad den är. R4 berättar att det är bra att de har mycket information men att mycket hade kunnat presenteras enklare och tydligare. Däremot menar de att de inte har haft tid till att utveckla hemsidan samtidigt som krisen är aktiv. R4 berättar att det har varit stressigt då det sedan krisen bröt ut och det första svenska fallet bekräftades, haft beredskap dygnet runt och haft omvärldsbevakning varje dag för att hålla rätt information aktiv.

## 4.5 Social-Mediated Crisis Communication

R4 på krisrådgivningsenheten berättar att de använder sig av Sociala medier, en webbportal samt app för att sprida sin krisinformation till allmänheten vid katastrof. All information som sprids via digitala medier och verksamhetens webbportal är ursprungligen från svenska myndigheter och är därav säkerställd information enligt R4. Vid själva arbetandet med sociala medier berättar R4 att alla anställda ska ha teknisk kunskap för att kunna publicera information på sociala medierna och webben. Deras specifika ansvarsområden varierar på schema. De har även under krisen tagit in extra bemanning för att kunna hantera rådande kris berättar R4.

Sociala medier är ett av det digitala verktyg som används främst inom verksamheten enligt R4. De sociala medier som använts för att förmedla krisinformation är Twitter, Facebook och Instagram. Vid tidigare kriser har inte sociala medier varit tillgängliga på samma sätt, vilket nu har möjliggjort annan typ av informationsspridning för enheten. Då var det främst webbportalen som används för att uppdatera allmänheten vid kris. Via de sociala medierna når de ut till den större delen av sin målgrupp. Användandet av sociala medier för enhetens informationsspridning medför den möjlighet att snabbt och enkelt förmedla nykommen information.

R4 berättar att de med hjälp av sociala medier enkelt och effektivt kan lyfta kortare budskap och att det går att prata direkt med människor. Här uttrycker R4 att de kan anpassa sin informationsspridning genom att titta på sina sociala medier och vad det är allmänheten uttrycker att de undrar om i deras kanaler. Enligt deras demografi (se Appendix E) så får de lättare kontakt med människor som befinner sig i åldersspannet 45+ än de yngre, då de exempelvis genom Facebook haft lättare att nå ut till äldre. Genom att aktivt sprida information direkt till följare som finns på sociala medier kan de enligt R4 bygga upp förtroende till befolkningen när det är en kris.

## 5 Diskussion

I detta kapitel kommer vi att diskutera vår insamlade empiri och jämföra denna med de teorier samt den forskning vi sammanställt i vår litteraturred. För att vi ska kunna ta reda på hur digitala vårdcentraler och den digitala krisrådgivningsenheten arbetar med kris- och katastrofhantering samt digitala verktyg, måste vi först diskutera de likheter och skillnader som finns mellan våra respondenter och litteraturen.

Vi skriver om tre utav de fyra faserna som Disaster Management innefattar och det är även dessa vi kommer att jämföra med våra respondenters svar. Viktigt att ha i åtanke är att de fyra faserna i en katastrof ofta målas upp som en cykel i teorin, men de kan vara svåra att skilja åt i praktiken. Faserna kan alltså överlappa varandra. Detta menar både Coppola (2011) och Whybark (2015). Begränsningsstrategier som utförs i Mitigation för att begränsa en katastrofs uppkomst, kan även göras i Response för att begränsa konsekvenserna av en katastrof, exempelvis. Coppola (2011) nämner även att i de olika faserna gör många generaliseringar i teorin och att det alltid kommer att finnas undantag beroende på den specifika situationen.

En annan viktig sak att ha i åtanke gällande Disaster Managements faser är, enligt Coppola (2011), att de arbete som görs inom de olika faserna lägger grunden till varandra. Recovery, som är den sista fasen i Disaster Management påverkas av kvaliteten på de Mitigation-, Preparedness- samt Response-arbete som redan har utförts. Då vi i rådande pandemi är mitt uppe i ett svarsarbete, vet vi ännu inte hur samhället kommer att återhämta sig. Det vi vet är dock att hur Recovery kommer att se ut för digitala vårdcentraler samt digital rådgivningsenhet delvis är baserat på det arbetet som har utträttats i startfasen av Covid-19.

Utöver Disaster Management, kommer vi även i detta kapitel att diskutera Social-Mediated Crisis Communication Model. Modellen är relevant i en kris då informationsspridning är högst väsentlig (Coppola, 2011). I vårt digitala samhälle har sociala medier tagit allt större plats (Austin et al. 2012) och används även som verktyg för informationsspridning vid katastrofer, såsom en pandemi.

### 5.1 Mitigation

Mitigation är den fas i Disaster Management cykeln som handlar om att begränsa konsekvenser av en kris eller risken för den att uppstå. Att minska konsekvenserna av en kris är även ett utav de fem mål som finns inom fasen (Coppola, 2011).

Respondent 4 (R4), berättade att de arbetat genom att titta på äldre scenarion, såsom den tidigare krisen med svininfluensan samt tsunamiutbrottet i Thailand. Enligt Whybark (2015) är det viktigt att titta på gamla katastrofer för att se hur konsekvenserna var och vilken effekt åtgärderna hade. Genom att arbeta på detta sätt har R4 kunnat använda sig utav lärdomar de har tagit till sig från tidigare kriser, till den nuvarande pandemin. Möjligheterna för ett mer



effektivt hanterande av informationsspridning kan därav ha öka, då man återupptar åtgärder som tidigare använts. R4 berättar att de publicerade en film gällande en kris med ett smittande virus. Manuset som användes i filmen baserades på svininfluensan men gick att använda och utveckla för den rådande pandemin.

Enligt Holloway et al. (2014) så finns det en mall med sex intervaller för förberedande av en pandemi. Både respondent 2 (R2) och R4s arbete för de två intervallerna undersökning och igenkännande utövas genom att titta på tidigare kriser. Genom detta har de kunnat skapat en bild av hur agerandet kan se ut i Response-fasen. Däremot så nämner även Holloway et al. (2014) att mallen inte ska ses som en regelbok då pandemier inte ser exakt likadana ut. Även om R2 och R4 arbetat genom att titta på tidigare kriser så ser inte samhället likadant ut nu som exempelvis vid svininfluensans utbrott. Detta leder i sin tur till att åtgärder och nya arbetssätt som påbörjades då, kanske inte alls är relevanta i dagens läge, eller att de nuvarande arbetssätten och processerna redan är i takt med relevanta begränsningsåtgärder.

Något som kan ses som en positiv effekt av att det digitala vårdcentraler i dagens samhälle är det faktum att risken för smittspridning av ett virus vid vårdbesök, inte existerar då det inte sker några fysiska träffar. Detta är något som Respondent 1 (R1) nämner, även att effekterna av just digitala vårdbesök är tidseffektivitet och av relevans i en sådan situation. Enligt Coppola (2011) så görs begränsningar på två olika sätt, antingen strukturella- eller icke-strukturella. De åtgärder för begränsning som de digitala vårdcentralerna gjort, kan ses som icke-strukturella lösningar där fokuset är att ändra människors beteende. Istället för att hänvisa patienter till fysiska vårdcentraler görs uppmaningar att söka vård digitalt. Detta gör att man försöker ändra människans naturliga beteende, men på ett något enklare sätt än vad det tidigare kan ha behövt göras. Man kan ifrågasätta om pandemins utbrott skett under de år då digitala vårdcentraler inte fanns kanske förändringarna av processerna eventuellt kunde ha blivit större.

Mitigation-metoder är tidskrävande och kan vara kostsamma enligt Coppola (2011). Något som R3 nämner, är just det faktum att det är svårare eftersom de digitala vårdcentralerna inte funnits under en så lång tid. Själva planeringen för Mitigation-metoder är också en tidskrävande process nämner Coppola (2011), det kan därmed diskuteras om det bidrar till ett negativt eller positivt utfall. Som tidigare nämnt har de digitala vårdcentralerna haft fördelen att deras arbetssätt redan från början är en typ av begränsning av konsekvenserna i förhållande till den rådande pandemin. Även om de digitala vårdcentralerna inte funnits lika länge som fysiska vårdcentraler, kan man säga att de redan från start haft en fördel. Detta då deras arbete sker på distans i från patienten. Därmed har de kanske inte drabbats lika mycket av problem vid begränsningsåtgärder som exempelvis fysiska gör.

R2 som arbetar på en digital vårdcentral med en tillhörande fysisk enhet, har också använt sig av åtgärder för att begränsa konsekvenserna av pandemin. R2 gjorde likt R4 och tittade på hur agerandet vid svininfluensan såg ut, för att nu ta inspiration till deras svarande i den rådande pandemin. För att begränsa konsekvenserna av pandemin berättade R2 att de har infört en specifik korridor som patienter med misstanke om Covid-19 ska hålla sig till. Liknande begränsningsåtgärd gjorde även R3 där de använde sig av ett tält, specifikt till de patienter där misstankar om Covid-19 fanns. R3 berättar även att de har börjat arbeta mer digitalt på de fysiska enheterna. Lösningar bidrog till att de kunde minska riskerna för virus spridning som i sig är en stor risk för vårdcentralerna.

Gemensamt för de fyra respondenterna är att de arbetat för att minska smittspridningen genom begränsningsåtgärder fysiskt. Genom de digitala arbetssättet har de möjligheten att arbeta hemifrån. Både R2 och R3 berättar att arbete kan ske hemifrån med hjälp av en datorn från verksamheten. Som tidigare nämnt har de digitala vårdcentralerna och krisrådgivningsenheten fått inta ledande roller i den rådande pandemin. Genom att använda sig av begränsningsåtgärder, ökar chanserna för att hålla riskerna låga inom organisationerna. Detta bidrar till att de kan lägga fokus på att förbereda inför åtgärder inom arbetet med nya funktioner som svar på pandemin.

Genom empirin och analysen kan vi se att arbetet med Mitigation hos våra respondenter främst är applicerbar på de fysiska enheterna. Det finns avsaknad av Mitigation-arbete hos samtliga respondenter. Det går även att diskutera om Mitigation-fasen överhuvudtaget är av hög relevans för digitalt arbete med pandemin just som tidigare nämnt då Covid-19 är en smittsjukdom som sprids fysiskt. Samtidigt kan man ifrågasätta vad som hade hänt om verksamheterna fokuserat mer på begränsningsarbete. Hade det gjort någon skillnad för pandemins spridning eller påverkan inom verksamheterna? Det hade varit av intresse att undersöka vidare på hur verksamheterna upplever att begränsningsarbete hade kunnat påverka deras arbete positivt, negativt eller ingenting alls. Detta är något som eventuellt hade kunnat undersökas i framtiden.

## 5.2 Preparedness

Som tidigare nämnt i teorin om Disaster Management talar Coppola (2011) för att det inte är möjligt att endast genom Mitigation-fasens riktlinjer och åtgärder, eliminera begränsningarna för att kunna hantera en kris bättre. Mycket fokus måste även läggas vid förberedelser för att en eventuell katastrof ska inträffa. Coppola (2011) beskriver även att planering och förberedelsearbete är A och O för att kunna veta hur man ska agera i en katastrof. Detta för att minska på att sista minuten-lösningar görs vid Response-fasen (Coppola, 2011).

Trots att teorin säger att planering och förberedelse är högst väsentligt för att vara förberedd på en katastrof eller kris, verkar det inte som att någon av våra respondenter tillhörande de digitala vårdcentralerna gör detta. Samtliga digitala vårdcentraler medger att de inte har haft några direkta eller konkreta förberedelser inför krisen med Covid-19. Den insamlade empirin visar även på att respondenterna från de digitala vårdcentralerna upplevt att verksamheterna inte har varit beredda på en pandemi, men att de alla har hanterat krisen bra trots avsaknad av förberedelsearbete.

Samtidigt kan man fråga sig om det överhuvudtaget går att vara helt förberedd på en pandemi? Detta är något som två av våra respondenter tar upp avseendevärt. De menar på att hur mycket man än planerar och förbereder sig så kan man aldrig vara riktigt förberedd på en kris. Detta är även något som Coppola (2011) talar för i teorin. Coppola (2011) beskriver att alla kriser är unika i sig och att det därav kan vara svårt att definiera vad det exakt är som man ska förbereda sig på inom verksamheten. En kris kan slå olika hårt beroende på var och när den inträffar. Skulle detta kunna vara en av anledningarna till avsaknaden av Preparedness-arbete hos de digitala vårdcentralerna? Att förberedande arbete inte planeras då verksamheterna inte vet vad det egentligen är de borde förbereda?

Samtidigt talar Coppola (2011) för att även om alla kriser skiljer sig från varandra är det viktigt att försöka förbereda metoder för hur man kan tänkas agera när en katastrof väl slår till.

Har man förberedelser för vilka hjälpmedel som leder till effektivitet och ungefärliga ansvarsområden vid en krissituation så underlättar detta. Då förutsättningarna för att kunna göra katastrofen mer lätthanterlig anses öka enligt teorin. Utifrån den insamlade datan hade detta varit intressant att undersöka vidare på vad respondenterna tror avsaknaden av förberedelser egentligen grundar sig i.

En annan anledning till avsaknad av Preparedness-arbete hos de digitala vårdcentralerna skulle kunna vara att de är relativt nyetablerade på marknaden. I teorin skriver Jester et al. (2018) om hur man efter 1900-talets fyra stora pandemier har förstått vikten av att vara beredd på att nya stora pandemier kan komma att bryta ut. Relaterat till Jester et al. (2018) uttalande kan man ifrågasätta varför de digitala vårdcentralerna inte har förberett sig bättre på detta? Borde inte de digitala vårdcentralerna haft i åtanke att en kris i form av en pandemi är fullt möjlig att bryta ut? Ingen av respondenterna från vårdcentralerna säger att de har arbetat eller diskuterat detta. I teorin fortsätter Jester et al. (2018) att beskriva hur det idag finns ett glapp mellan förberedelser och motåtgärder inom sjukvården och att problemet grundas i att det tar lång tid att fullständiggöra Preparedness-planer. Här kan man ifrågasätta om avsaknaden av Preparedness-arbete inom de digitala vårdcentralerna kan bero på att hela fenomenet med att kunna söka digital vård, endast är cirka fem år gammalt. Som tidigare diskuterat i Mitigation-fasen skulle det kunna vara så att de digitala vårdcentralerna är så pass nyetablerade i samhället, att de inte har hunnit skapa förberedande krishanteringsplaner. Om teorin stämmer borde de fysiska vårdcentralerna ha större sannolikhet för att ha välutvecklade förberedelsemetoder och krishanteringsplaner då dessa har funnits i samhället i årtionden.

Till skillnad från hur de digitala vårdcentralerna saknar Preparedness-arbete för en eventuell kris har R4, respondenten från den svenska krisrådgivningsenheten framfört att de arbetar med Preparedness på flera olika sätt. Man kanske skulle kunna tycka att detta är en självklarhet då deras huvudsakliga syfte är att arbeta med kriser och information kring katastrofer. Men just på grund av detta tycker vi att deras arbete är relevant att diskutera. Man skulle eventuellt kunna se verksamheten som R4 arbetar på som en mall eller "förebild" för hur ett bra Preparedness-arbete för kriser borde se ut inom en verksamhet. R4 som arbetat heltid på krisrådgivningsenheten både innan och under Covid-19 uttrycker att de inte känner igen Disaster Management begreppet men när vi beskriver de olika delarna berättar R4 att det stämmer mycket bra in på hur dem arbetar med krishantering.

### Preparedness fem kategorier

I teorin om Disaster Management beskriver Coppola (2011) fem olika Preparedness-kategorier att arbeta med för att vara förberedd på en kris; Planering, Övning, Utbildning, Utrustning och Lagstadgande myndighet.

Respondenten (R4) från krisrådgivningsenheten, beskriver tydligt hur deras verksamhet arbetar med planering i form av att skapa och ge ut information om hur en kris kan komma att se ut. Detta både inom verksamheten men också till allmänheten. Krisrådgivningsenheten arbetar även med utbildning och övning, då de har interna förberedelseövningar om kriser där de diskuterar fram och tillbaka om hur man hanterar kriser på bästa möjliga sätt. Man skulle kunna spekulera i om detta är något som de digitala vårdcentralerna även borde arbeta med? Exempelvis att ha övningar för eventuella katastrofer som skulle kunna inträffa. Dock kanske resurser i form av tid och ekonomiskt kapital skulle kunna vara i vägen för detta? Även faktumet att de är just digitala gör att de kanske är svårare att genomföra övningar tillsammans. Detta är även något som teorin påvisar (Coppola, 2011). Som R3 nämner är det många anställda som

har de digitala vårdcentralerna som ett sidjobb vilket gör att det eventuellt kan bli svårt att hitta passande tider att göra detta på.

Vidare har samtliga respondenter från de digitala vårdcentralerna arbetat med utbildning i form av att de förberett fler inom sina fysiska enheter att arbeta mer digitalt. Detta är något som främst R3 talar om, hen uttrycker att flera inom den fysiska enheten har blivit nästintill tvingade att lära sig de digitala verktygen i form av chatt och videosamtal, för att förbereda sig på kris. När det kommer till utrustning och lagstadgade myndighet som Coppola (2011) tar upp som två av Preparedness-kategorierna, uttrycker R3 att de i förberedande syfte utbildar sin fysiska vårdpersonal i hantering av skyddsutrustning. Alla respondenter uppger att de lyssnar till lagstadgade myndighet för att få information kring vad det är som gäller under pandemin.

En annan faktor till varför respondenten från krisrådgivningsenheten (R4) upplever att de har haft ett tydligt förberedelsearbete är att de tidigt följde Kina och deras smitt- och sjukdomsutveckling innan Covid-19 intog Sverige. Som tidigare nämnt, inom Disaster Management berättar Coppola (2011) att man kan förbereda sig genom att titta på tidigare kriser. Detta är något som stämmer bra in på R4 beskrivning. Men värt att ha i åtanke är att precis som teorin säger, är alla kriser unika. Detta kan tänkas stämma in på Covid-19 smittspridningen, trots att det är samma kris fast inträffat i olika länder. Länderna tar emot krisen och hanterar den olika. Detta kanske skulle kunnat grundas i hur bra Mitigation- och Preparedness-arbete landet och dess verksamheter har. Det går dock inte att veta utan är endast något att spekulera i.

I teorin säger även Coppola (2011) att när en katastrof väl inträffar är det viktigt att ha förberett vem som ska ha vilken roll. Han säger även att vissa verksamheter och funktioner i samhället får en mer betydande roll för krisen än andra. Man skulle kunna tänka sig att de digitala vårdcentralerna blir som nyckelaktörer i den rådande pandemin oavsett om de vill eller inte. Detta då myndigheter har gått ut med att allmänheten ska undvika att gå till fysiska vårdcentraler i den mån det går. De digitala vårdcentralerna får alltså en viktig roll i pandemin och bör vara förberedda på att en högre anstormning eventuellt kommer att inträffa.

### Preparedness-arbete i rådande pandemi

Ovan har Preparedness-arbete främst diskuterats i form av att det görs innan en katastrof eller kris inträffar. Det går dock att diskutera om hur arbete med Preparedness-fasen även kan ske under en rådande kris, likt i Mitigation nämnt ovan. Mitt uppe i pandemin beskriver R4 från krisrådgivningsenheten att de har fått anställa mer än dubbelt så många som tidigare, för att kunna hantera krisen och förbereda sig för att den skall bli ännu större. Även respondenter från de digitala vårdcentralerna berättar hur de förbereder sig för en större kris. Respondent 3 uttrycker att de började arbeta med förberedelsearbete under krisen, då de förväntade sig en ännu högre anstormning än vad de hade just då. Deras förberedelsearbete var bland annat att de började se över patientflöden i det digitala och de fysiska enheterna, för att se vilka patienter som kunde omdirigeras. De andra respondenterna berättar även att de har fått utbilda fler på de fysiska enheterna för att kunna ta emot fler patienter digitalt. En annan förberedelsemetod som skedde under själva krisen var att de fysiska enheterna omstrukturerade sina fysiska miljöer för att kunna förbereda sig för en mer kraftig pandemi.

Samtidigt kan man diskutera om de två olika faserna, Mitigation och Preparedness i praktiken i detta fall borde vara en enda fas, då de precis som de andra faserna går ihop mycket med varandra. Att begränsa sig mitt i en aktuell kris för att vara förberedd på att krisen skall

eskalera och bli värre, är även det ett sorts Preparedness-arbete. Även om Mitigation-fasen främst handlar om att begränsa sig för att en kris inte ska inträffa så skulle man kunna säga att det är ett sorts förberedelsearbete.

### 5.3 Response

Den fas som vi just nu befinner oss i, i aktuell pandemi, är Response. Enligt Coppola (2011) är detta den mest komplexa fasen av de alla fyra då ett svarstagande görs mitt i en katastrof. Lite tid finns därav ofta till för att noggrant se över situationen och många lösningar ska genereras under eventuell stress. Som nämnt ovan grundar sig metoderna i faserna på det arbete som har gjorts i tidigare faser. Desto mer information kring tidigare pandemier som digitala vårdcentraler besitter, samt ju bättre förberedningsarbete dessa har utfört, desto lättare bör det vara för dem att vara effektiva i agerandet i Covid-19 pandemin. Viktigt att ha i åtanke är att vi anser att Response i aktuell pandemi kan ske både från verksamheten men också från samhällets håll. Indirekt blir verksamheternas Response påverkat av hur samhället svarar på krisen enligt oss.

