



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Omvårdnad i en digital vårdmiljö – Psykiatrisjuksköterskors upplevelser

En intervjustudie i sviterna av pandemin

Nursing in a digital care environment – Psychiatric nurses's experiences

An interview study in the wake of a pandemic

Författare: Ida Walldorf och Luna Karamehic
Handledare: Kajsa Landgren

Arbetsmanus
Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Bakgrund: Psykiatrisjuksköterskor har tidigare upplevt både hinder och möjligheter med digitala vårdtjänster. Implementeringen av dessa tjänster har inom psykiatri gått långsamt fram trots evidens för att de kan vara motsvarande fysiska besök. Forskningsunderlaget av digitala vårdtjänster inom psykiatri är i svensk kontext begränsat. Covid-19 pandemin innebar en påskyndad digital utveckling inom vården. Således anses det vara av vikt att tillvarata dessa erfarenheter i syfte att erhålla en fördjupad förståelse för de utmaningar och fördelar som psykiatriska vården kommer att möta i en allt mer digitaliserad värld. **Syfte:** Att belysa psykiatrisjuksköterskans upplevelser av den digitala omställningen som Covid-19 bidragit till.

Syfte: Att belysa psykiatrisjuksköterskans upplevelser av den digitala omställningen som Covid-19 bidragit till.

Metod: En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats utifrån åtta semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård i Region Skåne.

Resultat: Digitala vårdtjänster under covid-19 innebar både för- och nackdelar utifrån informanternas erfarenheter. Fysiska möten upplevdes som oersättliga men tekniken utgjorde ett bra komplement och pandemin upplevdes påskynda implementeringen av flera tidsbesparande verktyg. Sjuksköterskorna i studien genomförde fler telefonuppföljningar än videolänksamtal. Resultatet presenteras i fyra teman: *Omvårdnadsrelationen, Digitaliseringens för- och nackdelar, Pandemins konsekvenser* samt *Digital omvårdnad framöver*.

Slutsats: Det framkom ett behov av mer användarvänliga tjänster för videolänk för att alternativet skulle användas i större utsträckning. Mer forskning behövs avseende patienters men även andra vårdprofessioners upplevelse av digitala vårdtjänster samt upplevelser av videolänk inom psykiatri.

Nyckelord

Sjuksköterska, upplevelser, telepsykiatri, digitala vårdtjänster

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Epidemi och pandemi.....	5
Covid-19	6
Covid-19 i Sverige.....	6
Digital hälsa och digitala vårdmöten.....	7
Digitala vårdtjänster – Definition	7
Vision e-Hälsa	7
Perspektiv och utgångspunkter	8
Sjuksköterskans kärnkompetenser och digital hälsa	9
Tidigare forskning.....	10
Telepsykiatri som fenomen	10
Individuella skillnader och förutsättningar	10
Patienters medvetenhet och attityd om digitala vårdmiljöer	10
Hälsolitteracitet och e-hälsolitteracitet	11
Syfte	11
Specifika frågeställningar	11
Metod	11
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	16
Omvårdnadsrelation	16
Digitaliseringens för- och nackdelar	17
Fördelar.....	17
Teknikfrustration	18
Fysiska möten oersättliga	19
Pandemins konsekvenser	21
Konsekvenser på patienter.....	21
Konsekvenser på vården.....	21
Digital omvårdnad framöver.....	22

Patientperspektiv	22
Tekniken som ett komplement	23
Digitaliseringens fortlevnad efter pandemin	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (1).....	34

Problemområde

Det har i många år arbetats för att förbättra förutsättningarna för digitala vårdmiljöer och e-hälsa i syfte att öka tillgänglighet och delaktighet för patienterna inom vården. 2006 utformade Socialstyrelsen en nationell strategi för e-hälsa för första gången. År 2017 antog Sveriges Kommuner och Regioner visionen om att Sverige ska vara bäst i världen på e-hälsa år 2025 (Socialstyrelsen, 2018).

Trots gediget internationellt forskningsunderlag för digital psykiatri har utvecklingen och implementeringen gått trögt fram, delvis på grund av vårdpersonalens övertygelse om att kommunikationen och alliansen påverkas negativt utav skärmar (Guinart et. al., 2021, Simpson et. al, 2020).

I samband med pandemin Covid-19 och efterföljande påbud om fysisk distans fick digitala vårdmiljöer en något påtvingad och accelererad utveckling. Psykiatrin liksom övriga verksamheter inom vården blev tvungna att snabbt ställa om till att bedriva verksamheten på distans i den utsträckning som var möjlig (DiCarlo et. al. 2020).

Tidigare studier har visat att psykiatripersonal har upplevt både hinder och möjligheter med digitala vårdmiljöer som har varit specifika för psykiatrins patienter (Guinart et. al., 2021, O'Brien & McNicholas 2020, Knetchel & Erickson 2020). Det saknas dock omfattande forskningsunderlag om sjuksköterskans upplevelse av hinder och möjligheter med digitala vårdtjänster, och ännu mindre underlag finns om psykiatrisjuksköterskans upplevelser.

Bakgrund

Epidemi och pandemi

Nationalencyklopedin (2022) definierar epidemi som en *”tillfällig anhopning av en företeelse i en definierad grupp eller i ett definierat område”*. Normalt sett används formuleringen

avseende sjukdomar, i synnerhet infektionssjukdomar, vilka sprider sig mellan personer. En pandemi är en epidemi som spritt sig över hela världen alternativt i ett mycket stort område, som tar sig över globala gränser och oftast berör ett stort antal människor. Enligt Folkhälsomyndigheten (2022) utgör pandemier i många fall ett väsentligt hot mot folkhälsan och kan resultera i att hälso-och sjukvården inte räcker till. Ett fåtal gånger varje århundrade brukar pandemier bryta ut, och under 1900-talet har världen drabbats av tre omfattande pandemier; spanska sjukan, asiaten och Hong Kong-influensan. Gemensamt för dessa tre pandemier är att smittan gått från djur till människa, och bland pandemier generellt är denna smittväg vanligast.

Covid-19

World Health Organisation (WHO) deklarerade den 11 mars 2020 att en ny pandemi brutit ut i världen orsakad av viruset SARS-CoV-2, som ingår i virusgruppen coronavirus. Globalt är viruset känt som Covid-19. Redan i december 2019 påvisades viruset i Wuhan i Kina, och därefter skedde en snabb global spridning (Anka et.al, 2020). Enligt folkhälsomyndigheten (2022) benämns virusvarianter som fått stor spridning globalt Variants of Concern (VOC) av den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC). I dagsläget finns fyra VOC av SARS-CoV-2; beta, gamma, delta och omikron (ECDC, 2022). Coronaviruset ger i de flesta fall milda symtom så som hosta, halsont, feber och snuva. Covid-varianterna SARS (severe acute respiratory syndrome), MERS (Middle Eastern Respiratory Syndrom corona-virus) och Covid-19 kan emellertid leda till allvarlig sjukdom, med exempelvis andningssvårigheter, lunginflammation och organpåverkan, och i värsta till att personen dör.

Covid-19 i Sverige

Antalet konstaterade fall av Covid-19 i Sverige är idag, den 13 december 2022, 2,64 miljoner invånare och antalet dödsfall är cirka 21 200 (JHU CSSE, 2022). Folkhälsomyndigheten (2021) belyser i sin kartläggning vilka konsekvenser Covid-19 haft på regionalt och lokalt folkhälsoarbete i Sverige. Exempelvis lyfts att pandemin resulterat i förändrande (omställda, minskade eller ökade) insatser inom hälso-och sjukvården, inom kommunen och inom andra verksamheter i samhället. Då kartläggningen ägde rum ställdes flertalet insatser in eller pausades på lokal och regional nivå. Med tiden ersattes dock flertalet inställda insatser med andra alternativ så som filmer och skriftliga material, digitala lösningar och fysiska anpassningar. Insatser som ansågs vara ”smittsäkra”, som digitala stödlinjer via chatt och

telefon hade ökat. Anpassning till smittskyddsrekommendationerna och risken för oro över smittspridningen sågs som den mest betydande orsaken till att insatserna förändrats.