De tre respondenterna som arbetar på digitala vårdcentraler som intervjuats beskriver att många sista minuten-lösningar har utträttats. Detta är kanske inte det mest optimala sett till vad teorin säger om vikten kring Mitigation och Preparedness. Coppola (2011) nämner däremot att sista minuten-lösningar trots allt, kan vara en åtgärd att vidta när väl en katastrof har inträffat. Att snabbt kunna agera och ställa om i en kris, trots brist på förberedande, kan vara den avgörande skillnaden på huruvida människor klarar sig eller inte. Som både R1 och R2 nämner är det svårt att vara förberedda på allt som kommer med en pandemi. Detta har bidragit till att samtliga respondenter istället har fått ställa om snabbt efter inträffandet och enligt dem har situationen trots det hanteras effektivt. Jester et al. (2018) skriver dock att en pandemiplan egentligen är ytterst viktig att ha. R1 nämner själv att fastän dessa har tagit sista minuten-lösningar, tillkommer det självklart risker med att inte ha en krisplan. Att använda sig av sista minuten-lösningar kan alltså diskuteras, men i våra respondenternas fall så verkar det ha fungerat bra utifrån vad de och deras verksamheter upplever.

#### Digitala fördelar i svarsarbetet för en pandemi

Som R1 nämner kan det vara en avgörande fördel i sig att vara digital när en sjukdomssmitta börjar spridas mellan människor. Många fysiska verksamheter stänger ner i försök till att begränsa sjukdomen. Digitala vårdcentraler arbetar istället för att fler ska kunna söka vård hos dem. Samtliga respondenter från de digitala vårdcentralerna pratade om att nya guider och symptomkoller för oroliga patienter har skapats som ett svar till pandemin. De nya guiderna grundade på pandemin, framställs som en av de främsta åtgärderna i Response-arbetet. Detta har självklart gjorts efter katastrofens inträffande och som en snabb omställning, men att patienter nu kan svara på frågor kring eventuella Covid-19 symptom är ett exempel på effektiva sista-minuten lösningar. R3 nämner även att de har fått svara på pandemin genom att ställa frågan till en patienten, om de upplever Covid-19 symptom oavsett vårdbesök. Detta då det kan vara en relevant faktor i patientens triage.

R2 förklarade att ett problem som ibland uppstår kring mallarna hos dem är att dessa inte fylls i korrekt och att ett extra arbete ändå behöver utövas. Hos R2 är det digitala konceptet med frågeformulär relativt nytt. Kanske hade det varit så att om deras patienter hade kunnat

använda sig av systemet en längre tid innan Covid-19 slog till, så hade människor haft mer förståelse kring vad som förväntas i svarsformulären. R1 och R3, som har varit digitala en längre tid uttryckte inga problem kring sina frågeformulär.

En annan eventuell fördel med att redan vara digital i ett samhälle där en pandemi härjar, är att trycket på fysiska vårdenheter kan minskas om allt fler vänder sig till den digitala vården. Både R1 och R2 nämner i sina intervjuer att med hjälp av digitala vårdtjänster kan flera personer hjälpas samtidigt och tidseffektiviteten för varje patientmöte ökar. Att patienter kan bemötas med nya metoder och att fler personer kan tas emot på kortare tid menar R3 kan leda till ett minskat tryck på den fysiska primärvården. Hälsa- och vårdfaciliteter som i en normal vardag är viktiga, blir i en krissituation extra viktiga, förklarar Coppola (2011). Det är inte konstigt att trycket ökar när många människor söker vård, speciellt inte med Covid-19 där även oron hos befolkningen ökar. En tanke som slår oss författare är att trots ökat tryck på digitala vårdenheter nämner våra respondenter att inga problem kring överbelastning av system och arbete har uppstått. Kan detta bero på att kapaciteten för ett lämpligt arbete med en pandemi redan finns, trots avsaknad av Mitigation- och Preparedness-arbete, eller är detta helt enkelt en slump?

De tre respondenterna på digitala vårdcentraler nämnde alla i sina intervjuer att patienter på fysiska vårdcentraler som söker vård för fysiska besvär, kan hamna i skymundan av patienter som endast har enklare frågor eller vill ha förnyade recept. Detta kan även appliceras på situationen som vi är i just nu där många söker vård i tron om att de har Covid-19 symptom, där personer med andra sjukdomar hamnar i skymundan. Coppola (2011) nämner även detta i sin bok, att fastän ett krisläge har uppstått så är det viktigt att komma ihåg att så kallade "vanliga sjukdomar" inte försvinner, utan att nya läggs till. I ett Response-arbete är det alltså viktigt att människor inte glöms bort bara för att vardagen inte ser likadan ut som den brukar. Det kan diskuteras om att vårdenheter ska kunna arbeta på samma sätt i en kris, fast med uppgraderade metoder. Våra respondenter var alla eniga i att på digitala vårdcentraler kan människor med enklare besvär, har orosfrågor eller de som inte är i behov av fysisk vård få snabb hjälp. Detta hjälper både i avlastningssyfte och minskad press på den fysiska primärvården, men även så att människor i behov av fysisk vård prioriteras.

Något som våra respondenter inte nämner är hur de i sin kris- och katastrofhantering, arbetar för att inkludera alla individer i ett samhälle när en kris uppstår. Det kan ses som en nackdel när ett samhälle går mer mot det digitala då klyftor kan uppstå mellan människor som besitter kunskap om de digitala användandet gentemot människor som inte besitter det. Trots att våra respondenter nämner att det ämnar för att minska trycket på den fysiska vården, så behöver det även diskuteras om alla verkligen kan söka digital vård. Information och hjälp kan exempelvis erbjudas på många olika språk och anpassas för människor i olika åldrar, för att inte exkluderande av vårdsökande ska råka göras. Våra respondenter har möjligtvis dessa alternativ i sina vårdtjänster, men nämner inte det som ett Response-arbete i katastroftider.

En ytterligare potentiell fördel med att redan vara en digital vårdcentral när en pandemi slår till, är enligt våra respondenter, att just fler kan söka sig till vården på grund av orosfrågor som uppstår i en katastrof. Coppola (2011) förklarar att det i en katastrofsituation är viktigt att förstå hur människors psykiska mående påverkas. I spåren av Covid-19 förlorar människor anhöriga, arbete och bostad. Dessutom finns det en oro över att bli smittad och sjuk. R1 och R3 berättar båda två att många kontaktar dem på grund av oro och frågor utöver de vanliga vårdrelaterade ärendena. De nämner ordet rådgivningsfunktion, och menar att dem under den senaste tiden har fått agera mer som en sådan. Även R2 berättar att psykologiska samtal och

terapi idag görs digitalt hos dem. Coppola (2011) skriver även att om inte rätt hjälp ges till personer som söker hjälp för psykiska besvär, är det en större risk för att människor hamnar i en depression och destruktiva tankar. Genom att anpassa sina företag och anställa psykologer, samt ge plats till människor som kanske inte "får plats" i den fysiska vården just nu, kan eventuellt fler personer hjälpas. På så sätt skulle man kunna säga att våra respondenter möter den efterfrågan som finns i samhället just nu, samt att de har fått en ny roll. Det går vidare att diskutera om de digitala vårdcentralerna var beredda på den ökningen.

Det är självklart även en fördel att många arbetandes med digitala verktyg redan vet hur arbete hemifrån går till. I Covid-19 pandemin har allt fler i samhället fått vänja sig vid distansarbete och användandet av digitala verktyg. Detta mycket i begränsningssyfte, då målet är att så få som möjligt ska bli drabbade av viruset. Som nämnt innan finns metoder i Response-fasen för hur begränsningsarbete väl efter ett katastrofinträffade kan se ut. Både Coppola (2011) och Whybark (2015) ger olika exempel på hur konsekvenserna för en katastrof kan minskas, och en av dessa är just sista minuten-lösningar som en snabb omställning.

R2 och R3 påpekar båda att Covid-19 mer eller mindre har påskyndat och på ett sätt tvingat igång det digitala arbetet hos de anställda som innan pandemin inte varit insatta i företagets digitala funktioner. Detta kan även ses som ett exempel på att beteendeförändringar ibland måste genereras i en krissituation, vilket Coppola (2011) pratar om i Mitigation-fasen.

Enligt Whybark (2015) uppstår ofta press, mycket stress och tidsbrist i Response-fasen och att det därför kan vara svårt med effektivt arbete när väl en katastrof har inträffat. Våra respondenter arbetandes på digitala vårdcentraler har dock inte upplevt den stress och press som många vårdenheter i landet verkar ha, och de alla menar på att detta antagligen beror på fördelarna som kommer med att vara digitala redan från början. Däremot har respondenternas tillhörande fysiska vårdcentraler fått genomgå en del drastiska förändringar.

Jester et al. (2018) pratar i sin artikel om att en utförlig pandemiplan är väldigt viktig att ha hos sjukvårdsenheter. Våra respondenter har som nämnt ovan försökt begränsa smittan på sina fysiska vårdcentraler, genom att som R3 nämner exempelvis ha tält utanför mottagningen osv. I denna specifika situationen så känns det dock som att respondenternas planer och agerande främst har handlat om att lägga om den fysiska verksamheten till det digitala, och att detta på så sätt har tvingat fram en effektivisering av verksamheterna. Detta är något som vi författar inte hade i åtanke innan påbörjat arbete, men som vi nu har fått en bättre förståelse för efter insamlad empiri.

## Informationsspridning

Coppola (2011) samt Henrich & Holmes (2011) skriver om vikten av att människor i en kris- och katastrofsituation får rätt information. Även fast det i Response-fasen är svårare att kommunicera med varandra, då många människor är upptagna med att reagera på vad som händer, är det livsviktigt, enligt både Coppola (2011) och Henrich & Holmes (2011) att detta görs. Våra respondenter på digitala vårdcentraler, förklarar att de får information om hur situationen ska hanteras genom att själva leta efter denna. Precis som den enskilda individen så är det upp till var och en hur mycket man läser på om Covid-19 och hur mycket man väljer att lyssna på det som sägs.

Idag har vi ett flertal olika myndigheter och regionverksamheter som går ut med information, beroende på var i landet man bor. Data kring vad som har hänt och vad som behöver göras, är enligt Coppola (2011) ett måste att samla in, men denna ska även rapporteras ut till folket så effektivt som möjligt. Krisrådgivningsenheten som R4 arbetar på, samlar in information från olika myndigheter för att sedan via sociala medier samt webbplats dela denna informationen till allmänheten. Genom att använda olika sorters digitala kanaler, kan R4 hjälpa människor att lättare lära sig om situationen vi är i. För R4 är det även viktigt att de i tider som dessa letar upp och rättar felaktig fakta, så att inte oro och förvirring behöver spridas i onödan.

Enligt Austin et al. (2012) ökar människors användning av digitala plattformar i samband med en kris. Detta kan ges sig uttryck i ett större användande av sociala medier hos befolkningen, men det kan även gå att applicera på våra digitala vårdcentraler som i Covid-19 har fått agera som rådgivningscentraler utöver det vanliga. R1 och R3, som nämnt ovan, ser båda en ökning i orosfrågor hos patienter som söker sig till deras vårdcentraler och har därför fått anpassa verksamheten efter det som efterfrågas. R1 gav som exempel att de bland annat har publicerat artiklar och beskrivningar om Covid-19, så att patienter lättare ska kunna hitta information och få svar på sina frågor. Det går att diskutera att när människor redan använder sig av digitala plattformar, är det även där de letar efter information kring det som händer i en kris. På så sätt har många hittat den digitala vården, då det kan kännas lugnande att få prata och ställa frågor till läkare och sjuksköterskor online.

Informationsspridningen internt inom en organisation kan även vara ett problem vid en katastrof, då det som tidigare nämnt är svårare med effektiv kommunikation när många människor reagerar på krisen samtidigt. R3 berättar att det för dem har varit svårt med informationsspridning främst för att situationen ändras från dag till dag, men även för att verksamheten är stort och många anställda ska nås. R2 förklarar att de varje morgon har ett möte för att tillsammans gå igenom hur läget är just, nu så att alla är med på vad som ska göras. R3 säger att det hade varit enklare att utföra om dem hade haft effektivare digitala lösningar för intern informationsspridning. Ett exempel på detta hade kunnat vara ett internt användande av sociala medier då detta är ett effektivt kommunikationsverktyg för informationsspridning (Austin et al. 2012).

### Framtiden för digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheten

Som tidigare nämnt påverkar samhällets svar på pandemin hur de digitala vårdcentralerna agerar i Response-fasen. Bland annat så söker sig fler till digitala vårdcentraler som ett resultat av pandemin och beteenden i samhället ändras. De digitala vårdcentralerna har sedan start arbetat med digitala verktyg, som just nu har fått en större plats i samhället på grund av Covid-19. De upplever att de länge har tagit vara på det positiva som kommer med arbetssättet. Det som dock kan vara viktigt att diskutera är att även fast den digitala fördelen redan finns hos digitala vårdcentraler, nämner våra respondenter att den fysiska vårdcentralen är en viktig del för dem att ha. R3 hoppas att de i framtiden ska ha flera fysiska vårdcentraler på flera platser i landet, och R1 nämner att det just nu kan ses som något negativt att de inte alltid "äger patientens hela resa".

Om de nu ämnar för att ha fler fysiska enheter, så borde det kanske ses som viktigt att de faktiskt lägger mer fokus på kris- och katastrofhantering inför eventuella framtida katastrofer. Vi tror inte att de endast kan förlita sig på det digitala vid sjukdomsspridning. Trots att det



uppenbarligen inte har behövts göras mycket förberedande arbete hos det digitala enheterna i just denna katastrof, kan det kanske bli så att det är dessa funktioner som påverkas i nästa. En enhetlig kris- och katastrofplan för alla funktioner i verksamheten, fysiska som digitala, kan därför vara att rekommendera. Då detta är den första stora katastrofen som sker i ett samhälle med digitala vårdcentraler, så kan denna pandemi ses som ett första test.

I framtiden skulle de digitala vårdcentralerna kunna ta lärdom av denna kris och hur deras krishantering använts för att vara förberedda på en ny kris, precis som Coppola (2011) säger. Trots att deras Response-arbete verkar ha fungerat, så finns det antagligen en hel del lärdomar att ta vara på av krisen som uppstått när digitala vårdcentraler existerat.

## 5.4 Social-Mediated Crisis Communication

För att sprida viktig information i en kris är sociala medier en typ av kommunikationskanal som kan användas (Coppola, 2011). R4 som arbetar på en krisrådgivningsenhet med uppgift om att sprida information om kriser och risker, beskrev deras användande av sociala medier. R4 berättade att en av de främsta kommunikationskanalerna som de använder för att sprida information om den rådande pandemin, är sociala medier.

Social-Mediated Crisis Communication Model, som tidigare nämnt, är en modell som tar hänsyn till tvåvägskommunikation för krisinformationsspridning (Austin et al. 2012), och beskriver kommunikationen mellan allmänheten och en organisation. Enligt modellen är digitala informationskällor ett snabbt sätt att sprida information på (Austin et al. 2012). Detta är något som R4 bekräftar att de upplever som en av fördelarna med social media. Att de kan sprida informationen på ett effektivt och snabbt sätt. R4 berättar vidare att de samlar information från olika myndigheter med bekräftad information som de sedan sprider med hjälp av sociala medier. Detta är också något som i teorin nämns som en viktigt del, att allmänheten får rätt information vid en kris (Austin et al. 2012).

I detta sammanhang kan krisrådgivningsenheten ses som en aktör i gruppen Influential Social Media Creators, som är en av de tre grupperna som presenteras i Social-Mediatet Crisis Communication modellen. Enligt R4 tar krisrådgivningsenheten emot information som skapas av Sveriges myndigheter och sedan sammanställer informationen för att förmedla vidare. De som sedan konsumerar informationen från Influential Social Media Creators är gruppen Social Media Followers, som här blir allmänheten som använder sig av sociala medier. Det kan även diskuteras om att krisrådgivningsenheten inte helt tillhör gruppen Influential Social Media Creators då det inte är de som sammanställt informationen från start. Men då en av gruppens viktiga områden är att just ta fram information vid kriser så är det högst relevant till enhetens syfte.

Den sista gruppen som Austin et al. (2012) beskriver är Social Media Inactives. Det är de som är inaktiva på sociala medier vilket vi som författare förväntade oss skulle vara den äldre generationen. Utifrån R4s demografi (Se Appendix E) visade det sig dock vara så att den största delen av befolkningen som de nådde ut till, var den äldre generationen. Något som vi författare inte hade förutsett. Det skulle kunna gå att diskutera huruvida det snarare är den yngre generationen som använder sig av sociala medier i underhållande syfte. Och att det kanske är därav främst den äldre generationen som tar del av krisinformation via sociala medier. Detta är dock ingenting vi vet utan endast kan spekulera i.

Enligt Austin et al. (2012) kan en organisation utforma sin krisinformationsspridning på olika sätt med hjälp av olika premisser. Message Form är en premiss som syftar till definiering och beslut om vilket typ av digitalt verktyg som ska användas för informationsspridningen. Krisrådgivningsenheten använder, enligt R4, både sociala medier och sin webbsida. I teorin visar forskning på att digitala medier inte anses vara lika trovärdiga som traditionella medier såsom tidningsskrifter (Utz et al. 2013). Trots detta arbetar krisrådgivningsenheten med digitala medier för att sprida krisinformation, vilket är en form av spridning som kan anses anpassa dagens samhälle bättre än huvudsakligen de traditionella.

Sociala medier modellen går även att applicera på våra respondenters digitala vårdcentraler. I vår insamlade empiri nämner ingen av respondenterna att de använder sig utav sociala medier för att sprida information om Pandemin. Vi har även undersökt detta själva genom att besöka de olika respondenternas sociala medier profiler och ser att användningen av dessa inom företagen inte är speciellt stora. Vi författare reflekterar över om det eventuellt hade varit till fördel för de digitala vårdcentralerna att använda sig mer utav sina sociala kanaler för krisrådgivning. Då vi tidigare diskuterat att respondenterna tagit en ny roll gällande att agera mer rådgivande när andra rådgivningsenheten blir överbelastade i samband med pandemin. Detta är dock inget vi vet utan endast något vi reflekterat över.

R4 motiverade som tidigare nämnt, att sociala medier gör det möjligt för dem att sprida informationen snabbt. Detta kan vara en övervägande fördel som gör att användande av sociala medier är det främsta sättet. R4 beskrev även att det möjliggör krisrådgivningsenheten att kunna anpassa korta budskap utefter efterfrågan från allmänheten. Detta hade antagligen inte gått att göra på samma med hjälp av exempelvis traditionella tidningsskrifter då dessa genomgår en längre process för publicering. Något som däremot kan ses som en nackdel med den snabba processen för att sprida information, är att även falsk och obekräftat information kan spridas lättare, enligt R4 som vi tidigare nämn i Response-fasen.

I diskussionen som tidigare har gjorts krig Disaster Managements olika faser påvisades det att det digitala arbetssättet som vårdcentralerna hade, var en positiv fördel i denna pandemi. Det samma kan det diskuteras för krisrådgivningsenheten. Då de sprider sin information via sina digitala verktyg som sociala medier kan de konstant och ständigt skicka ut information direkt, istället för genomgå en publiceringsprocess som exempelvis vid tidningsskrifter. Det underlättar inte bara för enheten utan även för allmänheten då de digitala tvåvägskommunikationen gör att varje individ kan få tillgång till information direkt i realtid när informationen publiceras.

Enligt Austin et al. (2012) blir fler aktiva på digitala plattformar vid kriser, detta stödjer även R4s beskrivning av åhörarna till deras sociala medier. Enligt deras demografi och statistik visades ökad användning under pandemins start. Statistiken i sig visar antal användare men kan kritiseras då det är möjligt att enhetens aktivitet på sociala medier eventuellt inte var i lika hög grad som i dagsläget, innan pandemins start. Teorin om att fler bli aktiva i en kris går även att applicera på digitala vårdcentraler då många nu har börjat söka sig dit. Det går dock att ifrågasätta om detta beror på de restriktioner som finns om att inte gå till fysiska vårdcentraler eller om det är för att allmänheten faktiskt vill söka sig dit.