Digital hälsa och digitala vårdmöten

Utbyte av information digitalt och användning av digitala instrument för att frambringa och bevara hälsa benämns som e-hälsa. WHO:s definition av begreppet hälsa från 1948 lyder: *”Health is a state of complete physical, mental and social well-being”* (WHO, 2018). Det är denna begreppsförklaring som används som utgångspunkt i visionen för e-hälsoarbetet fram till år 2025 (Vision e-Hälsa, 2025). Under de senaste åren har digitala vårdmöten i form av chatt och video fått en allt större utbredning. En tydlig ökning sågs då covid-19 spred sig bland landets invånare (e-hälsomyndigheten, 2021). Socialstyrelsen (2021) menar att digitaliseringen inneburit nya möjligheter till medverkande, inflytande och självständighet inom hälso- och sjukvården. I en rapport från e-hälsomyndigheten (2021) skildras betydelsen av digitalisering och e-hälsa för den psykiska hälsan. I och med digitaliseringen har tillgängligheten för den som önskar söka hjälp ökat, och dessutom har det blivit enklare än någonsin tidigare att hitta information avseende psykiska besvär. Utöver detta kan digitala vårdmöten underlätta samordning av insatser, och den vårdsökande kan bli mer delaktig i planering och genomförande av vården. Potentialen med digitaliseringen i form av nya sätt att arbeta, ändrade tjänster och individens inflytande erbjuder moderna sätt att möta kommande tidens utmaningar i området psykisk hälsa.

Digitala vårdtjänster – Definition

Socialstyrelsen (2018) beskriver digitala vårdtjänster som en heterogen grupp vårdtjänster som tillhandahålls genom digital distanskontakt där patient och hälso- och sjukvårdspersonal sitter på skilda platser under tiden som vården äger rum. Begreppet innefattar all form av digital kommunikation. Viss kommunikation sker synkront, dvs i realtid, exempelvis telefoni eller videolänk, annan kommunikation sker asynkront, (med viss fördröjning), exempelvis mail, chatt, textmeddelanden eller bildmeddelanden.

Vision e-Hälsa

”År 2025 ska Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa”

Citatet ovan belyser regeringens och Sveriges kommuners och regioners (SKR) gemensamma vision avseende e-hälsoarbete fram till och med år 2025. Beslutet att understödja visionen för e-hälsoarbete togs redan i mars år 2016. Sedan dess har två handlingsplaner, en mellan 2017–2019 och en 2020–2022, lagts fram. I handlingsplanen för 2020–2022 är fyra inriktningsmål fastställda. Dessa är; en trygg och säker hantering av information, stöd för implementering och bruk av nya tekniker, tillgång till rätt information och kunskap samt att patienter, brukare och anhöriga ska ha rollen som en medskapare i kontakter och processer med socialtjänsten och hälso- och sjukvården. SKR ska leda, samarbeta och följa upp strategin för Vision e-hälsa 2025, där det huvudsakliga syftet är att bistå arbetet att tillvarata möjligheterna med digitaliseringen i socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Tillgång till hjälpmedel som främjar digitalisering ska erbjudas av verksamheterna och för att möjliggöra användande av digital vård på arbetsplatsen ska medarbetarna erbjudas det stöd de är i behov av. Den service som erbjuds, resursfördelning och inflytande ska i arbetet med e-hälsa och digitalisering ske utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Syftet är att både kort- och långsiktigt förbättra vården (e-Hälsomyndigheten, 2021).

Perspektiv och utgångspunkter

Joyce Travelbee var en amerikansk omvårdnadsteoretiker med bakgrund som sjuksköterska inom psykiatri född i New Orleans 1926. Travelbees teori, ”*The Human-to-Human Relationship*” berör omvårdnadens mellanmänniska utgångspunkter med inriktning på det mellanmänniska synsättet. Grundläggande för teorin är att varje människa är en unik och säregen individ som endast lever en gång och inte kan ersättas. Människan, meningen med livet, kommunikation, lidande och mänskliga relationer är de mest väsentliga begreppen i teorin. Enligt Travelbee uppfattar olika individer lidande och sjukdom på olika sätt, och därmed är det viktigt att vårdpersonal inte drar på förhand utformade slutsatser eller jämförelser till möten med andra patienter i det initiala vårdmötet. Relationen mellan människor skapas i en process vilken består av fem faser; ”*Det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt*”. Interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten är således det väsentliga i omvårdnaden, där sjuksköterskan i sitt arbete till en början måste begripa vad som sker i kontakten mellan sig själv och patienten. Det viktigaste redskapet för en lyckad interaktion är enligt Travelbee kommunikationen. Via kommunikation uttrycker sjuksköterskan och patienten sina tankar och känslor, och på så vis

kan en ömsesidig relation skapas mellan dem. I kontakten bör sjuksköterskan vara ödmjuk i förhållandet till patienten samt ha förmågan att använda sig av olika tekniker för att skapa en passande sinnesstämning. På så vis kan sjuksköterskan få en förståelse för och hjälpa patienten att finna strategier för att lindra eller undvika lidande (Kirkevold, 2000).

Sjuksköterskans kärnkompetenser och digital hälsa

Svensk sjuksköterskeförening (2017) listar informatik som en av sjuksköterskans kärnkompetenser på såväl grund som specialistnivå. Med informatik som kärnkompetens avses bland annat sjuksköterskans ansvar att kunna använda men även påbörja utveckling av e-hälsoverktyg och tjänster. Detta mot bakgrunden av samhällets allt mer komplexa vårdmiljö där tillgänglighet är en stor nutida men även framtida utmaning. I sjuksköterskans sex kärnkompetenser ingår även förbättringsarbete och kvalitetsutveckling vilket innebär att sjuksköterskan bland annat har ett ansvar att identifiera, utvärdera och dokumentera systematiskt förbättringsarbete, så även e-hälsa och digitala vårdmiljöer. Även pedagogik ingår i kärnkompetenserna och innebär att sjuksköterskor ska kunna möta patienter med olika nivåer av kunskap och utforma pedagogiskt stöd utefter de individuella behoven. Digital kompetens varierar mellan olika patienter, och sjuksköterskan ska arbeta för att motverka så kallat digitalt utanförskap genom att individanpassa information och psykoedukation så att patienter kan tillgodogöra sig vården (Martin, 2019).

Övriga kärnkompetenser är personcentrerad vård, säker vård, samverkan i team, evidensbaserad vård och ledarskap (Martin, 2019). Syftet med e-hälsa inom omvårdnad är utöver ökad tillgänglighet även ökad delaktighet genom förbättrade möjligheter till personcentrerad vård. För att implementering ska kunna ske krävs att sjuksköterskor i form av arbetsledare styr verksamheten i rätt riktning men även samverkan med andra i vårdteamet (Martin, 2019). Säker vård är alltid av vikt och inte minst i digitala situationer. Det är viktigt att behandla patienters personuppgifter på ett tryggt och säkert vis. I Sverige finns utöver den allmänna europeiska GDPR-lagstiftningen även patientdatalagen att förhålla sig till. Svensk sjuksköterskeförening (SSF) har sedan 2012 publicerat rapporten ”Strategi för e-hälsa”. I deras rapport från 2019 fastställer föreningen att verksamheterna har långt kvar för att nå upp till de nationella målen som är ställda till 2025 (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). SSF trycker på behovet av ytterligare utbildning inom e-hälsa inom såväl grundprogrammet som

specialistprogrammet för sjuksköterskor, men även i arbetslivet där stora luckor finns avseende kompetens och användarvänlighet.

Tidigare forskning

Telepsykiatri som fenomen

Digitala vårdmiljöer inom psykiatrin är inget nytt fenomen, olika former av telepsykiatri har funnits sedan 1800-talet. Idag avses med telepsykiatri främst videobesök som är mer lika fysiska besök än vid telepsykiatrins början. Implementeringen har gått trögt trots att flera studier visat att digitala möten kan ha motsvarande resultat som fysiska besök inom psykiatrin (Guinart et al 2021).

Individuella skillnader och förutsättningar

För vissa patientgrupper har digitala vårdmöjligheter inneburit ökad öppenhet och förbättrad terapeutisk allians. Maktförhållandet mellan vårdgivare och patient har balanserats när patienten kunnat stanna kvar i eget hem i stället för att ta sig till en mottagning (Simpson et al 2020, Foye et al 2021). De patienter som främst haft nytta av digitala vårdmiljöer har varit unga suicidnära män som drar sig för att söka vård samt patienter från små orter som dragit sig för att söka vård på grund av svårigheter med att bibehålla anonymitet. Även patienter med social fobi och depression har föredragit digitala vårdmöten framför fysiska sådana. Patienter med kognitiva svårigheter eller paranoida symtom gynnades inte alltid av digitala vårdmiljöer. Bristande tillgång till rätt utrustning och/eller otillräcklig teknisk kunskap utgjorde också hinder i vården för vissa patienter (Foye et al 2021, Guinart et al 2021).

Patienters medvetenhet och attityd om digitala vårdmiljöer

Det finns ett samband mellan tidigare kännedom om digitala behandlingsmöjligheter och en positiv attityd till dessa. Patienter som hade haft tidigare erfarenhet av digitala vårdsamtal värderade besöken lika högt som fysiska besök till skillnad från de som inte hade tidigare erfarenheter som värderade dem lägre än fysiska besök. Studiedeltagare som hade fått information om digitala vårdsamtal innan var mer positivt inriktade än de som ej erhållit någon information vilket tyder på att ökad medvetenhet kan vara en nyckel till en mer positiv inställning till digitala vårdmöten (Knetchel & Ericksson 2020).

Hälsolitteracitet och e-hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet är ett begrepp vars definition varierat genom åren och mellan professioner. Vissa har utgått från de specifika egenskaperna som en person bör ha för att uppnå hälsolitteracitet medan andra utgått från målet som ska vara *möjlighet att ta in, bearbeta och förstå information i hälsosammanhang* (Berkman et al, 2010). Begreppet e-hälsolitteracitet har växt fram i samband med ökade möjligheter för patienter att vara delaktiga i den egna vården med hjälp av e-hälsa. Olika individer bär på olika förutsättningar att tillvarata och nyttja den vården som finns digitalt. Dessa förutsättningar kan mätas enligt skalan eHEALS som testats för svensk kontext med goda resultat (Wångdahl et al 2020). Skattningar enligt eHEALS kan användas i både klinisk kontext för att hitta patienter som är i behov av extra resurser på grund av låg e-hälsolitteracitet samt i forskningssammanhang för att utvärdera populationers e-hälsolitteracitet (Norman & Skinner 2006).

Syfte

Att belysa psykiatrisjuksköterskans upplevelser av den digitala omställningen som Covid-19 bidragit till.

Specifika frågeställningar

1. Vilken inverkan har den digitala vårdmiljön haft på omvårdnadsrelationen?
2. Vad kan vi ta med oss för lärdomar framöver och vilka utvecklingsområden finns?

Metod

Studien har genomförts med en kvalitativ metod med induktiv ansats (Polit and Beck 2021). Semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på öppenvårdsmottagning i Region Skåne har genomförts. Intervjuerna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys med latent ansats (Lindgren et al 2020)

Urval

Informationsbrev till verksamhetschefer inom psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Region Skåne mailades ut i juni 2022. Då flera verksamhetschefer inte hade gett ett svar i augusti skickades en påminnelse till vederbörande. I informationsbrevet delgavs studiens inklusionskriterier som var; legitimerade sjuksköterskor, som kan tala och förstå svenska, med en pågående anställning inom Region Skåne och som haft minst ett års erfarenhet av arbete inom psykiatrisk öppenvård. Inga exklusionskriterier tillämpades.

Efter att godkännande inhämtats från verksamhetschefer skickades informationsbrev ut till 21 psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Region Skåne. Informationsbrev till mellanhand mailades ut till berörda enhetschefer som ombads vidarebefordra informationen till aktuella sjuksköterskor. Nio informanter visade intresse för att vara med i studien via mailsvar, varav åtta intervjuades. Skriftligt samtycke inhämtades inför samtliga intervjuer. Fyra informanter arbetade på allmänpsykiatrisk mottagning, en arbetade på ACT-mottagning, en på bipolärmottagning, en på BUP-mottagning samt en på BUPs telefonrådgivning En Väg In. Hälften av informanterna arbetade i Lund och hälften i Malmö. Av de åtta intervjuade var sju kvinnor och en man, sex av åtta hade specialistsjuksköterskeutbildning och erfarenheten inom psykiatri varierade mellan ett och fyrtio år.

Instrument

Som vägledning i intervjuerna utgick författarna från intervjuguiden som finns bifogad som bilaga 1. De tre delar som har täckts i samtliga intervjuer var introduktion och bakgrundsinformation, upplevelser kring tekniska, organisatoriska eller infrastrukturella delar av digitalisering samt slutligen upplevelser kring inverkan på omvårdnadsrelationen.

Datainsamling

Inför samtliga intervjuer inhämtades skriftligt samtycke via mail eller på plats. Två av åtta intervjuer skedde via Teams-länk och sex intervjuer utfördes på informanternas arbetsplats. Deltagarna uppmuntrades att delge sin verklighet så som de har uppfattat den. För att klargöra och fördjupa svaren ställdes följdfrågor. Intervjudurationen var mellan 13 och 35 minuter. Samtliga intervjuer spelades in via författarens mobiler under flygplansläge och därefter överfördes ljudfilerna till extern hårddisk där de sparas fram till att uppsatsen är godkänd för att sedan raderas.

Analys av data

Vid analys av data från intervjuinspelningar och transkribering användes kvalitativ innehållsanalys enligt Lindgren et al (2020). Studien tillämpade latent tolkning av resultatet för att bilda teman. Författarna transkriberade sina respektive genomförda intervjuer. Det transkriberade materialet genomlästes av författarna ett flertal gånger för att kunna indela det transkriberade materialet, analysenheten, i meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna diskuterades igenom mellan författarna för att kunna bekräftas. När författarna var överens om de meningsbärande enheterna i analysenheten kondenserades dessa ner till koder. Likartade koder fördelades genom abstraktion i olika subteman och teman. Genomgående genom processen diskuterades det mellan författarna för att säkerställa att de koder och teman som framkommit accepterades av båda författare. I tabell 1 visas ett utdrag från analysprocessen för att tydligare exemplifiera hur processen gått till. För att stärka författarnas tolkning av data och teman presenteras citatutdrag i resultaten för att representera de olika teman som uppkommit.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

	Meningsbärande enhet, meaning unit, ME	Kondensering	Kod	Subtema	Tema
S6M11	<i>Hur har du upplevt att de tillgängliga tekniska redskapen fungerat, fungerar?</i> Eh, ja upplever att det va lite krångligt. Jag var i en process där jag skulle skaffa den här möjligheten att ha videosamtal. Men eh, jag avbröt den processen själv för att jag tyckte att det var för krångligt och för att det just då inte var tvunget att man skulle träffas på distans.	Jag avbröt processen med att använda mig av videosamtal för att det var för krångligt.	Videosamtal för krångligt	Teknikfrustration	Digitaliseringens för och nackdelar
S6M12	Och sen tyckte jag att det var ganska krångligt så jag tyckte inte det funkade särskilt bra. Det va ganska många steg man skulle göra och eh, verifiera sig och man behövde vissa koder och man	Det var många steg för att logga in i videosamtal programmet, det var inte smidigt.	Många steg och osmidigt med videosamtaltjänst	Teknikfrustration	Digitaliseringens för och nackdelar

	behövde koppla in sekreterare. Så det funkade inte så smidigt. De här patientsamtals video grejsen.				
S6M13	Men när det gäller teams, och i samband med möten med kollegor så funkade det väldigt bra. SIP:ar tex har jag varit med på några stycken via teams. <i>Och du upplevde inte att det hackar eller att..?</i> Nej, jag tycker det har funkat klockrent.. teams.	Möten via teams har fungerat klockrent i möten med kollegor och SIP:ar.	Teams klockrent i arbetet	Fördelar	Digitaliseringens för och nackdelar

Forskningsetiska avvägningar

Inför studien skickades projektplan och samtliga bilagor in till VEN – vårdvetenskapliga etiknämnden för yttrande att genomföra studien. Efter godkänd etisk prövning från VEN inhämtades godkännande av verksamhetscheferna via informationsbrev.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det fyra huvudkrav som utgör de etiska principerna vid humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, dessa antogs av humanistisk samhällsvetenskapliga forskningsrådet i mars 1990. De fyra huvudkraven består utav informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandeprincipen.