## 5.5 Framtida och vidare forskning

Det finns utrymme för framtida studier och forskning för att undersöka vårt berörda ämne ytterligare. Man skulle bland annat kunna använda sig utav den insamlade empirin för att vidareutveckla och djupdyka mer i vad den faktiska avsaknaden av Mitigation- och Preparedness-arbete beror på inom de digitala vårdcentralerna. Det hade varit av intresse att genomföra nya intervjuer där man ifrågasätter vad verksamheterna själva säger om avsaknaden av arbete relaterat till Disaster Management. I denna studie har vi endast gjort en reflektion och diskussion kring vad vi tror det kan bero på. Fortsättningsvis, hade man kunnat undersöka över verksamheterna själva upplever att, eller om, de borde ha arbetat mer med begränsnings- och förberedelsearbete inför kriser och katastrofer. Handlar det om att det digitala arbetssättet inte behöver krishantering i en pandemi? Eller upplever de att det snarare är en fråga om tid och ekonomiska resurser, likt det beskrivs i teorin? Enligt oss hade det även varit intressant att undersöka vidare och ifrågasätta om teorin Disaster Management verkligen är relevant för alla typer av verksamheter. Är vissa mer eller mindre lämpade? När det gäller krisinformation via Social-Mediated Crisis Communication Model hade det varit av intresse att eventuellt se närmre på hur digitala vårdcentraler hade kunnat arbeta mer med detta, likt krisrådgivningsenheten gör.

## 6 Slutsats

Syftet med denna uppsats var att se huruvida digitala vårdcentraler och en krisrådgivningsenhet arbetar med kris- och katastrofhantering samt digitala verktyg, i starten av en pandemi. Utifrån den insamlade empirin och det analyserade materialet, fann vi att det finns en stor avsaknad av arbete i Mitigation- och Preparedness-faserna, för de digitala vårdcentralerna. Trots detta har verksamheterna haft ett effektivt arbete i Response-fasen av pandemin, relaterat till Disaster Management modellen. Avsaknaden av kris- och katastrofhantering kan utifrån diskussionen bero på att fenomenet digital vård, är ny-etablerat i samhället och att de digitala vårdcentralerna därav inte har skapat krishanteringsplaner ännu. Det kan även bero på det faktum att något större behov av begränsnings- och förberedelsearbete faktiskt inte verkar ha funnits, då deras digitala arbetssätt och digitala verktyg varit högst nödvändigt i pandemin Covid-19.

Krisrådgivningsenhetens arbete med de tre aktuella faserna av Disaster Management cykeln har varit välarbetat. Detta med hjälp av sina digitala verktyg såsom sina sociala medier kanaler. Slutsatser kan även dras om att deras användande av sociala medier i Response-fasen för krisinformationsspridning, har varit effektivt utifrån hur de nämns i teorin. Det har gett dem möjlighet till snabbt informationsspridning och bidragit till effektiv kris- och katastrofhantering i samband pandemin.

Samhällets svar på pandemin ger som uttryckt ett ökat behov av digitala verktyg och funktioner. Detta medför att fler digitala verksamheter efterfrågas. Vi kan även utläsa att det främst är de digitala vårdcentralernas fysiska enheter som behövt arbeta med Disaster Managements olika faser i den rådande pandemin samt påverkats av krisens negativa effekter. Givet att de digitala vårdcentralerna redan från start arbetat digitalt uppstår inget betydande förändringsarbete som ett svar till Covid-19. Därav kan vi belysa hur det digitala arbetssättet i denna situationen inte påverkas negativt utan snarare gynnas.

I framtiden kan digitala vårdcentraler och krisrådgivningsenheten eventuellt ta lärdom av, samt reflektera över, arbetet med kris- och katastrofhantering vid pandemin Covid-19. Avsaknaden av de första faserna i Disaster Management upplevs enligt respondenterna fungerat i denna katastrof. Det är dock av stor vikt att poängtera att alla katastrofer är unika och att det digitala arbetssättet och kanske inte alltid kommer att gynnas. I detta fall har det fungerat då pandemin krävde ett ökat digitalt användande av digitala verktyg. Våra respondenter bör inte förlita sig på att i framtiden kunna hantera eventuella kriser utan begränsnings- och förberedelsemetoder.

# Appendix

## Appendix A

Intervjuare: Linn Olsson och Johanna Elmér  
Respondent R1, Digital vårdcentral 1

*Intervju genomförd via Google hangout torsdagen den 9/4 - 2020. På grund av att intervju genomfördes digitalt, försvann och/eller hörs vissa ord dåligt under inspelningen.*

Person		Kod	#
R1	Goddag.		1
JE	Hej, Johanna och Linn här.		2
R1	Hej, hej, hej.		3
JE	Hör du oss bra?		4
R1	Jag hör, jag har hörlurar och det brukar räcka.		5
JE	Jaja, vad bra.		6
R1	Jag jobbar hemma förstår ni, då är man inlåst i sitt eget sovrum när man har barn haha.		7
JE	Ja, det är så nu i Corona-tider.		8
R1	Det är så i corona-tider, det är alltid så, jag är inlåst i vilket fall som helst men extra mycket nu haha.		9
JE	Ja haha.		10
R1	Ska vi se nu..		11
JE	Ja, du behöver inte ha video om inte du vill.		12
R1	Haha, nej jag förstår, jag skrämde er, jag tar bort den.		13
JE	Haha, du skrämde oss, haha.		14
JE	Ja, ska vi köra igång direkt då?		15
R1	Ja, men det är väl lika bra.		16
JE	Ja, vi är då några studenter, Linn och Johanna, från Lunds universitet som pluggar systemvetenskap och ska skriva vårt		17

	examensarbete nu. Och det kommer handla om digitala verktyg på digitala vårdcentraler i start av en pandemi.		
LO	Ja, och samt krishantering nu i, ja nu i en pandemi.		18
JE	Coronapandemin 2020.		19
R1	Ja, vi har väl hamnat där nu.		20

JE	Precis, yes.		21
R1	Men håller linjen ändå, eller har ni har tänkt att ta ett större fokus mot corona?		22
JE	Alltså det kommer främst att vara om krisen, digitala vårdcentraler, digitala verktyg, men vi kommer in på krishantering och pandemin.		23
LO	Ja, även krishantering och då det just nu är en pandemi, så det blir ja..		24
R1	Ja, men vi kör tjejer.		25
LO	Jaa.		26
R1	Då kan ni få ställa frågor, jag försöker besvara efterhand naturligtvis, eller var vi hamnar någonstans.		27
JE	Ja, vi skulle återigen säga det också att vi spelar in samtalet och att du kommer att vara anonym med.		28
R1	Vad ska ni använda det till?		29
LO	Ja, du kommer att vara en anonym källa.		30
JE	Det blir ett underlag till hur digitala vårdcentraler fungerar.		31
LO	Och sen så är det ju då till vårt examensarbete		32
R1	Det är jag med på. Men inspelningen?		33
JE	Inspelningen är bara för transkribering för intervjun så att vi ja, minnet, så att vi kan transkribera det och använda som underlag.		34
LO	Och sen, om det är någon fråga du inte vill svara på eller inte kan svara på så får du absolut avvika från det.		35
R1	Det var snällt.		36
JE	Ja haha.		37
R1	Ni pluggar inte på polishögskolan? Haha		38

LO	Haha nä, men det hade ändå varit coolt.		39
JE	Yes, ska vi börja med första?		40
R1	Absolut.		41

LO	Vi kan börja med vad din roll på företaget är just nu, din befattning?		42
R1	Ja, jag är medicinsk chef, CMO heter det numera internationellt, men medicinsk chef är titeln som jag har nu.	VE	43
JE	Har du alltid jobbat som det eller vad har du jobbat som tidigare?		44
LO	Ja, vad har du för bakgrund i övrigt?		45
R1	Bakgrund i övrigt är att jag är allt man kan vara inom sjukvården. Från vårdbiträde till undersköterska, till skötare, till sjuksköterska, till specialist i internmedicin, till specialist i blodsjukdomar, så att det är i min bakgrund så kan man säga att jag har inom hela mitt liv jobbat inom svensk sjukvård i andra avseenden. Som läkare, och haft en hel del olika verksamhetschefs-områden på sjukhus och kliniker. Det blev lite för stort sagt, ta tillbaka det där med sjukhus haha. Nu skulle jag imponera på er att jag hade haft det en sommar när jag var lite ansvarig ett tag där. Nej glöm det. Nej lite olika sådana ledarpositioner, skulle man också kunna säga faktiskt. Men jag har jobbat med, ja hela livet, med sjukvården och läkare och hoppade på detta bolaget, det startade 2013, [företagsnamnet], och den som startade detta är en kollega till mig som kom som AT-läkare först till den kliniken eller sjukhuset som jag var på och han kom då med en liten annan infallsvinkel, han är, han kom ifrån datavärlden för x antal år sedan, men i det, där bestämde han sig för att läsa till läkare helt plötsligt, men med den bakgrunden att han kom in med en liten annan syn på hur sjukvården fungerar, eller vad är det som inte fungerar. Varför går det inte att effektivisera det? Varför skenar kostnaderna iväg, men produktionen ökar inte? Och där någonstans tittade han med andra ögon än vad jag själv någonsin har gjort, man har levt hela sitt liv i ett system, så då är det svårt att titta utanför boxen. Och det var egentligen så att det började med att han startade något som hette urin.se för urinvägsbesvär, digitalt på det sättet att det bestämdes redan från början att skulle det bli effektivt så måste patienterna bli mer involverade, det tar, tid försvinner i det fysisk mötet att det bara, inte bara tiden du ska ta dig dit utan även i det faktiska mötet, där en nyckel är kan man säga att du har dina 15-20 minuter som en läkare, och det är lika lång tid som patienten har, och då ska vi sitta där och försöka bena ut allting som går, om det är enskilda besvär, men oftast är där massor av frågor runtomkring som vi behöver få samla ihopa helheten av, och det gör att man riskerar att tappa tid till det som kanske hade givit mer värde för patienten. Så att bara	VE	46

	genom att så enkelt att be patienten att själv besvara mycket av de här anamnes frågorna så vinner vi ju tid bara där naturligtvis. Det är det enklaste utgångsläget. Och sen snabbt in på nästa del att behöver tiden vara fast på de här 15 minuterna egentligen? Om man på ett smart sätt kan fokusera på att rätt information kommer fram, att patienten är delaktig och läkaren får rätt underlag för att kunna kommunicera vidare. Behöver det ens vara en dubbel tid? Nä, det kom vi på, att behövs ju inte.		
JE	Har ni en tidsbegränsad, alltså, tid som patienterna kan få när ni har digitalt besök hos er, eller är det beroende på hur länge man behöver?		47
R1	Nä, det är helt fritt, utan om du söker för urinvägsbesvär så kommer du att få besvara frågor. I de frågor som du besvarar så kommer den datan att dra slutsatser om så att säga vart hen det lutar, om vilka riskfaktorer etc. Och sen trillar du ner i ett väntrum och där kommer en läkare att ta hand om dig och då tittar jag på vart du står och sen så kanske jag, eller sannolikt så säger jag "goddag goddag" och så ställer jag någon motfråga till exempel. Och sen trillar bollen tillbaka till dig, och sen kan du besvara den frågan när du vill i princip, för jag är inte tidsberoende. Jag sitter inte där och då utan det är just när det passar patienten bäst att svara på frågan.	VE	48
JE	Ja, okej.		49
R1	Och där ligger själva nyckeln till den absoluta effektiviseringen. Det kan man inte alltid göra, och då får man ha video eller då får man ringa telefon eller så får man säga från början att du kommer behöva undersökas fysiskt och då är det vår uppgift att hjälpa dig att komma till det ställe. Behövs video eller telefon så är det inga problem, för det finns ju in vårt system. Vi ser ju att den totala optimeringen i effektivitet är att vi ser hur 90-95% av våra patienter kan man utan bekymmer handlägga på medicinskt rätt sätt genom att bara kommunicera. Och det bygger ju på att vi har en modell där vi samlar datan innan så att säga, vi har alla förutsättningar.	VE	50
JE	Då kommer vi in lite på nästa fråga och det är vad är den största skillnaden mellan er och en fysisk vårdcentral om man bortser då just från det digitala och att man mer kollar på vårdköer, snabbare hjälp osv, vad är de största skillnaderna?		51
R1	Oss och en vårdcentral?		52
JE	För er och en fysisk vårdcentral ja.		53
R1	Mm, jag skulle vilja säga att det är två delar. Den ena är då naturligtvis rent vad kan man handlägga digitalt och inte. Idag är det så här att är du på en fysisk vårdcentral så är det ju vissa patienter som man inte kan ta digitalt, för att man måste till exempel lyssna på ett hjärta eller lyssna på lungorna.	VE	54



JE	Ja, såklart.		55
R1	Ja, så det är väl just det att det fysiska mötet kan behövas som man inte kan göra digitalt. Annars skulle jag säga att den stora skillnaden i övrigt är då att i det digitala så är du inte begränsad då till de här tidsslåtterna som finns på en vårdcentral. Den halvtimmen, den kvarten, den halvtimmen, den pausen, den 15-minutaren, den är ju utsuddad så att mottagningskapaciteten är ju, asså vad ska man säga, den är ju en faktor 10 om man säger så bara för att slänga ut sig någonting, men där är ju inte begränsningar på samma sätt utan en digital vårdcentral jämfört med en fysisk är ju att du kan ta oändligt med patienter.	VE	56
LO	Precis, ja.		57
JE	Så det blir både effektivare för patienterna men också för er för att ni är också mer..		58
LO	Ja, för båda sidorna.		59

R1	Ja, och det innebär ju att rimligen då, att de patienterna som absolut måste träffas i en fysisk kontext gör ju att du har chans att kanske få mer tid för att göra det också, att det blir bättre möjligheter för de besöken, och övriga flyttas bort som kan handläggas digitalt i första hand.	VE	60
LO	Ja, det är ju klart.		61
JE	Är det snabbare vårdtider, från att man söker vård till att man får hjälp, är det snabbare digitalt än att söka på en vanlig fysisk?		62
R1	Ja, det är väl onekligen att man säger att det ändå handlar om minuter innan du kommer i kontakt med en behandlare digitalt, så det kan jämföras med att försöka komma i kontakt med en vårdcentral.	VE	63
JE	Haha jo, det känner vi ju till. Nästa fråga är då vilka digitala verktyg använder ni er främst av? Är det videosamtal, röstsamtal, chatt?		64
R1	Vi är ju då ursprungstypen som började bygga stat-kommunikationen, alltså guide-baserat kallar vi det, och att du kan inte bara gå in och söka vård hos oss, boka ett videobesök och sen är det helt oskrivet vad det videobesöket ska handla om.	VE	65
JE	Okej.		66
R1	Det där är variabler vi vägt oss mot, det tappar hela poängen med vad man kan göra i en digital värld. Utan vi har byggt ett par guider rakt upp och ner, det är det vi har tagit fram, vi bygger det	VE	67

	enligt alla konstens regler, och sen är chattfunktionen eller den skriftliga kommunikationen nyckeln i kvalitetsperspektivet.		
JE	Är det olika guider beroende på vilken, vad man söker vård för? Eller hur ser guiderna ut?		68
R1	Absolut, absolut. Vi har "tatt" att oavsett om vi pratar om att du söker för hudbesvär eller om du söker för acne eller hudbesvär eller urinvägsinfektion, så har vi jobbat fram guider för de symptomen eller besvären. Enskilt enligt en exakt samma process, kvalitetssäkra och förbättra hela tiden. Så att man kan säga att idag om vi har cirka ett 40-tal områden eller besvär att söka oss för, och syftet med att bygga det så har ju varit just att optimera och använda digital vård på rätt sätt: ur det effektiva perspektivet. Lite grann med mindset om det redan från början är så att vi kommer inte kunna hjälpa dig. Det är fel instans utan du kommer behöva detta och detta istället. Då är det ju vår uppgift att tidigt försöka identifiera det, finns ingen anledning för att mig att vi skulle söka oss digitalt om vi redan från början vet att vi inte kommer kunna hjälpa dig. Sen har det flyttats i tiden att politik och etc har styrt mer och mer, men så har mindsetet varit, kärnan och det är den vi har velat behålla.	VE	69
JE	Ja, så det är främst chatten, men när kommer vi till videosamtal och röstsamtal, när används det?		70
R1	Ja, det är ju helt situations-, det är ju patientens behov som styr, ingenting annat. Vi har ett krav till exempel att om man pratar om en sjukskrivning så ska det vara obligatoriskt med video. Och vissa andra, och vissa situationer är det obligatoriskt av medicinska skäl, men i stort sett är det i övrigt det medicinska behovet som styr helt och hållet. Det är där vi har sett att det är inte stort behov utav video, utan i den modellen som vi har tagit fram under de här 5-6 åren så har vi kunnat se att det går att bygga modeller och att video fyller inte så mycket funktion.	VE	71
LO	Så då är det alltså chattfunktionen som ni förlitar er mest på då, som digitalt verktyg?		72
R1	Ja, man kan väl säga att det är där många går bort skulle jag vilja säga om man pratar om digital. Man hamnar i kommunikationsformen snarare än digital vård. Det är där jag tror att, vad ska man säga, mindsetet har blivit någonstans. Att det, man hör ofta att ja "kan man ringa ert si och så här" eller ja det är klart att jag kan ha ett videomöte på nätet, men jag tror att vad man tappar då är själva digitaliseringen. Det är bara ett sätt att kommunicera.	VE	73
JE	Ja, det är klart.		74
R1	Om det sen är via telefon eller om det är video eller det är en chatt, det är bara dimensioner någonstans. Det är inte det som är, tyvärr	VE	75

	<p>det har försvunnit lite grann vad nyckeln är med digitaliseringen. För mig handlar det mycket mer om teknikutvecklingen. Hur kan man jobba och förstå data för att bygga in till exempel de här kvalitetssystemen. Hur kan man genom att analysera det du svarar på de här frågorna till exempel, kan vi förstå något där där vi systematiskt i data kan se att "ja men här sker ett missförstånd hela tiden mellan patienten och doktorn" till exempel, då kan vi ju jobba med datan, korrigera det och rätta till det ganska enkelt med teknikhjälp så att säga. Det kan handla om något enkelt som att kombinera om en fråga, vi ser att det är ett systematiskt missförstånd va av en fråga formulerad, ja då kan man ju se den och identifiera den. Det är otroligt enkelt beskrivit, men att det då är fördelen att inte bara prata om kommunikationsmedlet. Det betyder att om man har en chatt-kommunikation, så innebär ju det att allt som skrivs finns ju nedskrivet, dvs det är en del i kvalitetsarbetet att kunna utveckla och jobba med datan. Då kan du se exakt vad som har hänt, du kan, jag brukar säga såhär när jag är på sjukhus och du och jag ses på akutmottagningen så går vi in i ett rum, ett mottagningsrum, sen står du och jag där och vi pratar och allting är jättebra, vi har undersökt och vi kommer fram till någonting, sen när vi går ut därifrån, vem är det som äger vad som sas där inne? Jo, det är jag som behandlaren för det är jag sätter mig vid en diktafon sen och sen beskriver jag vad vi pratade om, vad jag hittade, vad du tyckte, vad du sa, vad jag kom fram till och vad du skulle göra sen. Patienten har ju ingen sägan i detta längre, utan det är jag och vad jag dikterar som kommer vara underlaget till vad som händer. I ett sånt här förlopp, som jag pratar om här, så börjar ju patienten redan från början att själv skapa sin journal genom att besvara de här frågorna. Är det en övre kommunikation där det är tydligt vad jag som behandlare har ställt för frågor eller där vad jag har beskrivit eller resonerat, patienten kan själv besvara de frågorna eller ställa följdfrågor och så jobbar man sig fram och helt plötsligt så har du ett underlag som är helt unikt. Att du ska förstå var har det gått fel någonstans till exempel, eller hur ska man jobba med att förbättra processer, kan vi förstå bättre för att kunna göra utveckla nya tillvägagångssätt, nya vägar etc. Jag tror att det, att utmaningen här det är att hela tiden detta att man tänker digital vård som att det är en kommunikationsform.</p>		
JE	Men datan som ni samlar in då via chattarna, är det någon som sen skriver in dem till journalerna? Eller var samlas datan? Vad händer med det, med chattarna sen som ni har haft?		76
R1	Den, det är ju underlaget. Alltså vi säger ju att det är journalerna som skapas. Sen kan man ju säga att det sker alltid en slutanteckning då, som en medicinsk slutanteckning, men den är ju inom samma system. Så har jag haft hand om dig och vi besvarar någonting, så kommer ju mitt slutsvar det har ju du direkt i din mobiltelefon, du ser ju exakt vad jag har skrivit där. Så utöver att du har all annan kommunikation som vi har gjort och vad vi har kommit	VE	77