Denna studie förhöll sig till dessa fyra principer på följande sätt:

I första hand skickades ett informationsbrev till verksamhetschefen avseende studiens syfte, planerade urval med inklusions- och exklusionskriterier och metod. Efter godkännande från verksamhetschefen skickades informationsbrev om studiens syfte och innehåll samt om hur uppgifter hanteras ut till deltagare. I samband med informationsbrev fick deltagare också en samtyckesblankett. I informationsbrevet framgick att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan och/eller få sin data raderad utan några invändningar eller konsekvenser. Intervjuerna skedde enligt deltagarnas möjligheter till intervju, inga påtryckningar avseende tid eller plats förekom. Samtliga uppgifter kodades och därefter har personuppgifter raderats. Datamaterialet sparades på hårddiskar med lösenord så att enbart författarparet och handledare hade tillgång till

materialet. Ljudupptagningar, transkriberad text och annat material kommer efter studiens genomförande att raderas från samtliga hårddiskar och studiedeltagarna försäkrades om att data inte kommer att användas i andra syften än det som uttryckligen beskrivits i informationsbrevet. Studiedeltagarna erbjöds genomläsning av det transkriberade materialet innan materialet bearbetades vidare för att kunna välja bort sin medverkan vid önskemål.

Resultat

I resultatet presenteras fyra huvudteman med tillhörande subteman, se *tabell 2*. Utdrag från intervjuerna är benämnda sjuksköterska (S) 1–8. De digitala verktyg som sjuksköterskorna har använt var Teams för möten och Telia Video för patientsamtal. På BUP har personalen dessutom använt sig utav Blå Appen som är ett digitalt hjälpmedel för inhämtande av självskattningsformulär, mätvärden och läkemedelsinformation inför besök och uppföljningar.

Tabell 2: Tema och subtema

Omvårdnadsrelation	Digitaliseringens för- och nackdelar	Pandemins konsekvenser	Digital omvårdnad framöver
	<i>Fördelar</i>	<i>Konsekvenser på patienter</i>	<i>Patientperspektiv</i>
	<i>Teknikfrustration</i>	<i>Konsekvenser på vården</i>	<i>Teknik som ett komplement</i>
	<i>Fysiska möten oersättliga</i>	<i>Förändring</i>	<i>Digital omvårdnad framöver</i>

Omvårdnadsrelation

Under temat *omvårdnadsrelation* beskrev sjuksköterskorna vad de upplevde vara essentiellt i patientrelationen samt vilka erfarenheter och verktyg som var betydelsefulla i patientsamtal.

En viktig faktor för att kunna skapa en god omvårdnadsrelation till patienten ansåg sjuksköterskorna var förmågan att lyssna, ge ett gott bemötande och att inge förtroende. Det framkom även att alliansen mellan patienten och sjuksköterskan betraktades vara ha stor betydelse för att patienten skulle våga öppna upp sig och prata obehindrat. Vidare i analysen framkom det dessutom att det var av vikt att använda sin röst som verktyg, vara observant på ordval och sålla ut relevant information i patientsamtalet. Sjuksköterskorna upplevde att det i många fall togs beslut som inte patienten var enig om, och de var då av vikt att kunna hjälpa patienten i att hantera frustrationen som beslutet skapade. Vidare beskrevs vikten av att ge en personcentrerad vård, inventera funktion och mående samt ge patienten viktiga redskap för att kunna hantera vardagen. Relationen mellan patient och sjuksköterska kunde vara krävande

och det var då betydelsefullt att ha inställningen att tänka att patienten alltid gör sitt bästa, att vara varm och hjälpa till förståelse samt att vara tydlig och ställa krav för att kunna hjälpa patienten till förändring menade sjuksköterskorna.

” Det är liksom att patienten litar på en, att de hör av sig hit så frågar de efter en själv. Att de vågar öppna upp sig, att de känner att de kan bara sätta sig och prata obehindrat” (S6)

Digitaliseringens för- och nackdelar

Temat innefattar informanternas positiva respektive negativa erfarenheter av digitaliseringen under pandemin.

Fördelar

Sjuksköterskorna upplevde ett flertal praktiska fördelar med den tekniska utvecklingen under pandemin. Grupputbildningar kunde hållas digitalt vilket bidrog till att fler kunde delta och få rätt vård i tid. Ytterligare fördelar som sjuksköterskorna beskrev var att affektsmitta inte hade förekommit lika ofta i gruppmiljöer som vid fysiska sådana. Slutligen hade även personal och verksamheter upptäckt fördelarna med att hålla delar av verksamheten digital, fördelar i form av tidseffektivitet, mindre logistik samt att det hade blivit lättare att hitta tider till möten. Sjuksköterskorna framförde även fördelar i form av att ha känt sig mindre slitna efter digitala grupputbildningar än fysiska sådana samt möjligheten att ha kunnat arbeta hemifrån vid lättare sjukdom.

”Medan det här med digitala möten, SIP-möten och så. Det kommer ju nog att permanentas tror jag. Alla har ändå insett att det är stora vinster i det” (S4)

Sjuksköterskorna beskrev att en del patienter gynnats av den digitala omställningen, så som de patienter som av olika omständigheter har svårt att ta sig till mottagningen eller där rädsla för sjukdomar hos patient förelegat och telefonuppföljning varit ett bra alternativ.

” Det är någon som jag bara har haft på telefon för att hon tycker att det är så fruktansvärt jobbigt att ta sig hemifrån, att ta sig ut. Hon reder inte det i perioder så då tar vi telefon och det funkar bra” (S2)

I analysen framkom det även att omställningen på vissa ställen upplevts som välorganiserad. En verksamhet förberedde sig genom utbildningar i Telia Video. Det framkom även att en sekreterare hade varit IT-ansvarig på en arbetsplats, och att detta uppfattats ge visst stöd.

”Med tanke på att alla nog var ganska oförberedda, så får man ju ändå såhär i efterhand tycka att det, det gick ganska snabbt och hyfsat smidigt på många sätt tycker jag” (S4)

Teknikfrustration

En frustration beskrevs när de tekniska redskapen inte fungerade optimalt. Det visade sig i att mottagaren utrustning ibland inte fungerade samt att de upphandlade tekniska redskapen har varit av varierande användarvänlighet. Komplikationer med ljud och bild samt att inte ha kunnat komma in eller ha blivit utslängd från ett möte var sådant som tog tid från patientmötet och bidrog till frustration och stress. Sjuksköterskorna beskrev vidare att det i stunder då tekniken inte fungerade var stressfullt att inte veta vad det berodde på eller vem som skulle lösa det.

” Vi har... det har vart svårt att få till det. Och så är man ju lite sådär, har man provat några gånger och det inte funkar så struntar man i det för att det tar för mycket tid...” (S4)

I intervjuerna benämnde sjuksköterskor att tidigare erfarenhet, öppenhet, tillgång till information och relevans påverkade inställningen till den digitala omställningen. Sjuksköterskorna beskrev att de blev självständiga med tekniken efter hand, men att det varit stressfullt under själv omställningen. Det var emellan sjuksköterskorna delade meningar kring den digitala förändringen, där å ena sidan öppenhet för vad det digitala möjligheterna förde med sig framfördes medan det å andra sidan beskrevs ett motstånd bland sjuksköterskorna till den digitala omställningen där digitala program uteslutits, trots efterfrågan bland patienter. Tidigare teknikerfarenhet hos personalen uppfattades enligt sjuksköterskorna ge ökade möjligheten att vara lyhörd över distans. De hinder som beskrevs var oerfarenhet och/eller

hög ålder hos personalen som kunde bidra till en rädsla för nya saker, en rädsla för att göra fel och/eller missa information.