	överens om och etc, så kommer där finnas ett medicinskt slutsvar och det läggs in så att säga i ett nationellt journalsystem, så att det finns tillgängligt.		
JE	Om det är video, är det någon som skriver ner sen manuellt vad som sades eller hur funkar det med video och röstsamtal?		78
R1	Ja, alltså är det video då så får du ju, då blir det ju tillbaka till att då är du ju, du och jag sitter och pratar på en video men när videosamtalet är över så måste jag ju "anteckna" om vad som sas. Däremot så kan man ju då i ett sånt system som vi har byggt det här så kan du tänka dig att när du startar ditt ärende och så börjar jag skriva att "nä men det är si och så här" och så svarar du si och så här, och så säger vi att nej men vi ska ta ett videomöte istället så att du kan visa på ett annat sätt för jag ser inte riktigt på bilderna eller vad som helst. I samma system, vi är fortfarande i samma ärende, så bokar vi det mötet den videon och sen så tar vi det via video istället när det passar och sen när videon är slut så går vi tillbaka till ärendet igen så det blir bara ett moment i handledningen, men det är fortfarande samma ärende och det är ju ingen tidsbegränsning från den sekunden som du och jag bestämmer oss för att nej nu är ärendet slut, nu har vi kommit fram till det vi vill och nu stänger vi ärendet. Och det där är, återigen, den, vad ska man säga, det går så tvärtemot världens synsätt i vanliga fall där man är så van vid att räkna pinnar och streck. Och tyvärr bygger mycket av våra system på pengar och ersättning, det är mycket lättare att räkna pinnar och streck. Men här bryter vi alla mönster, att helt plötsligt kan man ha en oändlig kommunikation och ska vi räkna pinne och streck på det i pengar. Men om man tittar på möjligheter, så tror jag att alla, då tror jag att ni kan förstå vad jag menar att kunna pendla så här emellan och tiden är ointressant.	VE	79

JE	Ja, precis.		80
R1	Det är helt unikt.		81
JE	Det är klart. Använder ni samma digitala verktyg, alltså samma system, till alla olika patientkontakt, rådgivning, diagnostisering, eller är det olika separata system, eller är samma system ni använder för allt?		82
R1	Allt, allting är samma system. Vi har byggt ett helt eget system. Journalsystem och tekniken. Vi samarbetar ju med, redan tidigt med provtagningsenheter till exempel så att vi kan ju ta prover och skicka remisser så går du dit som du vill, till den när det passar dig och tar proverna och sen kommer de tillbaka till exempel. Vi har ju våra egna klinker nu också som är en annan hjälp naturligtvis.	VE	83
JE	För att ni måste ha en fysisk klinik för att kunna..?		84

R1	Det är faktiskt inte uttryckt att man måste, än så länge, det är det som är en utredning pågår om att man måste ha det eller inte som en digital vårdgivare. Det är någonstans där som jag ser att det har hamnat snett från början. Man har inte förstått, man har inte riktigt förstått så långt framme i vår mindset eller i vår tanke som det var från början, utan det har nästan setts som att det bryter i sönder det här pinne pinne streck- ersättningen, bryter i sönder det här som vård är traditionellt byggt på att du har hudläkare, att du ska ha en vårdcentral, du, annars passar det inte det ekonomiska spelet. Och där någonstans så har man hamnat i en diskussion att man måste ha en fysisk vårdcentral, och då kan jag säga för att framförallt för att digital vård och utveckla digital vård så är inte det absolut nödvändigtvis att du måste ha en fysisk vårdcentral. Eh, så att tvinga till det, det är ju katastrofalt politiskt felbeslut, däremot så ska man ju tänka såhär att om man vill utveckla digital vård framåt så det vi tar hand om idag av naturliga skäl har ju varit enklare besvär. Den här urinvägsinfektionen som jag sa, det är inget som kan ifrågasätta oss att kunna handlägga en urinvägsinfektion, det är temporärt och sen är du frisk och sen är det frid och fröjd igen, det är digitalt. Men när ni nu för oss mer och mer och tar hand om mer komplexa sjukdomar, kroniska sjukdomar, så är där ju svaghet att enbart vara digital och inte äga patientens hela resa, alltså även den fysiska delen.	VE	85
JE	Ja, såklart.		86
R1	Så att där skulle jag vilja säga, där är nyckeln för oss, snarare än att det för statens skull är bra att ha en vårdcentral eftersom jag ser det mer som att det är ett sätt för oss att utveckla vidare det digitala genom att kunna äga och ha hand om patientens hela resa så att säga.	VE	87
JE	Yes. Och sen så är nästa fråga hur ser framtidsplanerna ut för digitala vårdcentraler? Vad kommer att förändras/ förbättras? Eller vad har du för förhoppningar?		88
R1	Ja men det är, jag tror att det är att vi går ju emot mer patienter med kroniska sjukdomar. Och att teknik som redan finns om man tänker diabetiker etc och så, så finns det ju redan teknik hemma som du som patient kan få mycket mycket större kontroll över och vara delaktig i din vård, och där tror jag att digitalt, är en nyckel i närheten att ha din behandlare eller kontakten så nära gör att du kan stärka patientrollen och ha ett större ansvar för sin sjukdom och över sin behandling. Och coacha på ett annat sätt. Där tror jag att den digitala vården har en oändlig potential. Vi ser ju det till exempel när vi jobbar med astmatiker, som då får en spirometer hem och så är de kopplade till våra behandlare och följs hos oss, och så jobbar man med den här spirometern själv hemma, dvs man lär sig förstå sina symptom, vad de representerar, vad är mitt normalläge och om jag gör si eller så här hur förändras det, är det min	VE	89

	astma som gör att jag mår dåligt eller är det någonting annat? Och så helt plötsligt har du en patient som blir motiverad på ett annat sätt och tar större kontroll över det här och så har du läkaren med dig. Så att det är väl det exemplet som jag skulle säga är, vittnar absolut mest om framtiden i Sverige än så länge, just med astmatiker och våra behandlare då. Så det är en nyckel, naturligtvis.		
LO	Absolut.		90
JE	Det var det om verksamheten, nu kommer vi in lite mer på kris- hantering och pandemin.		91
R1	Ja, just det.		92
LO	Ja, och vi har då fokuserat att skriva, eller titta på användande av katastrof- och krishantering. Just för att vi är i en rådande kris. Och den katastrofhanteringen som vi läser om är indelad i fyra olika steg som då är begränsning, förberedande, svar och återhämtning. Och för alla dessa olika steg så finns det då olika hanteringsmetoder. Men just nu så väljer vi väl mest att titta på hur svaret ligger hos er, alltså hur man reagerar på pandemin. Men för att få lite bakgrund så tänker vi bara såhär, hur ni, eller om ni arbetar med krishantering i vanlig fall, alltså om ni har några förberedningsmetoder för ett sådant här läge?		93
R1	Och när du säger, alltså nu bara så att jag hänger med, är det "in-house" i vår organisation eller det är gentemot patienter?		94
JE	Alltså, vi tänker nog lite både och faktiskt, hur ni som organisation men också hur ni sen förmedlar alltså till patientsidan.		95
R1	Ja kan väl bara säga såhär att om man tittar på den krisen som uppstår nu då med corona så är det klart att vi har sett som en infallsvinkeln, det är ju att vi ser att det kommer massor av mer människor som söker digital vård. Och det gör de av olika skäl. Väldigt många av dem söker ju för att de har symptom. Att det är inget konstigt om de är sjuka och behöver en medicinsk bedömning om vad den här sjukdomen är för någonting. När corona har förstärkt en oro, eller kan vi tala för det. Är någon så pass sjuk att den måste sjukhus ja då är det ett förfarande i de här corona-tiderna. Det blir lite annorlunda. Exakt samma situation kunde ha uppstått om det var vilken influensa som helst, men det är kritiskt eftersom det är en extrem press på systemet. Så det är det ena. Det andra är att människor i krissituationer söker rådgivning så att säga. Man är inte sjuk men man är full av frågor, man är orolig för allting annat. Och det är klart att där i vår plan ligger det såklart att få hjälpa för du når inte 1177, för det kraschar och det finns inga möjligheter. Och där är vi en jätteviktig del i den funktionen också, och då handlar den om en rådgivning, att komma i kontakt med sjuksköterskor, eller att vi skriver eller matar med artiklar och beskrivningar om corona. Vad gäller med detta och detta, tänk på detta	RE	96

	<p>etc. Som en ren regelbok. Så att, någon skyldighet har man ju på sätt och vis, vi är ju en rådgivare som alla andra, men vi är väl även, alla vill väl bidra annars vore det konstigt skulle jag säga. Och det är en del av krishantering, och då är det viktigt det här med den här debatten att det är ju ingen som tar betalt för det, om ni förstår vad jag menar, utan jag tar ju betalt för det som bedöms som medicinsk och handleds medicinskt per definition. Sen kan man ju säga att det som vi ser nu att mycket av den här orostoppen som var i början då när det här exploderade, där det kanske var en hel del om var mer orosbetingat, har glidit över till att dem söker mer sjukdomsrelaterat nu i koncentration och att det har tillkommit andra orosskäl, det kommer, betingar att folk sitter i karantän till exempel, stress och oro för sina jobb, man kanske ska bli arbetslös, ja ni kan väl själv tänka er från alkohol och kris hemma och allt möjligt, så det är ju den andra sidan som har seglat upp i den här problematiken. Då har vi lite psykologer som jobbar med det till exempel.</p>		
LO	Ja, nu är det ju inte oron för att bli sjuk, utan oron för vad sjukdomen ska göra för samhället då.		97
R1	Ja, det är olika perspektiv, precis, det har många infallsvinklar. Och sen den sista delen i beredskap för kris det är ju att vi ser att vi har kapaciteten att ta hand om alla de här människorna som är sjuka av andra anledningar. Det är inte corona per definition men det är en konsekvens av att vi har pandemi ute i samhället som gör att du inte kommer till till jourläkarcentralen eller din vårdcentralen, det är stängt och sjukhuset kan du inte bege dig till. Där ser man ett vad ska man säga, patienter som inte har hittat digital vård innan i den utsträckningen börjar nu göra det mer och mer. Och det är lite olika dimensioner. Sen om man säger krisberedskap i corona-tider då är det ju såhär att du har ju skyldigheter som rådgivare naturligtvis att ha beredskapsplaner för olika saker och det är ju i sådana här katastroftider så tar det väl alla lite grann på sängen, men det är klart att vi jobbar ju dygnet runt med att säkerställa för vår personal till exempel som jobbar i den fysisk miljön på kliniker att följa alla regler och vara uppdaterade på folkhälsomyndighetens riktlinjer och besult som tas för det är ju ett gigantiskt jobb att hålla detta säkerställt och följa rätt.	PR, RE	98
JE	Såklart. Känner du att var ni beredda på det, alltså hade ni kapacitet och personal för krisen nu när den kom eller hur hanterade ni det?		99
R1	Detta är ju våran, vad ska man säga, fördel med det digitala, att vi har ju, alltså den kapaciteten är ju enorm i den modellen som jag beskriver för er, eftersom det inte är den här bunda patienttiden som måste bokas någonstans. Utan jag kan ta hand om tio patienter likväl som en patient under 15 minuter haha. Då påbörjas ju	PR, RE	100

	<p>behandlingsar på olika sätt. Alltså den skalbarheten är ju helt unik. Ska jag boka tio videobesök så ja, då är det tio videobesök, det är tidsbegränsat och tar kapacitet, men medan dynamiken i vårt sätt är väldigt tacksam att spela med där. Och så har vi då våra sjuksköterskor som kan gå in och jobba online också förutom att de är på klinik, så att det går ju, det kan vi ju styra. Men det är väl snarare så här att där vi får våra utmaningar som påminner om det som vården i stort har hamnat i, det är ju just våra kliniker. Den digitala delen är en del, men våra kliniker är ju väldigt snarlik den fysiska vanliga vården, så att och där har vi ju samma utmaningar som alla andra vårdenheter, eller vårdbolag eller vad man ska säga.</p>		
JE	<p>Såklart. Var det några alltså drastiska åtgärder ni gjorde nu med pandemin, typ som att ni gjorde kanske en ny guide eller liknande? När man söker vård, eller har det funnits?</p>		101
R1	<p>Absolut, det är ett jättearbete att skapa material, text och artiklar om corona naturligtvis. Om rätt vård och vad det innebär och de ska uppdateras med beskrivningar för människor och sen nästa steg att styra, precis som du säger, så jobbar vi med guider, att det ska finnas en corona-guide och att få människan att gå den vägen i första hand om det är direkt relaterat till corona.</p>	RE	102
JE	<p>Skapade ni en specifik guide då för corona nu?</p>		103
R1	<p>Ja, ja precis. Som en väg in.</p>	RE	104
JE	<p>Ja, hur har covid-19 påverkat er som verksamhet, men det har du svarat på lite?</p>		105
R1	<p>Ja, men jag tror att jag har svarat på så sätt att det är, det är som jag säger, att det är mycket som är positivt. Det är bara märkligt att det ska behöva till kris och katastrof i samhället för att man ska se det vi har jobbat med och motarbetats lite grann för, ganska mycket i fem-sex år så har vi varit ifrågasatta. Nu helt plötsligt så ska alla ha detta och det rosenmålas hur bra det är och det kan man ju fascinerats över om man tänker på motståndet som har varit innan. Så att på så sätt är det bra, samtidigt så ser man att i den här stressen så ser du också att spelregler kanske sätts ur lite plan, det blir enklare och desperata lösningar när man då tänker och har enormt mycket kraft om man vill göra någonting bra och utveckling. Det borde tas med kvalitativa system. Det är som ett litet problem, samtidigt som att det i grunden är bra att vi får en acceptans och människorna hittar till den digitala vården så att det här är likvärdigt, att det fungerar och att de kan få hjälp, såklart. Och så då återigen att vi har då vår vårdcentral, vi har våra kliniker, att de utmanas då naturligtvis med folk som kan komma men vi får anpassa verksamheten där. Det är ju så. Det är vissa delar och vissa andra delar som skiljs åt.</p>	RE	106



LO	Men innan, har ni reflekterat kring eventuella kriser innan corona, alltså såhär varit förberedda på om en pandemi skulle komma, eller det är bara någonting ni arbetar med nu i stunden?		107
R1	Amen jag tror att, alltså det påverkar inte inom ramen, för att vara vårdgivare så har du ju det ansvaret att ha beredskapsplaner för så mycket som det går och ramar för det, och det har ju vi givetvis som alla andra. Det man kan säga där är annars är ju att en del i hela den, alltså digitala utvecklingen, vår digital vård och varför vi startade det, eller, det är ju mycket inställning.	MI, PR,	108
JE	Är det någon speciell person som har varit..		109
R1	Att slippa sitta i väntrum där alla människor sitter.	MI	110
JE	Precis, är det någon speciell person som har varit ansvarig för alltså krishantering eller förberedelser och så hos er? Eller är det bara..		111
R1	Ja, det är ju ett team som består av, vi jobbar ju, där är en hel hr-sektion, där är verksamhetschef, där är väl ledningsansvarig läkare, där är jag som medicinsk chef. Många människor som jobbar med det. Men det var väl inte många som kunde tro att den här pandemin skulle bli såhär illa och så fort.	MI, PR	112
LO	Nä, absolut inte.		113
R1	Det flesta vet ju att pandemier kommer oförberett.	PR	114
JE	Ja, såklart.		115
R1	Jag brukar säga att det är en mänsklig samhälls-, vi kan sätta ögonen på beredskapsförråden som vi sa för tio år sedan att det måste vi ha. Sen när det händer så har vi, så kommer alla på att nej men vi har ju inga lager.	PR	116
JE	Nej okej.		117
R1	... men vi har inte. Alltså så, men det är lärdomsprocesser.	MI	118
JE	Precis. Har ni mycket kontakt med, får ni information från svenska myndigheter och svensk krishantering?		119
R1	Nej.		120
JE	Alltså får ni råd om hur ni ska hantera det, eller någonting?		121
R1	Jag skulle säga att om vi kontaktar dem så får vi säkert råd som alla andra.	MI	122
JE	Men de skickar inte ut till er?		123

R1	Nej, inte så exklusivt.		124
JE	Nej, så ni lyssnar på vad myndigheter i Sverige säger?		125
R1	Vi följer ju precis, folkhälsomyndigheten anpassar vi efter, och sen följer vi som sagt socialstyrelsen och andra myndigheter, och det skiljer inte någonstans i vård.. I övrigt, jag tror att det också är viktigt att det är inget, alltså att vara en digital vårdgivare är inget undantag från att vara vårdgivare eller ett vårdval i övrigt utan det är samma spelregler. Men om man tänker just på pandemin där, så får man där någonstans ha med sig att det är ingen slump att digital vård har en chans. Om man tänker att det ä klart att det är ju precis det som är en av de stora selling pointsen och poängen med digital vård. Att om man tittar på en tidigt marknadsföring när vi var alldeles ensamma så då tryckte vi såklart på detta att det här med väntrummet, där andra människor är förkylda och hostar på dig haha. Så det är klart att det ligger i sakens natur att där är en fördel i infektionstyper och smittorisktid och att digital vård då har en naturlig plats.	MI, RE	126
LO	Ja, absolut. Så då om man tänker alltså hur då den digitala vården kommer ha påverkats av denna pandemin så är det ju då att fler har verkat ha hittat det här med digital vård?		127
R1	Ja, det tror jag precis va. För dels, det som kommer påverkas är att detta blir det här startskottet som vi har jobbat med i så många år och aldrig fått gehör för. Att nu, nu kommer man inse att men vad vi måste ju ha detta, och så där kommer bli ett snabbare löpning, det kommer etableras mer och mer digitala olika former av tjänster på regional nivå och nationell nivå, och säkert flera privata också. Det är det ena, och det andra är att som ofta i kris så ändrar det människors beteenden, och i detta fallet så är ett av de beteendena att människor kommer hitta till de här digitala vårdtjänsterna. Precis som att det är säkert fler människor som har tyckt att det är jättebra att få maten hemlevererad, jag hade aldrig gjort det om inte detta hade hänt, men nu har jag suttit hemma och jag har beställt mat och det har fungerat jättebra, så smidigt.	RE	128
LO	Ja.		129
R1	Exakt, alla mekanismer i det kommer ju att leva kvar, alltså det är en konsekvens av den här perioden när man tittar tillbaka, det är ju säkert att folk har börjat göra saker digitalt i olika sammanhang som inte hade skett i den utsträckningen eller så, avstamp så tydligt annars. Det ändras mer långsiktigt och så även här skulle jag vilja säga. Och nu blir det lättare, det blir ju lättare att utveckla den där tjänsten till exempel som har med, vad ska jag säga, högt blodtryck att göra eller ha din digitala vårdkontakt med en läkare som följer dig hemma, så som jag beskrev astma till exempel. Det blir ju lättare i takt med att fler människor har provat den digitala vården och vår tjänst sedan innan, vi får ett större underlag av	RE	130

	människor som är beredda att våga testa och tro på det, så det kommer också, det sen gör ju en del för utvecklingen också, vad digital vård kan ge. Så det är klart att det är många effekter som kommer utav detta. Men även risker, att det föder en del paniklösningar som inte kommer vara så bra sen, och det får man också ha med sig.		
JE	Ja, yes, just systemen, det har gått bra med dem? Det har inte blivit överbelastning utan de har, alltså ni har klarat av att hantera det just data- och systemmässigt?		131
R1	Ja, nä, det har inte varit något förvånansvärt, eller nu ska man inte säga, lite har ju absolut påverkat på tekniska, men det är imponerande att man kan se att hur väl det kan fungera, även när det är en belastning eller tryck på någonting. Tekniklösningar eller flöden och så, att det bara fortsätter att leverera, det är ändå imponerade. Framförallt med den bakgrund som jag kommer ifrån, en väldigt konservativ sjukvård med behandlingstider.	RE	132
JE	Har ni en IT-avdelning eller hur funkar det? Vem är det som arbetar med just den digitala biten och IT-biten?		133
R1	Det alltså, det gör ju alla som, vi har ju, från början så var [företaget], då var vi både plattform och hela [företag]tjänsten, sen för två år sedan så delades vi upp i två olika bolag där själva plattformen heter [namn] och är ett internationellt bolag så de utvecklar den digitala tjänsten i UK till exempel. Men plattformen [namn] det är vår plattform också så vi är nästan som en kund till plattformen då ifrån Sverige. Så i Sverige är det [företagets namn] och vi är en vårdgivare då. Och det kommer av den affären [namn] köpte upp oss och vi började här med klinikerna.	VE	134
JE	Okej. Vet du någonting om, du kanske inte kan svara på det, men om andra digitala vårdcentraler, använder de samma plattform som er eller?		135
R1	Nä, alla har egna plattformar. Ja, alltså så ser branschen ut.		136
JE	Ja, såklart.		137
R1	Alltså vi har vissa som bara levererar tjänst, sen har du vissa som har både plattform och tjänsten, och sen är det vissa som bara är plattformen. Så att det har ju, vad ska man säga, det differentierar ut sig efter tiden går alltså. Såklart.		138
LO	Ja, absolut.		139
JE	Ja, och den sista frågan är bara en reflektion, är det något annat som du vill tillägga eller säga till intervjun som du tycker är relevant att ta upp eller viktigt för oss att ha med?		140

R1	Ska ni prata med andra aktörer?		141
JE	Vi kommer prata med två andra digitala vårdcentraler och även med en digital rådgivningsenhet. Vi har försökt få kontakt med 1177, men det är svårt nu i dessa tider.		142
R1	De är sådär lite upptagna nu.		143
JE	Haha, ja de är ganska upptagna. Vi blev glada att du hade tid att prata med oss.		144
R1	Alltså jag kan bara säga att ni kan ju höra av er efter hand om hur det går och om ni har frågor så bara hör av er. Det är viktigt för mig att det blir rätt, och att det inte blir missförstånd någonstans. Eller om där är något som är obesvarat, eller om det dyker upp en ny fråga så får ni självklart berätta. För mig är det viktigt att det blir, att ni gör ett bra arbete, och att det blir rätt tolkat.		145
JE	Ja, såklart.		146
LO	Ja, det är perfekt ju, tack så jättemycket.		147
JE	Tack så mycket för att du ville hjälpa till och ställa upp. Sen när vi är klara, vi vet inte exakt, men vi kan skicka ut arbetet sen till dig. Det blir väl i juni, juli, om du vill läsa.		148
LO	Ja, eller i maj.		149
R1	Ja, absolut.		150
LO	Men absolut, har vi någon fråga så hör vi av oss.		151
R1	Ja, men det är bra.		152
JE	Men vi fick mycket information känns det som.		153
LO	Ja, gud ja.		154
R1	Men ni får lyssna på live-spelningen.		155
JE	Ja, det är bara för oss, själva inspelningen.		156
R1	Bra, ja det är bra, haha. Jag har spelat in er här också.		157
JE	Ja, du har det haha.		158
R1	Ja, men hoppas att ni får ut någonting av det, och så, spännande, men hör av er som sagt.		159
LO	Absolut.		160
JE	Ja, det gör vi.		161

R1	Glad påsk och ha det så bra.		162
----	------------------------------	--	-----

## Appendix B

Intervjuare: Amanda Javidi Agheli och Johanna Elmér

Respondent 2, Digital vårdcentral 2

*Intervju genomförd via telefon torsdagen den 16/4 - 2020. På grund av att intervjun genomfördes digitalt, försvann och/eller hörs vissa ord dåligt under inspelningen.*

Person		Kod	#
JE	Hej det är Johanna.		1
R2	Hej Johanna, R2 här.		2
AJA	Hejsan, Amanda heter jag.		3
JE	Hej, allt bra med dig.		4
R2	Det är bra själv då?		5
JE	Jodå det är bra. Vi börjar direkt med att presentera oss. Vi pluggar systemvetenskap på Lunds Universitet och nu skriver vi vårt examensarbete om digitala vårdcentraler och hur arbetar med digitala hjälpmedel och krishantering nu vid en pandemi.		6
R2	Japp.		7
AJA	Och vi tänkte också kolla, är det okej om vi spelar in samtalet? Du kommer vara anonym i arbetet.		8
JE	Och sen finns det alltid möjlighet för att om du inte kan eller inte vill svara på en fråga så kan du alltid avvika från det. Det är väl det vi skulle säga först tror jag.		9
JE	Vi tänkte om du kan börja med att beskriva verksamheten och sen om digitala verktyg och krishantering. Så första frågan är vilken är din roll och befattning just nu?		10
R2	Ja, det är okej. Jag är sjuksköterska och sitter antingen i telefontrianagen eller i den digitala chatten som också är i form av triage men även mer samarbete med läkare digitalt. Samt att jag när det är normalläge har den här drop-in mottagning där man tar emot patienter som kommer på besök för lättare åkommor.	VE	11
JE	Okej. Hur länge har du arbetat på [Företagsnamn]?		12

R2	På [Företagsnamn] har jag jobbat i 6 månader. I ett år har jag jobbat här i Lund på sjukhuset och dessförinnan nästan tre år på kirurgen i Malmö.	VE	13
AJA	Okej.		14
JE	Är det första gången du jobbar med digital vårdcentral?		15
R2	Ja.	VE	16
JE	Kan du berätta lite kort om er verksamhet, hur fungerar [Företagsnamn] digitalt?		17
R2	Det är en chattfunktion som finns länkat på vår hemsida. Man går in med sitt mobila BankID, och där får de då välja ett frågeformulärs-mall som man fyller i, exempelvis receptförnyelse, det är rätt vanligt. Där får de lite frågor och fyller i läkemedels styrka osv. De kan även välja typ hosta och då får de frågor som har du feber? Hur länge har du hostat? Vad för besvär har du? Och när det är ifyllt poppar det ett ärende i min kollegas centrum som vi öppnar och då ser vi och kan läsa igenom den och sen svarar vi med en sådan här färdigformulerad mall. Som där det står typ "Hej jag heter R2 och är Sjuksköterska" och sen lägger man till det man vill fortsätta fråga och då liksom frågade jag kanske känner att jag behöver. Vissa, tex när det gäller receptförnyelse är ganska enkelt. I de lägena kan man ju bara säga att "ja men då tittar jag när läkaren kan förnya det". Och då informerar jag att man kanske förnyar detta inom såhär många dagar. Och då finns det att hämta på ditt apotek efter detta klockslaget. Men är det hostan där t.ex. Så kanske jag måste ställa några följdfrågor för då kanske inte jag tycker att de har svarat tillräckligt utförligt på frågeformuläret och är det någon fråga som jag är lite osäker på till exempel om de skickar en bild på eksem och jag känner att jag vet inte riktigt så har du möjligheten att bjuda in en läkare som sitter också i chatten. Och då kan jag bjuda in han som konsult och där har vi då en hemlig team chatt kan man som patienten inte ser som är i själva chatten fast bakom kan man säga och då frågar jag min läkare kanske vad tror du? Hur ska vi göra? så här och så här och? Och då kan läkaren svara att ja du har tänkt rätt. det går bra. Eller nej det här får vi göra typ digitalt läkarbesök och då lämnar jag över ansvaret till patienten och informera att du får göra ett digitalt läkarbesök och så tar läkaren över och så avslutar jag min del, men jag har också möjligheten att boka fysiska möten så vi har gjort så att vi har två timmar och en halv timme avsatt varje dag mellan kl 13 och 15 som fysiska möten efter digitala besök. Till exempel idag hade jag en patient med ryggskott och det går ju inte att ta digitalt. Så då bokade jag in patienten för ett besök direkt. Så jag har ju både själv möjligheten att ta beslut och boka in patienten men jag har också möjlighet att fråga läkaren om råd direkt i när jag har dom i chatten. Jag tycker det är väldigt smidigt jag tycker det blir väldigt bra flöde, och jag tycker att man kan avverka en patient ganska	VE	18

	snabbt. Om jag är osäker istället för att behöva springa runt och leta efter en läkare som kanske sitter i telefon		
JE	Okej, men det du snackade om tidigare har ni specifika mallar beroende på eller guider beroende på vilken sjukdom?		19
R2	Det finns en helt sjö av dem. Covid-19 har ju tillkommit nu, det finns för förkylning, hosta, allergi och så vidare. Alltså det här är en väldigt lång rad med olika såna här mallar som patienten väljer och fyller i med frågor och sånt här, och då är det som för ifyllda frågor ibland.	VE, RE	20

JE	Okej så det blir som förarbete och sen så om det behövs går ni in manuellt?		21
R2	Ja men som sagt en väl ifylld mall gör ju att jag oftast inte behöver lägga jättemycket tid och fråga patienten om det inte är viktigare frågor, men sen finns det vissa som väljer en mall bara och säger att de mår psykiskt dåligt. Så det kan ju verkligen vara så att folk ignorerar vad som står i mallen också. Det händer ju såklart. Så du har ju också det problemet att de struntar i det som står i mallen och fyller i fritext och hoppar förbi dom andra frågorna, men då har jag ju möjlighet att skicka ett nytt formulär där de kommer att få fylla i igen då.	VE, RE	22
AJA	Ja okej. Skickar ni formulär till dem när de kommer in och så?		23
R2	..så då kan jag rekommendera en mall så slipper jag ju ställa alla de frågorna som finns i mallen då.	VE	24
AJA	Vad är de största skillnaderna mellan er digitala del och den fysiska vårdcentralen?		25
R2	Jag tycker ju att med chatten går det ju snabbare överlag så att, har jag en patient i telefonen till exempel så är det inte alltid jag kan fråga en läkare eftersom vi sitter själva vi sjuksköterskor. Men just när det gäller en enkel rådfråg sparar vi väldigt mycket tid i just chatten som jag kan bjuda in och så vet jag att läkaren svarar när han kan och på så vis kan handläggning gå jättefort också eftersom då läkaren sitter och är online hela tiden, men han har ju också vissa fysiska patienter emellanåt, men när han väl är online så kan ju han nästan svara direkt och ta över patienten mer eller mindre direkt när han skriver. Jag tycker att det blir snabbare handläggningen. Vi ser ju väntetiderna, hur länge någon har väntat, men i telefonen kan det ju bli en annan femma. Där är det så många som ringer och du får telefontid och du kommer bli uppringd då men ligger vi en timme back så kanske du blir uppringd en timme senare och då kanske inte du har telefonen på dig. I chatten svarar jag och så svarar du när du har möjlighet. Det blir en väldigt	VE	26

	dynamik i konversationen så även om jag skrev kl 8.00 svarar inte du före 9.00 och då kanske jag har mer tid och fortsätta prata klockan 9. Då kan jag ta andra patienter i chatten tills dess. Jag tycker ju att man kan ha fler alltså om inte alla svarar samtidigt så kan man ha ganska många patienter igång och hålla på successivt med allihopa. Så jag tycker det blir ett smidigare flöde när det funkar på chatten. I och med att man kan rådfråga läkare, man kan lämna över för besök nästan direkt i och med det är digitalt och det är ju en fördel för ibland är det ju långa väntetider. Så till exempel de som ringer för hudutslag eller rådfråga då brukar vi ju hänvisa till chatten med en länk så kan du skicka en bild och så kan vi få en bedömning direkt. På så vis har vi sparat på ett fysiskt läkarbesök.		
JE	Kostar det någonting att göra det förresten?		27
R2	När vi konsulterar med en läkare så kostar det inget, men när vi lämnar över för ett digitalt besök så kostar det.		28
JE	Vilka digitala verktyg använder ni er utav främst?		29
R2	Alltså chatten är ju det främsta. Skulle det vara så, till exempel när en patient har bockat i att de har pågående bröstsmärta och andningsbesvär där vi misstänker något väldigt akut som till exempel hjärtinfarkt. Då ringer jag ju oftast upp patienterna. Eller om du fyller i en sån här för psykisk ohälsa och så skriver du att du har planer på att ta ditt liv. Alltså då låter det som att du ska in psykakuten och vissa ärenden som jag känner är så pass akut att jag inte vill vänta på att du svarar mig på mitt meddelande, de ringer jag. Men i första hand är det chatten och sen har vi börjat komma igång med videosamtalen nu under corona pandemin. Vår kurator har börjat med det vet jag, digitala besök via video, och det tyckte han har funkade hittills så vi försöker få så att läkarna också kan ha det. Just för att få den här lite personliga kontakten, att man ser varandra.	VE	30
JE	Precis, för när ni har ett chattbesök då. Hur går dokumentationen, blir de nerskrivet när det är video eller måste ni skriva ner själva?		31
R2	Klart, jag kopierar över chatten in i journalen men sen summerar jag i slutet på journalanteckningen vad jag har pratat med patienten om. Alltså en kort summering av vad vi har pratat om, om patienten har uttryckt sig så kanske jag kopierar över själva resultatet men chattkonversationen sparas ju på det här programmet medans chatten i sig försvinner för oss. Den blir digitalt sparad bara på det här företaget, jag kan bara se den i två dagar sen försvinner den för mig. Alltså behöver en sammanställning göras om vad vi pratat om och patienten sa detta och detta. Så vi kommer ju inte ifrån dokumentationen heller sådär. Men du sparar ju själva "fördokumentationsarbetet" eftersom du kopierar över mallen. Samma sak, bilder sparas ju inte utan det ligger ju i det här. Journalsystemen är ju	VE	32



	långsamma som de är men hade vi sparat bilderna också så hade det blivit ännu segare, så att dom försvinner ju så då får man oftast beskriva om det är någon bild av relevans, vad det är för bild och på vad.		
JE	Jag undrar också, vilket verktyg förlitar ni er mest på samt värderar högst inom organisationen?		33
R2	Ja, chatt och bilder. Har patienten till exempel ett utslag, ja men skicka en bild. En bild kan visa ganska mycket och då har man det under chatten på en dag och sen kan de vänta till imorgon och se hur det har blivit så eller några dagar så kan du skicka ny bild och sedan se ganska tydlig skillnad kanske ibland på ett eksem som man behandlat. Så det finns ju vinster i alltså både i chatten och bildkommunikation i detta läget.	VE	34
AJA	Okej, vilka digitala verktyg använder ni vid patientkontakt, rådgivning och diagnostisering och remiss? Alltså är det samma eller är det olika?		35
R2	Alltså doktrin är ju själva chattprogrammet och som står för tjänsten som vi använder vår chatt i. Men du menar digitala hjälpmedel som jag använder när jag pratar med patienten eller?	VE	36
JE	Ja men alltså är det ett och samma system för remiss och diagnostisering eller är det i olika system?		37
R2	Det är som alltid i vården, det är femtioelva olika system. Doktrin är företaget som håller i vår chatt. Vårt journalsystem heter PMO, sen om man ska skriva med försäkringskassan så är det försäkringskassan. Och remisser kan skriva lite olika men kan skriva i PMO också. Men ska jag till exempel kolla upp läkemedel så gör jag det på fass hemsida. Så vi använder ju väldigt många olika. Behöver jag hjälp med att dirigera vart en patient ska så har vi en hemsida som heter triagehandboken där jag kan klicka mig fram lite för att se hur patienten ska hanteras.	VE	38
JE	Okej men doktrin är chatten och jag antar att mallarna ligger där också?		39

R2	Ja, alltså doktring är ju chattprogrammet som vi använder.	VE	40
JE	Hur ser framtiden ut för digitala vårdcentraler? Vad är förhoppningarna?		41
R2	Vi vill ju fortsätta utveckla detta. Jag kan ju tro att det hade varit bra om de som redan har ett ärende inte kan ringa i telefonen just för att har jag hudutslag. Alltså att de ska söka i rätt kanal så att säga. Vi har ju patienter som både ringer och skriver i chatten och	VE	42

	<p>skriver på 1177 som då söker från tre olika håll bara för att sedan får svar snabbast. Men det kräver massa extra dokumentation för oss som jobbar just för att vi måste fixa allt. Vi får ju ändå dokumentera att de har sökt. Så det hade ju varit bra om man kunnat lägga dom begränsningarna att har du sökt dessa vägarna så kan du inte söka fler. Just för att minska dokumentationen vi måste göra för samma ärende. Sen vill vi ju gärna kunna till exempel utveckla det här med chatten till exempel så innan corona så jobbade vi på att få igång en liten äldremottagning. Min plan var att se om man kunde göra så, att föräldrar kan ju söka vård för barn, om man ändå kunnat aktivera någon form av funktionen där barn kan söka på sina föräldrar med medgivande. Jag tror att 86 år är den äldsta som skrivit i chatten så att det är inte alla men det är många som inte är pigga på att använda chatten och att alla har inte Mobilt BankID heller.</p>		
AJA	Nej det stämmer.		43
R2	Så att det som jag har tänkt på som hade varit smidigt är att man då vid medgivande kan använda funktionen för andra. I syfte att förenkla vårdförloppet.	VE	44
JE	Har du någon statistik eller veta vilka personer som använder chatten?		45
R2	Jag tycker ju att vi har hela spannet från 13 år upp till 86, majoriteten är väl 20 till 60 kanske. Det är många unga som söker men min generella uppfattning är ju att det finns ett spann. De som är bekväma söker gärna chatten. Jag upplever ju inte att det är fler 20-30 åringar som söker än 50-60 åringar. Det finns säkert statistik, det kan ni fråga min chef om. Men jag uppfattar ingen markant skillnad.		46
AJA	Men pausade ni nu detta lite på grund av Corona?		47
R2	Nej, vi utvecklar det nog vidare snarare. Planen var ju att komma igång med dessa vårdiniterade kontakterna där man bland annat kan ha videobesök och sånt, det har ju snarare gjort att vi har försökt skynda på så att läkarna ska kunna initiera videobesök också med vårdiniterade kontakter. Och jag har varit på min chef om att få igång det lite snabbare. Men vår kurator kom ju in med det snabbare än vad som var planerat just på grund av att få igång detta nu på grund av corona eftersom det blir mindre besök här. Så det har snarare påskyndat att fler har oss som vårdcentralen blir mer aktiva i chatten. Det är till exempel flera kollegor som har börjat lära sig chatten som kanske inte egentligen inte varit aktuella innan corona riktigt än. Jag upplever ju att det har blivit snabbare flöde av folk in i chatten än tidigare.	RE	48
JE	Hur många är det som arbetar med chatten och så på digitala vårdcentralen just nu?		49

R2	Alltså alla ska ju, men just nu är större delen av läkarna inlärdade eller insatta men mer än hälften av sjuksköterskorna är inlärdade. Vi har en till som har gått in nu rätt nyligen men dom andra är väl påväg, men två eller tre har börjat nu när corona kom som inte var aktiva innan. Sjukgymnasterna vill smått börja lära sig, barnvårdssjuksköterskorna på BVC vill nog också komma in, barnmorskorna på mödravårdcentralen har också visat intresse och alla är upplaga för att kunna gå in, så det har ju ökat intresset på grund av en minskad besöksfrekvens på grund av corona. Att fler vill aktivera.	VE, RE	50
JE	Så målet är att alla ska kunna de digitala tjänsterna sen?		51
R2	Ja om jag förstått min chefs mål rätt så.	VE	52
JE	Okej så är detta bara i Lund?		53
R2	Detta är bara på [Företagsnamn]. Jag upplever att fler vårdcentraler har kickat igång sin chatt. Nyhetsbrevet som vi får så tycker jag att det känns som att nu har de här börjat med chatt och nu har dom här börjat osv. Så det känns som att fler vårdcentraler har kopplat upp sig i alla fall inom [Företagsnamn] koncernen som vi får mail om, många är väl påväg in med det är inte helt omöjligt att det påskyndats av corona heller. Så det finns ju en vinning av att ha ytterligare en kontaktväg än telefonen.	RE	54
JE	Nästa område vi går in på är krishantering vid digitala vårdcentraler och corona nu.		55
AJA	Hur arbetar ni med krishantering i vanliga fall?		56
R2	Som i detta fallet så var det från en dag till en annan, vi hade ett planerat APT men då hade vi inte det vanliga utan då hade ledningsgruppen fått information av vad som kommer gälla och vi ställde om verksamheten och ska ställa om från och med imorgon. Sen på schemat dagen efter mötet, mötet var på en torsdag den 18 mars tror jag, så ändrade vi om på våra akuttider. Vi upprättade en egen korridor där alla med corona symptom skulle gå. Och alla andra skulle gå på den vanliga sidan. Såsom med corona symptom ska bara gå raka vägen in. Det va ju en sån sak dom införde. Så nya rutiner införde med att kolla sänkan. Vi började avboka alla patienter som var 70+ som inte behövde ett fysiskt besök, gjorde om många besök med telefontider. Allt detta skedde med ganska kort varsel men det var ju ledningsgruppen som hade haft möte och planering kring detta några dagar innan. Och de uppdaterar oss varje morgonmöte dagligen då. De har ju sina hanteringar plus att chefen har haft lite högre nivå nu på möten för information från Region Skåne och koncernen. Region Skåne har ju med smittskydd och sånt och uppdaterat våra hygienrutiner. Så de har ju tagit tag i den biten med skyddsmaterial och så.	MI, PR, RE	57

JE	Skulle du säga att ni var förberedda corona krisen som verksamhet?		58
R2	Förbered kan man väl aldrig riktigt vara men jag tyckte att vi ställde om väldigt snabbt och i tidigt skede. Jag upplever att vi har varit före med omställningen och snabba med den i verksamheten, rekommendationer med just det här med att ha infektionskorridor och så här kom ju inte förrän veckan efter vi gjorde det så jag upplever ju att ledningsgruppen har varit förebyggande och varit ute i god tid. Det känns som att dom har använt sig av tidigare erfarenheten som från svininfluensan och så.	PR, RE	59
JE	Vad var era främsta förändringar digitalt?		60

R2	Den främsta digitala omställningen är väl att läkarna inte träffar patienter fysisk för sjukskrivning utan tar det per telefon eller via chatten	RE	61
JE	Fick man inte göra det tidigare?		62
R2	Nej, tidigare så vill de ju att vi träffar patienten för sjukskrivning. Men nu vill vi inte ha hit patienterna, så det är ju en omställning. Patienter som går hos psykologer har fått telefonsamtal istället för fysiska besök. Det som inte behöver ett fysiskt besök har nu blivit digitalt.	RE, VE	63
JE	Du berättade innan att det kom en corona-mall? Berätta mer om det.		64
R2	Ja det var doktrin som utformade den. Det var Region Stockholm som efterfrågade den där. Då är det ett frågeformulär kring just misstanke om corona.	RE	65
JE	Hur har Covid-19 påverkat er?		66
AJA	Kanske utöver mallen eller så?		67
R2	Alla drop in besök är inställda, de har ingen sån verksamhet alls, alla som ska till labbet måste ringa innan så görs en bedömning om de behövs komma hit eller inte. Vår arbetsterapeut och sjukgymnaster har väldigt lite besök nu, två veckors tid för akut tid och två månader för planerat besök, numera kan du få tid samma dag som du bokar. Vi har sett en minskning på de som ringer, varje dag har vi kanske 1000 som ringer, medan nu är det kanske 700. Folk som söker för småsaker dom har minskat, det känns som att folk tänker en extra gång innan de ringer vårdcentralen idag. Många vill dock gärna komma i kontakt med oss men inte komma hit om de absolut inte måste. Från att ha ett ganska högt söktryck till ett ganska litet.	RE	68
JE	Har ni ökat på den digitala delen jämfört med innan?		69