”... jag tror man är rädd för att göra fel och trycka på fel knapp liksom” (S1)

Regionens sätt att förbereda för en digital omställning rådde det skilda meningar om. Sjuksköterskorna uppfattade att det organisatoriska stödet varit obefintligt, att personalen inte fått någon genomgång av tekniken och att man vid starten inte hade några redskap. De problem som uppstod upplevde sjuksköterskorna bollades runt, arbetsuppgifterna upplevdes öka utan kompensation och det uppfattades finnas en ekonomisk press att använda de digitala programmen. Vidare framförde sjuksköterskorna att vissa datorer inte hade fungerande kameror, och menade att obefintlig teknik kunde leda till inställd vård samt att headset borde erbjudits för att minska störande ljud.

” Det var en känsla att det lades i våra knän. Och det tror inte jag är ensam om. Utan det tror jag hela mottagningen kände, att man fick det liksom i knät” (S.5)

Sjuksköterskornas upplevelse var genomgående att Teams fungerat utan större bekymmer medan Telia Video ansetts tungrott och oanvändarvänligt. Sjuksköterskorna upplevde problem med att både genomföra bokningar och avbokningar samt i att kommunicera ändringar i bokningen till patienter. Det upplevdes dessutom som att det krävdes för många steg i starten för att få verktyget att fungera. Sjuksköterskorna berättade att de valde bort Telia Video på grund av detta. Bekymmer med Telia video ledde till att sjuksköterskorna och deras kollegor istället följde upp patienterna telefonledes.

Fysiska möten oersättliga

Sjuksköterskorna upplevde att även när tekniken hade fungerat som den skulle så gick en del saker förlorade vid det digitala mötet. De intervjuade sjuksköterskorna berättade om att nyanser förlorades, att en distans skapades samt att det kunde vara svårt att genomföra vissa bedömningar digitalt. Svagheter i det digitala mötet beskrevs som att ansiktsuttryck var svårtolkade samt att det blev mindre personligt och påverkade kontakten negativt. Vidare upplevdes det som svårt till omöjligt att genomföra somatiska undersökningar eller att

genomföra lämpliga åtgärder vid allvarlig försämring digitalt. Sjuksköterskorna tog även hänsyn till patienternas behov av det mellanmännsliga mötet. Genomgående beskrevs en upplevelse av att det fysiska mötet aldrig går att ersätta helt.

” Relationen i rummet eller så, känslan i rummet, det tror jag är svårt, att ersätta det digitalt.” (S1)

I analysen har det framkommit utmaningar för patienter baserat på patientens verbala förmåga, ålder, sjukdomsbild, och att patienter *”...måste ha tekniken, de måste veta hur den används, och inte vara rädd för tekniken av olika anledningar” (S3)*. Det har exempelvis beskrivits av sjuksköterskorna att distansbedömning över telefon försvåras av torftiga svar från yngre barn och att äldre personer kan ha svårt för den nya tekniken. Dessutom påpekade sjuksköterskorna att tystlåtna och fåordiga patienter kan vara svåra att tolka digitalt samt att vissa patienter tenderade att överdriva sin problematik över telefon. Därtill har somliga patienter kanske inte tillgång till tekniska redskap medan andra kan ha ett motstånd mot tekniken på grund av rädsla.

” ...för det är ju svårare eller omöjligt på telefon om inte patienten är väldigt bra på att beskriva och berätta, många säger ju ingenting men är de i rummet så ser man ju att det är någonting som inte ser bra ut” (S2)

Att göra en bedömning digitalt på en ny patient ansåg sjuksköterskorna var svårt att genomföra, de ansåg att tidigare relation till patienten var en förutsättning för att kunna genomföra bedömningen digitalt. Sjuksköterskorna beskrev att nya patienter var svårtolkade över telefon, i synnerhet om de höll en fasad uppe. Sjuksköterskorna förespråkade videosamtal över telefonsamtal då man ser varandra vilket ger bättre kontakt, men det beskrevs fortsatt att mycket kunde misstolkas. Vid tidigare kännedom om patienten upplevde sjuksköterskorna den digitala bedömningen som likstämig med ett fysiskt besök. Det framfördes också att sjuksköterskor övervärderar det fysiska mötet, att sjuksköterskor har för stor tilltro till sin egen förmåga, och att det ibland inte var lika viktigt för patienterna att träffas som för sjuksköterskorna.

” ...över video så ser man varandra om man inte har träffats innan så får man ändå mer kontakt men om man bara ringer någon som man inte har träffat innan så blir det lite svårare att göra de här bedömningarna liksom” (S4)

Pandemins konsekvenser

Utöver digitalisering bidrog pandemin till flertal upplevda konsekvenser på både patient och på vården. Dessa upplevelser presenteras under följande tema.

Konsekvenser på patienter

Sjuksköterskorna uppfattade att pandemin orsakade dels en generell rädsla bland patienter, dels en rädsla att komma till sjukhuset vilken kan ha medfört ett ökat lidande för patienterna. Sjuksköterskorna upplevde därtill att pandemin varit negativ för de patienter där behov av aktivering fanns och att tendens till isolering ökade vid viss psykiatrisk problematik. Isolering i sig beskrevs av sjuksköterskorna dock inte endast som negativt, utan för vissa individer beskrevs fördelar med självisolering. Sjuksköterskorna poängterade att en del patienter var bekväma med det digitala, somliga uppfattades betrakta pandemin som spännande och en del njöt av pandemin.

”För egentligen var det ju inte så bra för det var ju en patient som behövde komma ut, få lite rutiner och fixa. Komma i gång... Den patienten behövde just beteendeaktivering och komma i gång i saker.” (S6)

Konsekvenser på vården

Sjuksköterskorna rapporterade varierande upplevelser kring huruvida de upplevt förändring under pandemin. Det framställdes som en stor omställning och som en absurd situation. En annan synpunkt var att den psykiatriska vården egentligen inte hade förändrats så mycket under denna period för dem som inte hade använt sig av de digitala verktygen i patientsamtalen och att många patienter hade fortsatt att komma till mottagningen. Pandemin ansågs ha haft en betydande inverkan på vården, och både positiva aspekter och negativa aspekter framfördes i intervjuerna. Sjuksköterskorna uppgav att sättet att arbeta på förändrades under pandemin; mer digitaliserades, telefonsamtalen upplevdes öka, besöken på mottagningen minska och att möten och grupper hade varit inställda. Sjuksköterskorna

beskrev att både de och patienterna var tvungna att stanna hemma vid minsta symtom på covid-19. Vidare uppgavs att det på mottagningarna varit påbud om visir och munskydd både för sjuksköterskan, patienten och dess anhöriga, vilket av sjuksköterskorna kändes konstigt att använda i patientsamtal. Vidare ansåg sjuksköterskorna att restriktionerna under pandemin resulterat i mer ensamarbete på kontoret. Sjuksköterskorna menade på att förändringarna under pandemin framför allt varit positiva, de nämnde att mottagningarna nått ut till patienter som annars inte tar sig ut och att vården således erbjudit en större verktygslåda med fler valmöjligheter för patienter. Även prepandemiskt beskrev sjuksköterskorna att presentationer som tidigare varit fysiska, gått över i digital form.

*”Men många saker blev plötsligt gjort *skratt*. Det blev möjligt liksom, under pandemin får man säga.” (S3)*

Digital omvårdnad framöver

Patientperspektiv

Sjuksköterskorna rapporterade om varierande inställning till det digitala från patienternas sida. En del sjuksköterskor vittnade om att patienterna blev så pass bekväma med det digitala att det blev svårt att gå tillbaka till fysiska möten när det blev möjligt igen. Andra sjuksköterskor berättade att de inte haft någon som helst efterfrågan om digitalt från patienter utan snarare tvärtom. De menade att variationerna kan tolkas i ljuset av vilka patientgrupper som sjuksköterskorna arbetat med. Det framkommer att exempelvis paranoida symtom kunde utgöra ett hinder för digitala möten medan patienter som hade svårigheter med att ta sig ut som en del av sin grundproblematik kunde se möjligheter i det digitala.

”...sen kan det vara delvis relaterat till alltså patientgruppen eller området, område psykos där det kanske kan vara lite svårt det här med teknik Att man kanske har föreställningar om saker eller att man är avlyssnad.” (S.3)

Tekniken som ett komplement

Sjuksköterskorna upplevde att tekniken utgjorde ett bra komplement till den ordinarie vården även om den inte hade kunnat ersätta denna helt. Sjuksköterskornas upplevelse var att pandemin hade öppnat dörrar för utveckling inom dessa områden och att man hade insett fördelarna med att hålla delar av patientarbetet digitalt. Bland annat användes Blå appen för att inhämta information om patienter inför fysiska besök som kan underlätta bedömningen vilket kan påskynda rätt insatser och åtgärder. Blå Appen har funnits även innan pandemin men har under pandemin utvecklats till att innefatta fler funktioner. Sjuksköterskorna framförde att om tekniken fanns som ett alternativ kunde man nå ut till fler som hade svårt för att ta sig ut. Fanns endast tekniken som ett alternativ så förlorade man de patienter som inte klarade av digitala möten av olika anledningar.

Digitaliseringens fortlevnad efter pandemin

En framtid där vården skulle bedrivas helt digitalt, där möten aldrig skulle ske fysiskt på en mottagning, är det bland de intervjuade sjuksköterskorna skilda åsikter om. Somliga sjuksköterskor beskrev att det skulle vara omöjligt att helt digitalisera vården, eftersom fysisk närvaro krävs för exempelvis undersökning. Dessutom nämndes att nyanser förlorades i det digitala mötet, att det är svårt att ge god omvårdnad via digitala tjänster samt att det är riskfyllt ur ett patientperspektiv då programvaran som används riskerar att hackas. I diskrepans till ovan beskrivna åsikter beskrev sjuksköterskor att digitaliseringen är framtiden eftersom samhället är digitaliserat, och att det borde digitaliseras i större utsträckning. Sjuksköterskorna lyfte i intervjuerna att det skulle krävas mer förberedelser med förebyggande arbete, moderniserade program för dokumentering samt förbättrade video- och telefonprogram för att en framtid med digital vård skulle kunna vara möjlig.

”.. så min framtidsvision kanske inte är att man ses digitalt, men att man träffar en person 2–3 gånger, sen kan man ses digitalt” (S6)

En kombination av fysiska och digitala möten verkade vara framgångsreceptet som flera av de intervjuade och deras kollegor kommer att fortsätta med även efter pandemin.

”Digifysiskt pratar vi mycket om nu. Att man kan ha såhär delar, man träffas ibland och ibland har man såhär digitala uppföljningar. Och att det kanske är en bra mix liksom” (S4)

Diskussion

Metoddiskussion

Reliabilitet i kvalitativa studier handlar om trovärdigheten i analysprocessen samt överförbarheten till andra sammanhang. Bedömning av överförbarheten lämnas till läsaren (Roberts & Priest, 2006). En förutsättning för att bedöma överförbarheten är att urvalet är noggrant presenterat liksom analysprocessen (Graneheim och Lundman, 2004). För att tydliggöra och exemplifiera analysprocessen har en tabell med exempel på analysprocessen bifogats i resultatet. Urvalet presenterades i löpande text och innefattade informanternas arbetsplatser, utbildnings- och erfarenhetsnivå samt kön. För att erhålla en varierad representation av informanter och därmed en bredd av upplevelser var planen att tillämpa strategiskt urval vid val av informanter. På grund av lågt intresse för deltagande i studien och begränsad tidsram blev det verkliga urvalet istället samtliga som hade tackat ja till att vara med i studien och där det logistiskt och tidsmässigt var möjligt att hålla intervju. Totalt nio personer tackade ja till deltagande, bortfallet på en informant grundades på logistiska och tidsmässiga hinder snarare än strategiska sådana. Trots att det fanns liten möjlighet till strategiskt urval förekom det slumpmässig variation bland informanterna med ålder, arbetsplats och erfarenhetsnivå.

Denna studie har utgått från specialistsjuksköterskor inom psykiatri i Region Skåne från en variation av arbetsplatser vilket kan stärka överförbarheten och trovärdigheten i resultatet till övriga psykiatriska mottagningar i regionen. Då urvalet utgår från region Skåne och dess upphandlade program finns det risk att resultatet inte är överförbart i andra regioner. Av de åtta intervjuade var enbart en informant av manligt kön vilket kan påverka överförbarheten till gruppen manliga specialistsjuksköterskor.

Ett sätt att stärka trovärdigheten i kvalitativa studier är enligt Roberts & Priest (2006) att ha en utomstående forskare läsa materialet under analysprocessen för att kontrollera riktigheten i de koder och kategorier som skapats. Denna studie har under hela analysprocessen diskuterats mellan författarna för att samsyn skulle ske i analysen, därutöver skickades analysens olika delar till författarnas handledare som en utomstående part med erfarenhet i kvalitativ forskning samt specifikt kvalitativ innehållsanalys.

Roberts & Priest (2006) lyfter vidare att säkra teknisk korrekthet av intervjuer var ytterligare ett sätt att stärka trovärdigheten. Inspelade intervjuer som sedan transkriberats har av flera studier uppfattats stärka trovärdigheten medan vissa studier lyfte att de små nyanserna i kroppsspråk och tonläge går förlorade i transkriberat material (Roberts & Priest 2006). Detta arbete har förhållit sig till detta genom att spela in samtliga intervjuer. Intervjuerna har därefter senast en vecka efter intervjun, transkriberats av den författare som genomförde intervjun. Författarna har i största möjliga mån försökt redogöra för pauser, tonläge och kroppsspråk i transkriberat material för att inte förlora viktig andemening i det sagda under analysprocessen. De intervjuade erbjöds att läsa transkriberat material för att försäkra att inga missförstånd skett. Ingen av de intervjuade valde att ta del av transkriberat material.

Slutligen kan trovärdigheten stärkas genom att citat från det transkriberade materialet får exemplifiera teman och sub-teman (Roberts & Priest, 2006). Samtliga teman och sub-teman i resultatet av denna studie är representerade genom citat från deltagarna för att stärka trovärdigheten i analysen.

Validitet i kvalitativa studier handlar om hur väl valt instrument och metod svarar på frågeställning och syfte. Ett sätt att stärka validiteten är att genomgående i arbetet få andras insyn och kommentarer i form av exempelvis experter eller peer-review (Roberts & Priest, 2006). Konsekvent under analysprocessen har författarparet inhämtat kommentarer från handledare med erfarenhet i kvalitativ innehållsanalys. Utöver detta har medstudenter fått opponera på arbetet vid flertal tillfällen under arbetets gång.

Den kvalitativa forskningsmetoden beskrivs som lämplig för att inhämta erfarenheter och upplevelser för att erhålla en fördjupad förståelse för ett fenomen (Lindgren et al 2020). Semi-strukturerade intervjuer bör utformas av personliga, öppna, direkta och verbala frågor med

målet att erhålla rika, detaljerade berättelser (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006) Enligt Kvale & Brinkmann (2015) söker den kvalitativa forskningsintervjun förstå världen från de intervjuades perspektiv. Då syftet för studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av digitaliseringen under pandemin valdes således kvalitativ metod med semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod. Informanterna har uppmanats berätta om sina upplevelser öppet och följdfrågor har tillämpats för att fördjupa svaren. För att strukturera intervjuerna och säkerställa att studiens specifika frågeställningar blir besvarade har intervjuguide enligt bifogad bilaga utgjort grunden för intervjuerna. Tidsbegränsning bidrog till att intervjuguiden inte hann testas innan första intervjun vilket hade kunnat stärka instrumentets validitet. Författarna transkriberade sina respektive genomförda intervjuer då det enligt Malterud (2014) är fördelaktigt om den som intervjuar, och därmed känner till kontexten och kroppsspråket, är den som genomför transkribering.