R2	Vi hade en liten nedgång i chatten faktiskt, i antalet som sökte där precis innan corona, så vi försökte få igång det, men nu har vi nästan kommit upp i samma nivå, vi vill ju gärna att fler använder chatten än vad de gör idag så vi försöker gärna hänvisa dit och få folk att gå via chatten men det har inte riktigt tagit fart. Men minskad mängd sökare, minskad spring.	RE	70
JE	Ja vi har pratat med lite andra aktörer och vissa av dom har sett hela detta som ett startskott för dem.		71
R2	Ja men vi har haft vår chatt sedan september och vi har kunnat läsa ut trender för upp och nedgångar. Vi hade en liten minskning i antalet sökande någon vecka hade vi bara 20 i snitt på hur många som sökte per dag. Men detta har fått vår verksamhet att bli mer digital.	RE	72
AJA	Hur förväntar ni er att företaget kommer se ut när pandemin lugnat sig? Alltså tror du att det digitala minskar jämför med vad det är nu eller tror du att folk har blivit ganska bekväma med det digitala?		73
R2	Jag hoppas ju att folk har lärt sig att den digitala tjänsten finns och är ett alternativ. Och att fler kanske söker den här vägen när de känner att det är ett ärende jag skulle kunna ta digitalt. Det är inget jag behöver ringa upp och stå i telefonkö för. Som sagt, det är ju en fördel att slippa stå i någon telefonkö. Du får ett sms och sen kan du svara när du vill. Du kan i princip svara i chatten varje dag efter vi har stängt så svarar vi direkt på morgonen så kan man hålla igång chatten i flera dagar, så du kan svara när du kan. Det tar självklart längre tid att handlägga ett sådant ärende. Men det är ju mycket smidigare för en bara konkret sådär fråga. Vi har ju såhär att svarar du inte på 24 timmar så stänger vi ärendet men då har du alltid möjlighet och säga att du inte har är klar och att du vill återuppta ärendet. Så jag hoppas att fler folk lär sig att chatten är ett alternativ. 1177 tjänsten är ju en envägskommunikation. Det kallas Mina vårdkontakter och vi vill ju gärna ha dem i chatten hellre. Just för att det är mycket lättare. Då skriver du någonting där och då kan vi bara svara dig och sen gå vidare. Då har vi skapat ett extra arbete som inte leder någonvart men hade du gått via chatten så hade vi kanske kunna lösa problemet direkt på fem - fyra minuter. "Läkaren har tid denna tiden, kan du då?" Och så bekräftar de tiden och lite mer information och så har vi handlagt ärendet mycket smidigare än att jag måste skriva allt detta och sen säga nej men om du vill avboka tiden osv. Det blir ett enklare förlopp.		74
JE	Ja, vi undrar om det kanske är någonting du tycker är relevant att ta upp som vi kanske vi inte fråga om?		75
R2	Alltså jag jag tycker väl ändå att jag har uttryckt mig varför jag tycker det är positivt och fördelarna med just de bilderna och så här att det finns det finns ju plats för dem här funktionerna precis	RE	76

	<p>som allt annat. I och med att det här är så pass nytt så måste vi lära oss vad man använder sig av till inom detta. Alltså en patient som är akut sjuk vill jag inte ha i chatten, jag vill ju ha direkt kontakt med den patienten. Om det gäller till exempel bröstsmärta och andfåddhet för jag vill kunna höra om patienten låter riktigt rysig och kass och får den här direkt kontakten. Och jag hoppas att Covid påskyndar allmänheten att lära sig att chatten existerar och hur man använder den. Ja men det va ju det, jag tror det var i måndags så berättade dom här att det va mellan 100 och 150 mindre patienter som ringde vid denna tiden än för ett år sedan. Vissa dagar har vi haft ganska lite folk som ringer på. Periodvis har vi ökat vissa ställen men också minskat, som just nu idag så har jag igår hade vi mer i chatten och idag har vi haft lugnare.</p>		
JE	Ja men vad tror du det beror på att göra?		77
R2	Jag tror att det beror på att folk är mindre benägna att söka för saker som inte är akut, för folk vill inte besöka en vårdcentral just nu.		78
AJA	Jag tänkte bara kolla snabbt sitter ni alla alltså på plats där uppe på kliniken? Alltså även digitalt.		79
R2	Ja, Men jag kan säga såhär att vi har haft kollegor som har haft här typ lättare symptom som faktiskt jobbat med chatten hemifrån som har kommit hit hämtat en laptop just för att du har symptom men ska inte va här enligt rekommendationerna just nu. Kom hit hämtat dator som sitter hemma och han chatten digitalt.	VE, RE	80

AJA	Ja okej då förstår jag, Den chatten, hade du kunnat logga in på din privata dator för att komma åt den?		81
R2	Nej, jag behöver en dator som har sån här kortläsare. Men jag tror att de har haft en kortläsare som man kan koppla in för min dator. Är det säkert att göra det men det handlar också om kryptering att jag tror inte att de vill att du loggar in på min privata dator eftersom den inte är krypterad och säker, så det är därför dom vill att vi ska använda dem. Alltså företagets laptop. Jag tror att det hade gått att lösa för mig att logga in hemifrån via datorn, men jag tror inte att jag får av säkerhet.	VE, RE	82
JE	Så ni kan jobba på distans men då är det vi laptopen?		83
R2	Ja precis.		84
JE	Ja men jag tror att vi fått svar på allt vi undrat nu.		85
AJA	Ja tack så jättemycket för din tid.		86
JE	Ja tack för att du ville ställa upp.		87

R2	Ja men självklart jag tycker bara det är jättekul att få vara med i ett sånt här arbete. Om ni vill komplettera sen på det ni har frågat så kan ni bara mejla mig.		88
AJA	Ja tack så mycket för din tid, ha det bra.		89
R2	Ja det samma, hej.		90
AJA	Hej.		91

## Appendix C

Intervjuare: Linn Olsson, Johanna Elmér och Amanda Javidi Agheli  
Respondent 3, Digital vårdcentral 3

*Intervju genomförd via telefon onsdagen den 22/4 - 202. På grund av att intervjun genomfördes digitalt, försvann och/eller hörs vissa ord dåligt under inspelningen.*

Person		Kod	#
JE	Hej, hör du oss?		1
R3	Jag hör er!		2
JE	Kul, Johanna, Linn och Amanda här från Systemvetenskap på Lunds Universitet. Är de bra med dig?		3
R3	Det är bra med mig ja, berätta lite grann om vad det är ni ska intervjua om. Det blev så hastigt, jag hann inte riktigt kolla upp i maillet om vad de var ni skrev att ni skulle intervjua mig om. Berätta lite om vad det är ni gör och utbildningen ni går, så jag vet vad det handlar om.		4
JE	Ja såklart, tänkte precis göra det. Vi pluggar systemvetenskap på Lunds Universitet. Så skriver vi vårt examensarbete nu på kandidatnivå och det vi tittar på är digitala vårdcentraler och pandemi. Hur det har påverkat vårdcentralerna och hur ni hanterat de.		5
LO	Även krishantering med, hur man ändrar verktyg nu när Corona har uppstått.		6
R3	Japp okej, nej men då har jag lite bakgrundsfakta. Så kör ni igång med det ni behöver veta så kan jag svara så gott jag kan.		7
JE	Yes, vi tänkte börja med att kolla så att det är okej att vi spelar in samtalet för att gå tillbaka till det du sagt samt att du är anonym i		8

	arbete. Och om det är någon fråga du inte kan svara på så är det också helt okej.		
LO	Ja precis.		9
R3	Ja, de blir bra.		10
AJA	Då börjar vi. Vilken är din roll/befattning just nu?		11
R3	Jag är gruppchef på vårdcentralen och som då har en filial i [Stad]	VE	12
AJA	Ja okej, kan du berätta lite kort om verksamheten?		13
R3	Hur det startade upp osv eller vad är det ni vill veta?		14
JE	Ja, eller hur [Företagsnamn] fungerar överlag.		15
R3	[Företagsnamn] startade som ett helt digitalt företag för fem år sen ungefär. Och drev det som en helt digital verksamhet men till och börja med enbart läkare i den digitala tjänsten. Sen valde man efter några års tid att utöka med psykologer, digitalt. Och ungefär för ett år sedan tog man även in sjuksköterskor i den digitala tjänsten. Men sen har man efter hand också insett att man dels vill utveckla sitt koncept och att man vill kunna möta hela patientens behov och då har man valt att öppna upp även fysiska enheter. Och denna vårdcentral som finns i [Stad] är då den första i Sverige faktiskt som öppnades upp. Det gjorde man i slutet av 2018.	VE	16
AJA	Ja okej, vad är de största skillnaderna mellan en digital vårdcentral och en fysisk vårdcentral?		17
R3	Största skillnaden är väl, alltså det heter ju då att den här vårdcentralen i [Stad] är en digifysisk enhet. Om man tittar på problemet från början så är det ett väldigt högt tryck i primärvården och att man inte har lyckats bemöta det behovet av patienter som har sökt vård. Egentligen i hela Sverige, vi har kommit i ett läge där man har egentligen behövt hitta ett helt nytt sätt att jobba på för att kunna bemöta det stora flödet av patienter. Och då är det här med digifysisk vård ett sätt att kunna, alltså alla patienter som inte fysisk behöver komma till vårdcentralen där man kan handlägga patienters ärende via ett videomöte ska istället omhändertas digitalt medan de som man efter ett digitalt första möte sen ser att det finns ett behov av en fysisk undersökning så ska man ha möjlighet att boka patienten på en fysisk enhet. Så är konceptet vilket innebär att man ska kunna ta emot större flöde av patienter på kortare tid och med färre personal egentligen. Och att man ska kunna ge större möjlighet till dem som verkligen behöver komma fysisk och behöver mer vård. De ska få utrymme medan lättare åkommor ska handläggas på ett enklare sätt så att de inte upptar tid på en fysiska vårdcentralen. Det är konceptet med de här med digifysisk vårdcentral.	VE	18



JE	Ja okej, skickas patienterna alltid till era [Företagsnamn] vårdcentraler då eller vilka vårdcentraler är de dem skickas till om de behöver komma till en fysisk?		19
R3	Ja alltså eftersom att detta är över hela Sverige som man möter patienter digitalt och vi har ju bara vårdcentral i [Stad], en filial i [Stad] och en liten i [Stad]. Så ser det ut just nu, även om tankarna är att vi ska öppna upp fler så självklart är det ju så att om en patient söker vård som bor någon annanstans i Sverige som sen behöver fysisk undersökas då får patienten själv söka sig till den fysiska vårdcentralen där dem är listade.	VE	20
AJA	Ja okej, vilka digitala verktyg använder ni er främst av? Du nämnde ju videosamtal tidigare, finns det fler?		21
R3	Det är absolut främst videosamtal. De finns en chattfunktion också men den används absolut lite än så länge. Så det är absolut videosamtal mest.	VE	22
AJA	Okej, men om man ska öppna upp ett ärende som patient. Hur går det till? Svaret man då först på några färdiga frågor från en mall och sedan vidare? Eller hur funkar det?		23
R3	Ja men precis, så är det. En patient som bokar ett videosamtal eller digitalt besök får först svara på en massa frågor och beroende på hur man svarar så får man upp nya frågor. Så det görs en typ av triagering redan i tidigt skede redan innan patienten får kontakt med en fysisk person. Där triageras det ju, redan där när patienten svarar på frågor så är det ju ett sånt här AI system som kopplar in antingen en sjuksköterska eller en läkare beroende på vad patienten har svarat där. Det kan också bli att beroende på vad patienten svarar kan den bli rekommenderad att direkt söka fysisk vård då man ser redan på det patienten svarat att de här är ingenting som passar sig för digital sjukvård. Så det kan alltså också vara att de får en rekommendation att de bör söka fysiskvård istället utan att de ens får kontakt med en person.	VE	24
JE	Finns det någon anledning till att ni använder just videosamtal främst eller varför det är så populärt?		25
R3	Ja alltså det är väl det att man tycker kan ersätta ett fysisk besök på bäst sätt. Alltså, man både kan prata med patienten och du ser patienten så det är väl det som kan ersätta ett fysiskt besök.	VE	26
JE	Okej, det var nog de vi hade om själva verksamheten. Ville bara gå tillbaka till din befattning lite snabbt igen. Du nämnde att du jobbat på [Företagsnamn] ett tag men vad har du gjort tidigare?		27

R3	Jag är distriktssjuksköterska, har varit på [Företagsnamn] i nästan exakt ett år. Innan dess har jag jobbat på annan offentlig vårdcentral ja.	VE	28
JE	Ja okej då har vi det klart.		29
AJA	Hur arbetar ni med krishantering hos er. Har ni några förberedningsmetoder, om ni har det?		30
R3	Alltså gällande typ ett sånt läge som vi har i just nu menar ni?		31
JE	Ja alltså har ni någon i verksamheten som är ansvariga om något allvarligt skulle hända så är det dem som har hand om det?		32
R3	Nej alltså jag kan inte riktigt säga att vi har, eller det är klart att vi har vid brand och såna saker om det skulle ske, då har vi ansvariga. Men nej inte en riktigt krishanteringsplan. Som sagt, vi här har inte funnits mer än ett år. Och började som en väldigt väldigt liten verksamhet men nej det kan jag inte säga att vi har speciellt. Det har vi inte varit speciellt förberedda på sen tidigare.	MI	33
AJA	Var ni förberedda på pandemin som kom?		34
R3	Vi hade inte någon krishanteringsplan direkt nej, som vi kunde ta fram och utgå ifrån, det kan jag inte säga att vi hade. Däremot så har vi ju jobbat ihopa ganska så snabbt så nu har vi ju en plan för hur vi ska hantera läget. Men nej vi hade inte det innan.	PR, RE	35
JE	Förstår, hur hanterade ni det det krisen kom? Finns det några speciella åtgärder som ni gjorde? Hur påverkade det er?		36
R3	Ja de vi började göra var att se över våra patientflöden till exempel. Se, vad är de för patienter som måste komma hit till den fysiska? Vilka patienter går det att skjuta upp besöken på? Mycket sortering för att förbereda hela verksamheten på om det skulle komma jättestora flöden av Covid smittade patienter. Så vi satte upp ett tält utanför vår fysiska vårdcentral där vi har hand om misstänkta med luftvägssymtom som vi tar emot i tältet. Sen har vi en speciell tältläkare och tältjuksköterska vissa timmar varje dag. Så de patienterna kommer på speciella tider och tas emot i tältet. Sen har man fått utbilda personalen i skyddsutrustning och hur den ska användas och när. Vi har börjat jobba ännu mer digitalt än vad vi gjorde tidigare. Vi försöker även vara så få personer fysisk på plats som möjligt så att vi kan skydda personalen också så att alla som kan jobba hemifrån jobbar hemma. Så vi är minimalt med personal på plats på våra fysiska enheter så har vi då digitala möten med läkare och sjuksköterskor digitalt hemifrån istället.	RE, PR, MI	37
AJA	Ja okej, vid de digitala mötena som ni kör hemifrån, är det via era vanliga datorer eller det fungera även på privata datorer?		38

R3	Nej vi har bara jobbdatorer, alla som jobbar hemma har jobbdatorer.	VE	39
AJA	För att gå tillbaka åtgärder, dessa frågor man svara på när man öppnar ett ärende som patien. Har ni behövt korrigera dem nu när covid kom? Ytterligare frågor osv?		40

R3	Ja alltså det har ju varit rätt så mycket korrigeringar just i den digitala delen, nu jobbar inte vi rent fysisk i [Stad] med själva programmet men jag vet att de har gjort en hel del justeringar. Främst så har dem lagt ut den här, som de kallar för "Symtom kollen" tror jag. Där man som patient kan gå in om man är orolig eller så att man har covid symtom. Så där kan man gå in och svara på olika frågor och sen blir man hänvisad på olika sätt beroende på hur man svarar. Men vi har också gått in och ändrat. Alltså även om man söker för någonting annat så måste patienten uppgå om man har några rör och luftvägssymtom även om man söker för annat. Så man kan träffas på rätt sätt, exempelvis när vi har tälttider. Så det är också någonting som man har lagt i programmet. Så patienten måste uppge om de har rör och luftvägsymtom och även till de digitala klienterna, hur dem ska boka dem.	RE	41
AJA	Okej, så även om jag har ont i min axel så finns det en fråga där som jag måste svara på om jag har luftvägsbesvär?		42
R3	Alltså det är mest riktat till de digitala klinikerna, att de måste ställa alltid frågan. Alltså när du är i kontakt, eller har ett videomöte så måste de alltid ställa frågan. Oavsett vad patienten söker för.	MI, RE	43
JE	Vidare till på det här med digitala verktyg, använder ni olika system till olika ärenden såsom remiss, vårdkontakt, journaler?		44
R3	Det är ett system. [Företagsnamn] har ju byggt upp sitt eget journalsystem så i det systemet så lägger patienten in svaret på sina frågor, som sedan hamnar i journalen. Läkaren eller sjuksköterskan skriver också direkt i de här [Företagsnamn] journalen och där sätter man även diagnos och annat.	VE	45
JE	Är det samma både på en fysiska och digitala vårdcentralen hos [Företagsnamn]?		46
R3	På den fysiska vårdcentralen har vi just nu båda systemen, alltså både [Företagsnamn] egna journalsystem och PMO som är region Skånes system. Det är just för att vi är med i region Skåne så måste vi använda oss utav PMO. Man får inte stå utanför deras journalsystem. Så därför är det lite klumpigt just nu för vi måste ha båda journalsystemen faktiskt igång.	VE	47
LO	Hur ser arbetsbelastningen ut nu när Pandemin kommit?		48

R3	Just nu, som jag sa, så har vi planerat om väldigt många av våra patientbesök. Vi har flyttat fram väldigt många som inte har varit akuta och behövt komma just nu. Även ställt om hela personalen för det som eventuellt komma skall. Eftersom att det inte varit jätte högt tryck ännu så har vi absolut haft det hanterligt nu dessa veckorna. Sen vet vi inte vad som kommer framöver men vi är beredda på att de ska komma mycket mer anstormning än vad de är just nu. Sen gäller det även att personalen håller sig frisk, vi hade mycket under vecka 8, 9, 10, 11 då hade vi rätt så mycket sjukdomar av olika slag, kanske en del som var covid hos personalen men de vet jag inte. Vilket gjorde att vi hade en hel del personal borta och de ställer ju till det. Det är alltså också en faktor i detta, större patientflöden och att en hel del personal är borta.	RE, PR,	49
JE	Har du någon statistik över vilken målgrupp som det främst är som använder sig utav er?		50
R3	Jag har inte någon statistik på dem som använder [Företagsnamn] appen i Sverige men däremot så har jag ju dem som listar sig här och det är väldigt få under 18 och väldigt få över 70. Så de allra flesta är där emellan.		51
JE	Hur förhåller ni er till svensk krishantering? Får ni råd från Svenska myndigheter eller måste ni söka upp det själv? Relaterat till covid 19,		52
R3	Nej vi gör väl som de flesta andra, vi söker information. Region Skåne lägger ut ständiga uppdateringar. Det skickas inte specifikt till oss. Samma med folkhälsomyndigheten, det är inget som skickas ut på automatik. Man får själv vara aktiv och söka information.	MI	53
AJA	Okej förstår, har ni fått utbilda fler nu i samband med covid? De som normalt sätt inte arbetar digitalt.		54
R3	Ja alltså när vi startade nu för 1,5 år sen så startade vi då som en digifysisk enhet, då vi skulle arbeta både digitalt och fysiskt. Det var lite trögt i början då de som kom från den fysiska vården var inte riktigt vana vid de här digitala. Så även om vi hade ett system för att arbeta digitalt så var det få som faktiskt gjorde det. Men när vi har ett läge nu som Corona så blev alla tvingade till, vi hade tidigare möjligheten men många hade skjutit de fram, vi hade inte kommit igång riktigt. Men plötsligt från ena veckan till den andra så fick alla verkligen ta tag i detta och lära sig. Så nu är ju alla igång med detta och kan systemet. Så det kan ju ses som en fördel för oss. Vi fick som en push att verkligen starta igång med det som egentligen skulle startat igång tidigare. Nu fick vi mer anledning till att göra det.	PR, RE	55

JE	Tror du att det är fler som har hittat till er vårdcentral nu i samband med pandemin? Det finns ju restriktioner om att undvika att gå till fysiska vårdcentraler i samband med pandemin.		56
R3	Ja, jag är helt säker på att det är många fler som har hittat hit, och det vet jag också. Siffrorna för digitalt sökande på [Företagsnamn] över hela Sverige har ju ökat jättemycket under de här veckorna, månaderna.	RE	57
LO	Är det många som söker vård också bara föra att få prata? Alltså psykisk vård.		58
R3	Ja de är det, det finns mycket oro. Vi har ju ett vanligt telefonrådgivning också hit till den här vårdenheten. Det är mycket mer samtal och mycket mer oro.	RE	59
JE	Vad skulle du säga var era främsta förändringar i samband med pandemin?		60

R3	Nej som sagt, det är många fler som har sökt och hittat det digitala sättet att söka vård på så det har ju anställt mycket mer personal. Inte här på fysiska men på det digitala flödet. Fler läkare och sjuksköterskor för att kunna hantera de stora flödena. Det är som sagt ganska nytt med digifysisk vård och vi lär oss hela tiden. Men det är inte helt enkelt när det sitter nästan 500 kliniker runt om i hela Sverige och har möjlighet att boka in patienter på vår lilla enhet här i [Stad] och [Stad]. Det är mycket kommunikation där emellan om hur man ska hantera flödet, vilka patienter kan bokas. Vilka kan inte bokas. Vi är fortfarande väldigt mycket i uppstart och det har såklart mycket fördelar men också svårt att få rätt patienter bokade till rätt personer på rätt tider osv.		61
LO	Om man bortser från Covid 19, vad är era framtidsplaner för [Företagsnamn]?		62
R3	Mycket fokus ju nu på att starta upp fysiska enheter. Att starta på många fler ställen i Sverige. Precis som vi sa här tidigare i intervjun, att istället för att läkaren ska hänvisa patienten till sin listade vårdcentral som patienten själv ska ringa upp så hade det varit väldigt bra att ha lite fysiska enheter här lite överallt. Kunna boka in patienten direkt till [Företagsnamn], det är väl den främsta planen just nu. Fokusera på den fysiska vården mer.	VE	63
JE	Tror du att det kommer fortsätta att vara just videosamtal i den digitala vården?		64
R3	Ja alltså konceptet är ju att patienten i möjligaste mån ska söka sig först via appen och allt som kan klaras av via där så blir patienten aldrig involverad i den fysiska vården. Och om det behövs ska den	VE	65

	till den fysiska vården. Så den vägen har man nog inte tänkt att frångå utan det är ju det som är själva konceptet.		
AJA	Nu när corona bröt ut, finns det någon funktion som ni märkt att ni saknat?		66
LO	Eller har allting gått relativt smidigt?		67
R3	Alltså det som inte går så smidigt, det är att man hela tiden får fin-slipa, att när det sitter så mycket personer spridda över hela Sve- rige så är det väldigt svårt att hela tiden nå ut med ny information. Har man en liten enhet så kan man samlas på enhetsmöten där man kan prata och diskutera och man kan få ut information. Men när man sitter så många människor, de allra flesta sitter hemma och jobbar. Att nå ut med information till alla dessa, där informationen förändras så hastigt som det gör just nu är det svårt att få alla med på tåget. Att alla ska förstå vad det är som gäller. Exempelvis, nu är det det här som gäller, nu är det de här vi kan boka. Det ser jag väl som den stora svårigheten. Många av dessa 500-450 har detta som ett deltidsarbete, de jobbar någon annanstans och har detta som ett extraknäck. Det är väl det allra vanligaste, vilket innebär att man kanske jobbar nån dag i veckan. Bara det gör att det blir svårt att hinna med informationen när saker förändras.	PR, RE	68
AJA	Ja menar du när det ändras som berör er anställda?		69
R3	Ja jag tänker nu i covid-tider så gäller olika från ena dagen till den andra. Plötsligt ska man inte boka en typ av patient eller så ska man vara väldigt restriktiv med något. Vi måste gå in och titta varje dag om va det är som gäller just nu. Hur ser flödet ut, hur ska vi tänka? Mycket ändras från dag till dag. Hela den här gruppen på 500 ska också vara med på banan och förstå att nu är det detta som gäller osv.	RE, MI PR	70
AJA	Ja okej, hade er krishantering kanske blivit lättare att hantera om ni haft bättre informationsspridning?		71
LO	Alltså både till patienter och anställda.		72
AJA	Ja aktivt både till patienter och anställda. Om en patient exempelvis har sökt för något som ni inte kan boka. Att det eventuellt hade underlättat situationen.		73
R3	Mm, ja ni menar om det funnits något koncept. Ja det är möjligt att det hade underlättat men sen är det även en väldigt unik situation som vi är i. Hela samhället har hamnat i nu som nästan ingen hade kunnat förutsäga. Men visst, det hade kanske underlättat, svårt att säga.	VE, PR	74
JE	Jag tror att vi har fått ut det mesta av intervjun vi vill nu.		74

AJA	Känner du att det finns någonting som du vill ta upp som är relevant att ta upp eller som vi glömt att ta upp?		75
R3	Nej inte sådär på rak arm, ni frågade väl rätt så mycket både kring corona och annat i digital vård. Intervjuar ni även andra digifysiska företag?		76
JE	Ja en del andra digitala vårdcentraler som vi intervjuar, anonymt då som vi sedan kommer använda i uppsatsen.		77
R3	Kan man ta del av arbetet sen? Det är intressant för oss också.		78
AJA	Ja absolut, vi tänkte precis säga det. Men som sagt, respondenterna kommer vara anonyma så det kommer inte gå att se vilket företag som är vilket men du lär ju känna igen.		79

R3	Ja men såklart, jag tycker bara det ska bli intressant att se själva arbetet sen så ni får gärna skicka det.		80
LO	Ja men såklart, det ska vi göra. Blir någon gång i juni. En sista fråga bara, nu innan vi slutar så jag får det rätt. Ni förväntar er att det ska komma en ny våg av Corona?		81
R3	Ny våg vet jag inte, men jag tror absolut inte att vi nått vår topp här nere i Skåne så vi ligger ett antal veckor efter Stockholm så jag tror vi har större flöden att vänta närmsta månaden. Det skulle jag gissa på	PR, MI	82
AJA	Okej men då har ni en hel del förberedning på det med de åtgärderna ni gjort, såsom anställa fler och göra er redo.		83
R3	Jo absolut, man har ju fått snabb sammanställa en krisplan så det har vi och många andra i sjukvården fått göra nu i dessa tider. Och vi har väl ändå haft fördelen nere i Skåne att vi har kommit lite efter Stockholm så att vi har haft lite mer tid på oss. Sen så vet man aldrig riktigt på vad som ska hända. Men vi har en plan och hoppas på att den ska hålla.	PR, MI	84
LO	Ja perfekt.		85
JE	Ja tack så jättemycket för intervjun, får önska dig en trevlig dag.		86
R3	Ja tack så mycket, önskar detsamma. Hej, hej.		87
AJA	Hejdå.		88

## Appendix D

Intervjuare: Linn Olsson och Johanna Elmér

Respondent 4, Krisrådgivningsenhet

*Intervju genomförd via telefon torsdagen den 9/4 - 2020. På grund av att intervjun genomfördes digitalt, försvann och/eller hörs vissa ord dåligt under inspelningen.*

Person		Kod	#
R4	Hej, hej.		1
JE	Är det R4 vi pratar med?		2
R4	Jajemen det stämmer bra.		3
LO	Härligt.		4
JE	Vi kom inte riktigt in på den här Skype länken så vi fick ringa istället, men hoppas det funkar.		5
R4	Ja nej men jättebra, och funkar det via den webb.. nej webblänken funkar inte heller va?		6
JE	Nej vi lyckades inte få igång det.		7
LO	Det kan bero lite på vårt internet.		8
JE	Ja internet har varit lite dåligt här.		9
R4	Aha ja.		10
R4	Men tele.. Det här går ju utmärkt.		11
R4	Och ni hör mig bra och så?		12
JE	Vi hör dig jättebra.		13
R4	Ja va bra.		14
LI	Yes, vi tänkte bara börja presentera oss.		15
JE	Jag heter Johanna.		16
LO	Och jag heter Linn.		17
JE	Vi pluggar systemvetenskap på Lunds Universitet och skriver vårt examensarbete nu.		18
R4	Mm, spännande.		19



LO	Och det kommer handla lite om digitala verktyg och krishantering nu i en rådande pandemi.		20
JE	Ja och sen så ville vi bara säga att vi spelar in samtalet bara för att vi ska kunna transkribera sen, och du kommer vara anonym i arbetet.		21
R4	Yes.		22
JE	Och sen om det är någon fråga som du känner att du inte kan eller vill svara på så har du alltid möjlighet för det.		24
R4	Ja absolut, då kan ju jag presentera mig själv också. Jag jobbar som webbredaktör på [Företagsnamn] sedan tre år tillbaka. Så det är jag och sen gör gratis form till våra sociala medier och jag har pluggat media och kommunikationsvetenskap i [Stad] så på den banan är jag helt enkelt och nu har vi mycket här med Corona då som sagt.	VE	25
JE	Såklart.		26
R4	Som hela Sverige har. De är jättespännande för er att kunna få något så aktuellt att skriva om.		27
JE	Precis, absolut.		28
LO	Vi försöker verkligen ta vara på det, på situationen.		29
R4	Ja och att det är en så pass lång händelse så det kan, det hinner ju ske mycket digitalutveckling med tiden och det måste ju vara jättespännande att följa.		30
JE	Ja absolut, hur länge har du varit på [Företagsnamn]?		31
R4	Ja som webbredaktör? Ja, i tre år snart om typ en månad, så tre år.	VE	32
JE	Ja, vill du berätta lite kort om er verksamhet?		33
R4	Japp absolut ska bara ta upp lite fusk här. Så blir det rätt haha.		34
LO	Haha ja såklart.		35
R4	Ja men [Företagsnamn] är en webbplats som vi startade egentligen för tio år sedan och det var egentligen lite precis innan tsunamin. Sen fick vi extra fart efter det då just för att det var många svenskar drabbades. Det behövdes många myndigheters olika information och då blev uppdraget att skapa en portal, som va modernt då på den tiden, en webbportal som skulle samla myndigheternas information så att allmänheten hade mycket lättare att hitta den vid en kris. Exempel nu vid coronaviruset så har vi	VE, MI	36

	kanske information från säkert 25 myndigheter och det hade varit svårt för en annan enskild person att veta vilka myndigheter man ska hitta informationen ifrån så att vi försöker, ja vi försöker vara en guide i det. Och det och all information som finns på vår site är ju bekräftad information från myndigheten. Det är jättebra att man följer med medie också men hos oss kan man jämföra, vi har bara bekräftad myndighetsinformation information.		
JE	Okej, är det bara från Sverige eller är det från andra länder också?		37
R4	Det är främst svenska myndigheter, men säg att det skulle vara en terrorattack i Barcelona där det är mycket svenskar på plats så delar vi, så försöker vi samla information ifrån de myndigheterna som finns där men främst svenska myndigheter och vi riktar oss till svenskar i Sverige och svenskar utomlands. Vår tanke är att vi ska hjälpa, att man har rätt information som medborgare då kan man oxå fatta bra beslut själv i en kris. Vi ska va en guide, men vi vill hjälpa folk i kris helt enkelt och samordna myndigheternas information. Vi jobbar med alla myndigheters information men det här uppdraget är ett regeringsuppdrag. Att ha den här webbplatsen [Företagsnamn] så att vi fick ha den här på [Företagsnamn].	VE	38
JE	Perfekt, sen kommer vi lite på krishantering och då undrar vi, vad definerar ni som en kris?		39
R4	Ja de är en jättebra fråga. Den vet jag att vi har funderat på också. Men för vår del så är det när det blir en samhällsstörning och när flera personer drabbas och de kan vara att de inte funkar precis som i vardagen. Jag ska se om jag hittar någon ännu bättre definition här. Ja, men en kris är när våra grundläggande, alltså de vi använder i vardagen hotas. Det kan vara elen eller transporter som också får stora konsekvenser där samhället inte fungerar som det ska helt enkelt.		40
JE	Yes, hur ser Sveriges krishantering ut? Finns det några skillnader beroende på vad för sorts kris det är i hur ni agerar och förbereder och planering osv. Finns det skillnader på kriser och hur ni hanterar dem?		41
R4	Ja precis det är en jättebra och svår fråga, det finns något som heter ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likhetsprincipen som är de tre grundläggande principerna för krishanteringssystemet. De handlar om att den statliga myndighet som vi normalt ansvarar för som verksamhet ska även ha det under en kris. Till exempel nu då när de är allas ansvar att inte smitta så är det inte så att [Företagsnamn] tar över och hjälper utan de ska följas i så stor utsträckning som möjligt sen kan det ju hända nåt som gör att en myndighet inte klarar det. Och först då kan ju [Företagsnamn]	PR, RE	42

	hjälpa till lite som samhällets skyddsängel, kanske mäkla resurser om någon har slut på till exempel brandutrustning på ett stället. Då kan vi skicka det dit eller hjälpa och se vart det finns så att de va ett långt svar kanske.		
JE	Nej var ett bra svar.		43
R4	Men de där tre principerna iallafall,		44
JE	Ja.		45
R4	Närhetsprincipen, de handlar ju om att ja, kommunen har ju alltid sina medborgare men klarar inte dem det då får de gå tillt länsstyrelsenivå och sen upp till.. Då det viktiga skulle kunna säga att i en kris, för att de ska fungera så bra som möjligt är det att dem som jobbar med det i vanliga fall, vid kris och sen får andra myndigheter stötta och så men det är viktigt att de funkar så nära som de gör i vanliga fall för då blir de bäst.		46
JE	Precis. Sen har vi en fråga, det finns en modell som vi jobbat med i skolan som heter Disaster Management och vi tänkte bara fråga om du är bekant med Disaster Management modellen och isåfall, arbetar ni med den?		47
R4	Nej, det kan jag inte säga att jag är.		48
JE	Haha nej vi var osäkra på den frågan också haha.		49
LO	Nej men den handlar mer bara om att det är ett förberedande för krisen och ett svar. eller att agerande på krisen. Satt det är mer såhär det här logiskt att man alltid bör ha en slags plan på något som kan inträffa och hur man isåfall ska agera om de inträffar.		50
R4	Ja juste, jo det har vi, olika planer, check och så. Sen jobbar vi, vi har ju den lyxen på [Företagsnamn] att vårt grunduppdrag är att vi ska ha en modell för hur vi ska jobba i kris och sen när det inte är kris jobbar vi med annat och annat att försöker bygga upp arbetet för att se hur de ska bli bättre. Hela vårt fokus är ju att, ja vi gör som små övningar internt om de här händer, vad ska vi göra då. Och sen diskuterar vi oss fram till det. Så jo på så sätt skulle man säga att vi jobbar utifrån modellen.	MI, PR,	51
JE	Precis. perfekt. Så går vi vidare till verksamhetens relation till Covid-19 och då har vi frågan, Var ni förberedda på en pandemi?		52
R4	Ja, ja vet inte om ni har sett det men de är ju lite kusligt men vi gjorde ju en jättestor reklamkampanj i mellandagarna med en reklamfilm och på sociala medier och då valde vi ut tre scenarion som vi vet har träffat innan och som kan inträffa och det tredje scenariot var en smitta som verkligen. Manuset var, det byggde vi ifrån svininfluensan som var 2010, och jag hade inte börjat men då var faktiskt manuset ett okänt virus från människa till	PR, MI	53

	människa via hostning och som skapar oro. Och handspriterna kanske inte fanns på apoteket, vad gör vi då? Så den videon sände vi i mellandagarna.		
JE	När finns den kvar och se någonstans tror du?		54
R4	Den finns på youtube så jag kan skicka den, det är ju jätte tillfällighet men de visar ju ändå att vi..		55
JE	Aa, men ni var förberedda haha.		56
R4	Haha jo men precis, då hade vi ändå tagit i lite i att såhär, så den de va kul att den filmen kom precis egentligen då en vecka innan det upptäcktes. Det fick ju absolut folk att hitta till våra site.		57
JE	Aa, det var ju jättebra.		58

R4	Aa, så att förberedda var vi faktiskt, vi har haft det i tanken, men sen har vi ju om man jämför med svininfluensan och den här omfattningen av coronaviruset nu när sociala medier finns på ett annat sätt och informationen sprids, det är helt galet. Man har ju aldrig varit med om någonting liknande, känner jag.	PR, SO	59
LO	Nej precis för att svininfluensan så fanns ju inte sociala medier på samma sätt som det finns idag. Så att det sprids..		60
R4	Aa, och jag tror inte folk var lika oroliga heller för då var inte samma sociala medie bruk.	SO	61
LO	Nä och felinformation och sånt här sprids ju inte på samma sätt som det gör nu.		62
R4	Nä så det är jätteintressant och få någon att forska på det. Svininfluensan var lite farligare än det här men ja de är ju jätteintressant och läskigt med virus haha.		63
JE	Aa såklart, hur har ert arbete sett ut nu med covid-19? Hur har ni svarat på krisen?		64
R4	Ja, vad sa du nu sista meningen var där?		65
JE	Alltså hur har arbetet sett ut med covid-19. Hur har ni svarat på krisen som bröt ut?		66
R4	Ja, de första vi gjorde var i januari där. Vi omvärldsbevakning varje dag vi har en vi har vi en så kallad vakthavande redaktör som ska hålla koll på hur de e i omvärlden, och sådär, amen kunna fånga upp.. för det är jätteviktigt att vi är på banan tidigt och att det inte är att allmänheten tittar och bara följer medierna och tänker, "jaha vad gör myndigheterna" för det kan skapa oro	RE, PR, MI,	67

	så det är jätteviktigt att vi är snabba och har koll så att vi började redan bevaka det i januari. Sen, det kan man faktiskt titta på om man vill, vi har en samlingssida där, ja men precis. För då var vi redan första bekräftade fallet av corona i Sverige och så var det ju avrådan och sånt där. Ska vi se, redan den 22 januari gjorde vi en så kallad samlingssida då där vi började samla myndigheternas information för det började spridas oro. Det är egentligen det vi har jobbat med sen dess och det har ju varit jätte intensivt. Vi har beredskap dygnet runt med en redaktör och nu förstärker där också så att de är ju i princip 6-7 personer dagtid och tre personer på kvällen och sen är det alltid någon på natten. Så vi har jobbat med det här hela tiden och inte kunnat jobbat med något annat i princip.		
JE	Är det då för att ge ut information om vad det är som händer eller är det för att folk ringer in? Gällande beredskapen då.		68
R4	Aa men precis det är ju både och. Då vi bara har webbportal och vi har inte, det finns inget telefonnummer till oss för den rollen tar 1177 och 1313 men däremot så är det dels för att kunna få ut ny information som är bekräftad snabbt men också för att vi använder våra sociala medier; facebook, twitter och instagram väldigt mycket och där når vi dem flesta och får väldigt mycket frågor som vi verkligen vill svara på. Så att dialogen är jätteviktig för oss, då kan vi också höra vad folk undrar över och om det finns något speciellt som vi behöver följa upp och så det är de som tar tid, alla interna avstämningar på myndigheten också.	VE, SO	69
JE	Precis, det leder oss in på nästa fråga om, vilka digitala hjälpmedel har ni använt under pandemin?		70
R4	Ja, juste men vi har ju webben, facebook, twitter och instagram sen har vi en app.. Ja vad använder vi för mer digitalt.	RE, SO	71
JE	Vilka är det ni använder främst för att förmedla information?		72
R4	Ja men då är det webben och sociala medier. Sociala medier är ju så bra för där kan vi ju casta det till webben. Webben är ju basen för allt vi gör, det är där all fakta finns, men i sociala medier kan vi lyfta kortare budskap och vissa grejer som pågår och få folk att hitta till oss.	SO	73
JE	En bred fråga, men hur har pandemin påverkat Sverige?		74
R4	Ja, hur har den inte påverkat Sverige kanske nästan? Men ja, vad ska man säga, skrämmande och fascinerande, men på alla nivåer. Dels har ju varenda person borde ju ha nåtts av det här och kanske gjort egna åtgärder känt oro. Sen är det ju, men vård och som att sprita, ställt in resor, men företagare.. jag har svårt och se något som inte har påverkats.. skola, barn, vuxna, äldre, ja alla.		75