En viktig aspekt att ha i beaktande under hela studiens gång var författarnas förförståelse. Detta då risken finns att inverkan kan ske såväl vid intervjutillfället, på de frågor och följdfrågor som ställs, och vid analysprocessen, där författarens förförståelse kan ha en inverkan på hur insamlade data tolkas (SBU, 2022). Roberts & Priest (2006) lyfter att det finns både för- och nackdelar med författares förförståelse i ämnet. Förförståelsen kan göra att författaren, som oftast är den som insamlar data, missar nyanser i sin övertygelse eller föruppfattningar om ämnet. Det kan å andra sidan utgöra en djupare förståelse för ämnet om författaren har god kännedom om ämnet. Förförståelse kan vara nästintill omöjligt att sätta in i parentes fullständigt, istället bör författarnas förkunskaper redogöras för och eventuell påverkan av dessa diskuteras. Författarparet har eftersträvat att hålla en medveten och aktiv inställning genom att under intervjuprocessen ha en öppen syn på nya synvinklar till frågeställningar samt rigoröst tagit hänsyn till att inte förtolka det som framkommit vid intervjutillfällena med utgångspunkt i egen förförståelse. Då författarparet arbetar inom psykiatri har kännedom funnits avseende restriktioner, påbud och rekommendationer, dock arbetar båda författarna inom slutenvårds-psykiatri, och har gjort det under hela pandemin. Därmed har det funnits begränsad kännedom om det som skett inom öppenvårdspsykiatri. Författarparet har därtill strävat efter att redogöra för det som framkommit i informanternas berättelser genom att läsa igenom det transkriberade materialet flertalet gånger för att inte missa betydelsefull information för att på så vis så undvika egna tolkningar.

Författarparet har haft ett nära samarbete under hela processens gång med en likvärdig arbetsinsats. Informationsbrev till verksamhetschef, enhetschef och studiedeltagare samt studiens intervjuguide togs fram gemensamt i samråd med handledare. Rekryteringsprocessen av informanter skedde via mail, och efter hand som intressen för deltagande i studien visades bokades intervjuer med informanter in. Författarparet utförde fyra intervjuer var, och i närtid till varje intervjutillfälle gjordes transkribering individuellt på utförd intervju. Författarparet har efter intervjuprocess- och transkribering vid ett antal tillfällen stämt träff för att gemensamt läsa- och gå igenom transkriberat material. Analysprocessen har kunnat ske med ett tätt samarbete, vilket varit fördelaktigt med en relativt stor mängd insamlade data, och gemensamt har subteman och teman tagits fram efter diskussion med handledare. Därefter har författarparet skrivit textstycken individuellt, för att sedan gemensamt läsa igenom och ändra efter behov. Vid situationer där författarparet varit oense har vi enigt kommit fram till en lösning som vi båda varit tillfreds med.

Resultatdiskussion

Det har framkommit ett visst motstånd mot digitala vårdtjänster bland de intervjuade, detta är något som även beskrivs av Foye et al (2021). Motståndet har varit berott på flera faktorer men ett av de största hindren som sjuksköterskorna i både denna och Foye et al (2021) studie upplevde var tekniska hinder. Region Skåne har under pandemin haft ett avtal med Telia Video gällande patientsamtal via videolänk. För att inte bli skyldiga till avtalsbrott eller sekretessbrott har sjuksköterskorna i studien varit bundna till att använda denna tjänst. Tjänsten har upplevts som komplicerad och tidskrävande vilket resulterade i att videotjänsten valdes bort trots viss efterfrågan från patienter. På grund av lågt användande av tjänsten har videolänk jämfört mot telefonuppföljningar inte gått att värdera eller jämföra i denna studie. Det hade varit värdefullt att jämföra dessa två kommunikationsmedel då det inom psykiatri är särskilt viktigt med bedömning av kroppsspråk och ansiktsuttryck vilka förloras i telefonsamtalen. Förslagsvis en kvalitativ jämförelsestudie som både psykiatripersonal och patienter kan besvara. En förutsättning för att jämföra detta är att dom upphandlade tjänsterna är tillräckligt användarvänliga för att tas i bruk. Således finns ett behov av förbättrad tjänst för videolänk alternativt att regionen breddar utbudet då andra tjänster som var avtalade för andra syften, såsom möten, fungerat väl enligt informanterna.

Grunden i Joyce Travelbees relationsteori beskrivs som att varje människa är en unik och säregen individ och behöver bemötas som sådan, samt att sjuksköterskan inte på förhand ska dra slutsatser om patienters behov baserat på tidigare patientmöten (Kirkevold, 2000). Förmågan att ge god omvårdnad på distans upplevdes av informanterna variera beroende på tidigare kännedom om patienten vilket sammanfaller med Travelbees teori om olika faser i relationsbyggandet. Ett första möte där identiteter skapades och relationen byggdes upp upplevdes som svår att genomföra på distans då det inte upplevdes ge samma djup i samtalet som att träffas i samma rum. Vid redan etablerade relationer kunde distansmöten fungera väldigt väl för vissa patienter, för andra patienter fanns ett behov av att varva fysiska besök med digitala och för en grupp patienter var distansmöten inte ett alternativ någonsin. Sjuksköterskorna anpassade således omvårdnaden efter patienters unika behov och individanpassade arbetet med digitala verktyg.

I resultatet av vår studie framkommer det att tidigare teknikerfarenhet påverkade inställningen till digital omställning samt sjuksköterskornas möjligheter att vara lyhörda över distans. Tillgång och användarvänligheten av de tekniska redskapen, åtkomsten av information och support samt sjuksköterskans öppenhet, eventuella rädsla att göra fel och ålder skildrades påverka implementeringen, samt olika patientfaktorer så som ålder, verbalförmåga och sjukdomsbild. Det skildrades även i resultatet att det för viss typ av undersökning krävdes att patienter kom till mottagningen. I likhet med vår studie framgår det i en studie av Zangani et al. (2022) att patienters preferenser och individuella behov påverkade implementeringen, somliga patienter var fortsatt i behov av fysiska möten, så som de patienter som hade en specifik läkemedelsbehandling, de som var i behov av depotinjektioner eller i behov av att träffas fysiskt. Även bristfälliga digitala färdigheter bland sjuksköterskorna och åtkomst till digitala hjälpmedel visade sig ha inverkan på implementeringen (Zangani, 2022). Vidare visade vår studie att digitaliseringen hade flera praktiska fördelar, så som att fler kunde delta, att det var tidseffektivt och att patienter som hade svårt att ta sig till mottagningen gynnades av digitaliseringen. Det beskrevs dock att fysiska möten inte helt gick att ersätta. I likställighet med resultatet av vår studie visar resultatet i en studie av Juan et al. (2021) att fördelar sågs i digital vård i form av att det gjorde vården mer tillgänglig för vissa patientgrupper och att det förbättrade effektiviteten. Fysiska möten tenderade dock att vara det föredragna alternativet.

Resultatet av vår studie visade att de digitala verktygen utgjorde ett bra komplement till den ordinarie vården, men att den inte upplevdes kunna ersätta denna helt. Sjuksköterskorna

menade att pandemin hade öppnat upp dörren för en digital utveckling, och att det sågs flera fördelar med en digital vård. Vidare framkom det i resultatet att sjuksköterskorna ansåg att det behövdes mer moderniserade program för videosamtal, då de program som upphandlats inte fungerat optimalt vilket tidvis resulterat i att programmet valdes bort.

Det uppmärksammandes även att skulle krävas mer förberedelse, förebyggande arbete och tillgång till handledning för att implementeringen skulle kunna fungera på bästa tänkbara sätt framöver. En kombination av fysiska och digitala möten uppfattades vara en det mest fördelaktiga. I motsvarighet till vårt resultat framkom det i en studie av Marinelli et al (2022) att det i och med teknologins framfart kommer att behövas standarder och riktlinjer för vilket praktiserande inom vården kan använda sig av för att kunna erbjuda digital vård på ett lagligt och etiskt korrekt sätt likväl som mer praktik och övning i tillämplig av digitala tjänster. Vidare visar resultatet i en studie av Smith et al (2020) i likhet med vår studies resultat att digital psykiatri inte ska ses som ersättning för fysiska möten, utan som ett komplement med sina egna fördelar och nackdelar.