LO	Ja, jag tänker på en sak, ni använder sociala medier och så här hänvisar till webben. Men har ni koll på när felinformation sprids, att ni försöker ligga i kapp för och få felinformationen att försvinna då? Så att inte oro sprids på det hållet.		76
R4	Precis, det är en jättebra fråga, det gör vi på lite olika sätt. Dels har vi ju en avdelning som jobbar med just informationspåverkan, men det är om det kommer något från främmande makt, då har vi ju väldigt hårda regler i våra flöden att inte sprida obekräftad information där eller länka till det så det så där försöker vi dölja mycket och det säger vi också till folk att det är de reglerna som gäller. Det kan vi också se att om folk postar grejer "oj nu verkar det här gå runt och spridas". Sen får vi också tips från resten av landet kanske från länsstyrelsen som att "nu verkar det här spridas i vårt län", det är bra för oss att känna till så vi försöker så mycket vi kan till att känna till eventuell felinformation, och på twitter har vi ibland sett några konstigheter så då försöker vi anmäla det. Vi försöker möta rykten med att bara sprida information egentligen.	VE	77
JE	Sen är nästa fråga, nu är vi ju mitt uppe i allt, men när det bröt ut, fanns det någonting ni hade kunnat göra annorlunda? Eller tycker ni att ni har lyckats bra med informationsspridningen?		78

R4	Ja, det kommer säkert att vara många saker man kunde gjort annorlunda men det som vi hade tur med, som gjorde att vi kunde va på banan så tidigt va ju att amen vi följde Kina väldigt tidigt och då hade vi information på plats i alla fall i god tid innan det började spridas i Sverige. Så att på så sätt har vi känt att vi hade ganska bra kontroll inledningsvis. Sen så var de ju precis när det började braka loss och bli väldigt stor spridning, då hade vi ett väldigt högt tryck. Då försökte man ta med rätt information och vi skalade ju upp mycket resurser men det är möjligt att det var någon vecka eller två där vi kände att vi fick jobba för mycket och då gick de trögare och sämre så vi har ju en samlingssida där vi samlar allt. Det är jättebra att vi har jättemycket information men man hade velat titta och se men okej vad kan tas bort hur kan vi göra det enklare? Vi har hunnit med grunderna men i vissa fall har det varit så stressigt att man, men man skulle kunna haft en nivå till så att det hade varit bättre och tydligare. Men ja, man kommer säkert komma på jättemycket mer saker sen av man kunnat göra bättre.	MI, RE, PR	79
JE	Ja men typ bättre strukturerat på hemsidan eller?		80
R4	Ja precis, det har vi fått lite kommentarer på, att den är svår att hitta och den är lite gammal i strukturen så den fungerar nästan bäst på webb så att där skulle vi egentligen behöva göra om hela den men det går inte att göra mitt under krisen.	RE	81

JE	Nej klart det är inte prio ett.		82
R4	Nej precis haha så att det känner vi lite att vi försökt jobba om lite och försöka göra det tydligare på andra sätt. Så att vi jobbar mycket med de här platserna på social medier och lyfta vårt budskap, men webben är lite ostrukturerad, lite otydlig men vi försöker använda den så gott det går.	RE	83
LO	Absolut.		84
JE	Sen kommer vi in lite mer på digitala verktyg. Då är första frågan, På vilket sätt har krishanteringen i ett digitalt samhälle jämför med ett icke digitalt samhälle förbättrat eller försämrat ert arbete?		85
R4	Hur det..?		86
JE	Alltså skillnaderna på ett digitalt samhälle jämfört med ett icke digitalt samhälle?		87
LO	Vi har ju varit lite inne på det här med att ni kan använda er av sociala medier på ett annat sätt än tidigare.		88
R4	Ja, nu fattar jag. Det är både lättare och svårare skulle jag säga. Lättare för att man faktiskt når ut och kan prata direkt med folk och andra sidan att varje människa blir ju en egen redaktör om man säger så. Varje människa är ju en egen spridare av information och det är ju klart att de blir svårare det är ett massivt tryck men jag tycker helt klart det blir på ett sätt mycket mer demokratiskt och det är enklare för alla att ta del av information eftersom de flesta har social medier så man dela till nära och kära. Ja men det är lättare för oss att nå ut till fler folk när sociala medier som vår extra ingång så där har vi totalt över 300 tusen följare i alla kanaler. Och där har vi också möjlighet att bygga förtroende när det är en kris så att folk litar på oss när det är kris så det är väldigt positivt att man kan använda det året runt.	SO	89
JE	Tror du att åldersgruppen är främst yngre nu när det är mycket digitalt eller når ni också ut till de äldre?		90
R4	Ja, vi har faktiskt mest äldre följare. Jag kan ju vid tillfället skicka någon skärmdump på hur det ser ut. Demografin, för vi har fler äldre som följer oss särskilt på Facebook som är 45+ så vi har faktiskt svårare att nå yngre. Så det är intressant. Det är $\frac{2}{3}$ delar män som följer oss och sen på instagram är det tvärtom där är det $\frac{2}{3}$ kvinnor men nu har vi ökat väldigt mycket. Vi hade 20 tusen följare på instagram innan jul och nu har vi 87 tusen så det har ju ha ändrats också.	SO	91
JE	Men det hade varit jätteintressant om vi får ta del av det så tar vi jättegärna emot demografi bilden.		92

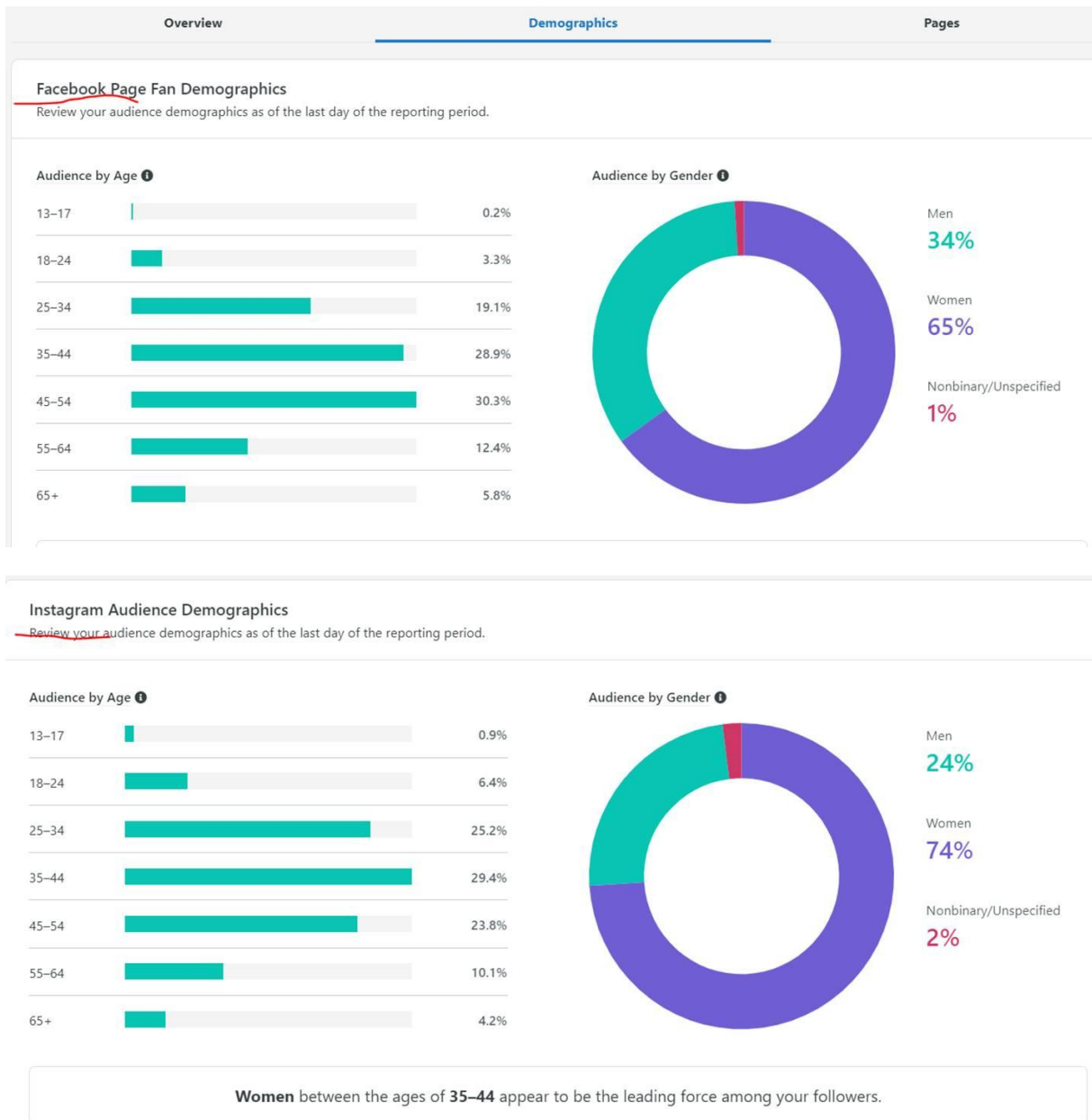
R4	Ja absolut. Det kan jag ta fram, när är det eran uppsats ska in? För jag ska nämligen gå på påskledigt idag och är ledig en vecka.		93
LO	Ja absolut. I slutet av maj ska den in.		94
JE	Sen undrar vi, är det någon speciell som är ansvariga för olika digitala hjälpmedlena eller hur ser fördelningen ut?		95
R4	I vardagen har vi den här “vakthavande aktör” den rollen ska alla kunna. Då kan man kunna publicera på webben, de sociala kanalerna, skriva nyheter med ny information. Så den rollen ska alla kunna sen har vi att lite vissa är ju lite bättre på instagram och vissa lite bättre på omvärldsbevakning men här går vi runt på schema. Till exempel idag är det en av mina kollegor som ansvarar för sociala medier så att vi försöker att vara så breda som möjligt men att man försöker va lite bättre på någonting med kunskaper så gott det går men basrollen måste alla kunna.	VE, SO	96
JE	Hur många är det som jobbar på företaget?		97

R4	På hela [Företagsnamn]? Det finns ju både i Karlstad, Stockholm, jag tror vi är upp mot över 1000 tror jag. Här i Stockholm är vi nog en 400 och på [Företagsnamn] är vi väl nio personer som är ordinarie men nu har vi vuxit så att vi är nästan 30 personer för att det ska kunna gå. Så många dygnet runt och sådär så vi har vuxit mycket för och kunna möta behovet av information.	VE	98
JE	Jobbar alla på kontor eller kan ni jobba på distans med tanke på att allt nästan är webbaserat?		99
R4	Ja och det är jättebra, så här har det faktiskt kommit något positivt med corona att man har blivit mycket bättre på att jobba digitalt och vi försöker, eftersom att det inte är bra om alla är på kontoret varje dag. Vissa roller är bra om man sitter hemma och vissa är bra om man sitter här så att det är jättebra.	VE, RE	100
JE	Har ni något uppdrag med att nå ut till exempelvis vårdcentralen och digitala vårdcentraler eller ni lägger bara ut på era kanaler? Eller kontaktar ni också andra?		101
R4	Kan vara så i vissa fall om det kan va så att allmänheten har jättemycket frågor om något som inte finns på exempelvis 1177, så kan vi maila dem såhär säga “har ni funderat på att lägga information om det här, kan vi hjälpa er att sprida det” men vi tar ju aldrig över någon annan aktörs informationsval vi måste alltid kunna länka till nåt som basfakta, men vi kan absolut ge heads up om vi ser något.		102



JE	Okej, sista frågan är väl mer bara om du har något mer som du tycker är relevant att lägga till intervjun sen här efter?		103
R4	Precis, jag kan inte komma på något särskilt just nu men det finaste tycker jag är att vi har just de här dialogerna och att vi svarar på folks frågor där vi tar det på allvar. Det är ju nästan som crowdsourcing, att vi får in det och vi hjälper till att nå ut med information. Och får tillbaka, vad vi kan lägga ut som ett samspel. Vi har blivit typ månadens kundtjänst några månader sådär på twitter. Så det är lite gulligt att vi visar att vi verkligen vill ta emot folk och lägger mycket vikt och tanke. Lite som crowdsourcing kan man säga som pågår varje dag, vi hjälper varandra.		104
LO	Skulle du tro att nu efter pandemin, när den börjat lägga sig, att folk kan gå till er och att fler personer kanske har er i åtanke till framtiden då?		105
R4	Ja det tror vi och vi gjorde faktiskt en undersökning 2018 som visade att 25% kände till oss och sen följde vi upp det nu och då hade vi nått 37% och det va ju i februari innan pandemin, så hoppas att vi kan göra en ny undersökning nästa år. Vi tror vi har fått väldigt mycket nya följare och många pushar för oss.	RE	106
LO	Tänker du att kommer något positivt ur pandemin på sitt håll?		107
R4	Ja men precis. Många har ju haft och varit väldigt duktiga och lägger upp att vi måste hjälpas åt, sprid inte rykten ganska kollektivt med att man vill verkligen vill och ta hand om varandra. Man vill göra skillnad och sådär så att det är någon sammanhållning i det ändå.		108
JE	Ja, jättestort jag tror att det var allt för oss nu, du får jättegärna skicka det med demografibilden och information.		109
LO	Ja om vi kommer på någon mer fråga så kanske vi hör av oss.		110
R4	Absolut ja men det är ju klart. Det vet man ju själv när man var student, det är roligt och ge tillbaka. Jättekul att prata med er.		111
LO	Ja, detsamma.		112
R4	Lycka till med uppsatsen.		113
JE	Ja absolut, tack så jättemycket för allt.		114
LO	Njut av semestern.		115
R4	Glad påsk tack tack hejdå.		116

## Appendix E



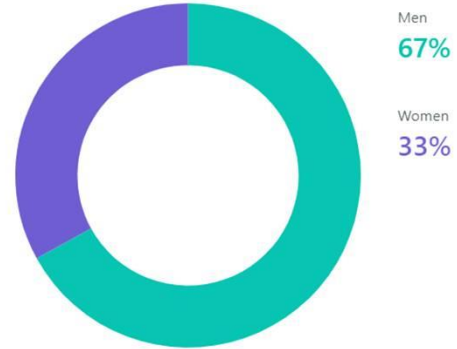
Twitter Audience Demographics

Review your audience demographics as of the last day of the reporting period.

Audience by Age



Audience by Gender



The majority of your followers appear to be **men** along with people between the ages of **25-34**.

## Referenser

- Austin, L., Fisher, Liu B., & Jin, Y. (2012). How Audiences Seek Out Crisis Information: Exploring the Social-Mediated Crisis Communication Model, *Journal of Applied Communication Research*, vol. 40, no. 2, pp. 188-207, doi: 10.1080/00909882.2012.654498
- Bryman, A. (2018). Samhällsvetenskapliga metoder. 3rd edn, Stockholm: Liber
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). Business Research Methods. 3rd edn, Oxford: Oxford University Press
- Coppola, D.P. (2011). Introduction to International Disaster Management. 2nd edn, Burlington: Butterworth-Heinemann,
- Egli, D. S. (2013). Beyond the Storms: Strengthening Preparedness, Response, & Resilience in the 21st, Century, *Journal of Strategic Security*, vol. 6, no. 2, pp. 32-45, Available online: <https://doaj.org/article/1df5e3783f044e1d8f8e09a7edd64f65> [Accessed 21 April 2020]
- Erlingsdóttir, G., & Sandberg, H. (2019). På tal om e-hälsa, Lund: Studentlitteratur AB
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Antal fall av Covid-19, Available online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/aktuellt-epidemiologiskt-lage/> [Accessed 5 April 2020]
- Folkhälsomyndigheten. (2015). Planering för beredskap mot pandemisk influensa, Available online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/planering-for-beredskap-mot-pandemisk-influensa/> [Accessed 5 April 2020]
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Sjukdomsinformation om coronavirus inklusive sars, mers och Covid-19, Available online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/coronavirus/> [Accessed 5 April 2020]
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Spridningen av covid-19 är en pandemi, Available online: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/> [Accessed 7 April 2020]
- Fors-Andrée, J., & Ronge, P. (2015). När drevet går: krishantering i praktiken, Stockholm: Liber
- Government UK, Department of Health and Social Care (n.d.). Tools: Knowledge of common digital tools and how they can help you with your job, Available online: <https://engage.dhsc.gov.uk/digitalpassport/tools/> [Accessed 25 April 2020]
- Henrich, N., & Holmes, B. (2011). Communicating During a Pandemic: Information the Public Wants About the Disease and New Vaccines and Drugs, *Health Promotion Practice*, vol. 12, no. 4, pp. 610-619, Available online: <https://www.jstor.org/stable/26739581/> [Accessed 15 April 2020]
- Holloway, R., Rasmussen, S. A., Zaza, S., Cox, N. J., & Jernigan, D. B. (2014). Updated Preparedness and Response Framework for Influenza Pandemics, *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 63, no. 6, pp. 1-18, Available online: <https://www.jstor.org/stable/24832599> [Accessed 6 April 2020]
- Jester, B. J., Uyeki, T. M., Patel, A., Koonin, L., & Jernigan, D. B. (2018). 100 Years of Medical Countermeasures and Pandemic Influenza Preparedness, *American Journal of Public Health*, vol. 108, no. 11, pp. 1469-1472, Available online: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304586/> [Accessed 7 April 2020]
- Kandel, N.(2013). Disaster and Crisis Management: Safety Leadership, Disaster & Crisis

- Management International Seminar, powerpoint presentation, World Health Organization Indonesia, 26 Mars 2013, Available online: <https://www.slideshare.net/nirmalkandel/disaster-and-crisis-management/> [Accessed 18 April 2020]
- Kilefors, H. (2020). Coronarädsplan överbelastar 1177 – nästan en tredjedel kommer inte fram, SVT, 5 mars, Available online: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/dalarna/coronaradslan-overbelastar-1177-nastan-en-tredjedel-kommer-inte-fram> [Accessed 6 April 2020]
- Kinsman, J., Angren, J., Elgh, F., Furberg, M., Mosquera, P.A., Otero-García, L., Snacken, R., Derrough, T., Crillo Santistevé, P., Ciotti, M., & Tsovala, S. (2018). Preparedness and response against diseases with epidemic potential in the European Union: a qualitative case study of Middle East Respiratory Syndrome (MERS) and poliomyelitis in five member states, *BMC Health Services Research*, vol. 18, no. 528, pp. 1-13, Available online: <https://doi.org/article/f83a348c48ff412293c6437dfbcecf2/> [Accessed 9 April 2020]
- Krey, J. (2009). Det här är Triage, Vårdfokus, 6 juni, Available online: <https://www.vardfokus.se/tidningen/2009/nr-6-2009-6/det-har-ar-triage/> [Accessed 2 May 2020]
- KRY. (n.d.). Så arbetar vi med kvalitet, Available online: <https://www.kry.se/trygg-varld/kvalitetsarbete/> [Accessed 3 April 2020]
- Lennen Merckx, J. (2018). Kritik mot digitala vårdgivare: Nätläkarna dränerar vården på resurser, SVT, 25 mars, Available online: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/kritik-mot-digitala-varldgivarer-natlakarna-dranerar-varden-pa-resurser> [Accessed 2 April 2020]
- minDoktor. (2020). Digital vård sparar pengar för såväl patient som samhälle, Available online: <https://www.mindoktor.se/om/> [Accessed 4 April 2020]
- Nationalencyklopedin. (n.d.). pandemi, Available online: <https://www.ne.se/uppslagsverk/en-encyklopedi/1%C3%A5ng/pandemi> [Accessed 15 April 2020]
- Oats, B. K. (2006) *Researching information systems and computing*. London: SAGE
- Socialstyrelsen. (n.d.). Det här är e-hälsa, Available online: <https://div.socialstyrelsen.se/det-har-ar-e-halsa/> [Accessed 10 April 2020]
- Sundström, P. (2015). Motion 62 2015/15:4296, Digitaliserad vård - en möjlighet för alla, Available online: <https://docplayer.se/39321104-Motion-62-digitaliserad-varld-en-mojlighet-for-alla.html> [Accessed 2 May 2020]
- Utz, S., Schultz, F., & Glocka, S. (2013). Crisis communication online: How medium, crisis type and emotions affected public reactions in the Fukushima Daiichi nuclear disaster, *Public Relations Review*, vol. 39, no. 1, pp. 40-46, doi: 10.1016/j.pubrev.2012.09.010
- Valacich, S. J., & Schneider, C. (2016). *Information Systems Today: Managing in the digital world*, Harlow: Pearson Education Limited
- Vetenskapsrådet. (2016). Det svenska sjukvårdssystemet, Available Online: <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html/> [Accessed 8 April 2020]
- World Health Organization. (2020). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19), Available Online: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen/> [Accessed 7 April 2020]
- Whybark, C. D. (2015). Co-creation of improved quality in disaster response and recovery, *International Journal of Quality Innovation*, vol. 1, no. 3, pp. 1-10, doi: 10.1186/s40887-015-0001-y,
- 1177 Vårdguiden. (2020). Covid-19-coronavirus, Available online:

<https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/lungor-och-luftvagar/inflammation-och-infektion-ilungor-och-luftror/om-covid-19--coronavirus/covid-19-coronavirus/> [Accessed 2 April 2020]

1177 Vårdguiden. (2019). Hitta rätt i Skånes vård, Available online:

<https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/hitta-ratt-i-skanes-varld/> [Accessed 2 April 2020]



**Referenser [Indrag vänster: 0 cm; indrag första raden: 0 cm; avstånd före: 60 pt; avstånd efter: 24 pt; ingen numrering]**