Konklusion och implikationer

I den här studien har psykiatrisjuksköterskors upplevelser av digital omställning under covid-19 belysts. Det mest uppenbara undersökningsresultatet var att det i dagsläget inte upplevdes finnas möjlighet att genomföra god och säker omvårdnad via videolänk i region Skåne. Utifrån detta blir implikationen för regionen att det krävs mer lättillgängliga, alternativt, fler upphandlade tjänster för videolänk. Således krävs mer forskning kring lämpliga användningsområden för digitala vårdtjänster inom psykiatrin. Vidare indikerar resultatet i denna studie att skilda patientfaktorer påverkat implementering av digitala vårdtjänster. Det hade därmed varit av stort värde om framtida studier belyste patienters upplevelse av användande av digitala tjänster inom den psykiatriska vården.

Referenser

Anka, A.A., Tahir, M-I., Dahiry- Abubakar,S., Alsabbagh, A.,Hamedifar,h., Sabzevari,A. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): An overview of the immunopathology, serological diagnosis and management*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sji.12998>

Butterfield, A. (2018). Telepsychiatric Evaluation and Consultation in Emergency Care Settings. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(3), 467–478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.03.001>

Di Carlo, F., Sociali, A., Picutti, E., et al. Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. *Int J Clin Pract* 2020; 75:e13716. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13716>

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>

Guinart, D., Marcy, P., Hauser, M., Dwyer M. & Kane, J.M. (2021) Mental Health Care Providers' Attitudes Toward Telepsychiatry: A Systemwide, Multisite Survey During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatric Services* 2021 (72) s:704–707. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000441>

e-Hälsomyndigheten (2021) *Uppföljning Vision e-hälsa 2025. Rapport avseende år 2020*. <https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/rapporter/uppfoljning-vision-e-halsa-2025-rapport-avseende-2020.pdf>

e-Hälsomyndigheten (2021) *Digitalt stöd för psykisk hälsa: Möjligheter och hinder*. https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf

Folkhälsomyndigheten (2020) *Information till riskgrupper om covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/>

Folkhälsomyndigheten (2021) *Konsekvenser av covid-19 pandemin på lokalt och regionalt folkhälsoarbete*.<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fb0322338b9a4c87a9373de41cac9245/konsekvenser-covid-19-pandemin-lokalt-regionalt-folkhalsoarbete.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2022) *Pandemiskinfluensa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskyddberedskap/krisberedskap/pandemiberedska/pandemisk-influensa/>

Folkhälsomyndigheten (2022) *Statistik om SARS-CoV-2 virusvarianter av särskild betydelse* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/sars-cov-2-virusvarianter-av-sarskild-betydelse/>

Foye, U., Dalton-Locke, C., Harju-Seppänen, J., Lane, R., Beames, L., Vera San Juan, N., Johnson, S. and Simpson, A. (2021), *How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? :Results of a mixed-methods study*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, (28): 126-137. <https://doi.org/10.1111/jpm.12745>

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. 1, Introduction. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216033/>

JHU CSSE COVID-19 Data (2022)

<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Juan, N., Shah, P., Schlieff, M., Appleton, R., Nykikavaranda, P., Birken, M., Foya, U., Llody-Evans, B., Morant, N., Needle, J., Simpson, A., Lyons, N., Rains, L. Dedat, Z., & Johnson, S. *Service user experiences and views regarding telemental health during COVID-19 pandemic: A co-produced framework analysis.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34529705/#affiliation-3>

Knechtel, L.M. & Erickson C.A. (2021) Who's Logging on?: Differing Attitudes about Online Therapy, *Journal of Technology in Human Services*, 39 (1) s.24-42, DOI: 10.1080/15228835.2020.1833810

Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering.* (2., [omarb. Och utvidgade] uppl. Lund: Studentlitteratur, 2000.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* (Tredje [reviderade] upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion.* (3., [uppdaterade] uppl.) Studentlitteratur.

Marinelli, S., Basile, G., & Zaami, S. *Telemedicine, Telepsychiatry and COVID-19 Pandemic: Future Prospects for Global Health.*

Martin, L. (2019) Informatik i psykiatrisk vård. I Wiklund Gustin, L. (red.) (2019). *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå.* (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

McGinty, K. L., Saeed, S. A., Simmons, S. C., & Yildirim, Y. (2006). Telepsychiatry and e-mental health services: potential for improving access to mental health care. *The Psychiatric quarterly*, 77(4), 335–342. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9019-6>

Nancy D. Berkman, Terry C. Davis & Lauren McCormack (2010) Health Literacy: What Is It?, *Journal of Health Communication*, 15:sup2, 9-19, DOI: [10.1080/10810730.2010.499985](https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985)

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>

O'Brien, M., & McNicholas, F. (2020). The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond. *Irish journal of psychological medicine*, 37(4), 250–255. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.54>

Petersson, L. (2020) Paving the way for transparency: How eHealth technology can change boundaries in healthcare. Doktorsavhandling. Lunds universitet, Institutionen för designvetenskap, tekniska fakulteten LTH. Från:
https://lup.lub.lu.se/search/files/75009889/Lena_Petersson_epub.pdf

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Roberts, P., & Priest, H. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 20(44), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>

SBU (2022) *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*.
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G., & Reid, C. (2021) *Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19*. *Clin Psychol Psychother.* (28): S: 409– 421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>

Smith, K., Ostinelli, E., Macdonalds, O., & Cipriani, A. *COVID-19 and Telepsychiatry: development of Evidence-Based Guidance för Clinicals*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485934/>

Socialstyrelsen (2021) *Kunskapsstöd och regler område E-hälsa*. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/>

Socialstyrelsen (2018) *Digitala vårdtjänster*. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>

Socialstyrelsen (2018) *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet*. Hämtad från
https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf

Socialstyrelsen (2016) *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: Slutrapport*. Hämtad från: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf

Socialstyrelsen (2015) *Att mötas i hälso- och sjukvård*. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening (2019) *Strategi för sjuksköterskors arbete med E-hälsa*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från: <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>

Vision e-hälsa 2025 (2021) *gemensamma utgångspunkter för digitalisering i hälso- och sjukvård*. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf>

Willman, A. (red.) (2016) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (fjärde upplagan). Studentlitteratur.

World Health Organization (2022) *Tracking SARS-CoV-2 variants*
<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

World Health Organization (2018) *Mental health : strenghtening our response*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Wångdahl, J., Jeansson, M., Dahlberg, K., Nilsson, U.(2020) The swedish version of the Electronic Health Literacy Scale: Prospective Psychometric Evaluation Study Including Thresholds Levels, *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8(2):e15316 DOI: [10.2196/16316](https://doi.org/10.2196/16316)

Zangani, C., Ostinelli, E. G., Smith, K. A., Hong, J. S. W., Macdonald, O., Reen, G., Reid, K., Vincent, C., Syed Sheriff, R., Harrison, P. J., Hawton, K., Pitman, A., Bale, R., Fazel, S., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Global Delivery of Mental Health Services and Telemental Health: Systematic Review. *JMIR mental health*, 9(8), e38600. <https://doi.org/10.2196/38600>

Bilaga 1 (1)

Intervjuguide

Syfte: Belysa psykiatrijuksköterskans upplevelser av digitaliseringen under covid-19.

Specifika frågeställningar:

1. Vilken inverkan har den digitala vårdmiljön haft på omvårdnadsrelationen?
2. Vad kan vi ta med oss för lärdomar framöver och vilka utvecklingsområden finns?

Teoretisk referensram: Travelbee's human-to-human relationships.

Del I – Introduktion

Kort introduktion av intervjuaren och studien.

Exempelfrågor

- *Vill du berätta lite om dig själv?*
- *Vart du arbetar, hur länge har du arbetat där?*
- *I vilken utsträckning har du behövt ställa om till digitalt under pandemin?*

Del II – Praktiska, infrastrukturella och organisatoriska förutsättningar

Exempelfrågor

- *Hur har du upplevt att de tillgängliga tekniska redskapen fungerat?*
- *Vad har du haft för tankar och upplevelser kring teknologin?*
- *Vad tycker du om organisationens sätt att förbereda för och stötta digital omställning?*
- *Vilka förbättringsmöjligheter ser du här? Vad kan bli bättre?*

Del III - Inverkan på omvårdnadsrelationen

Exempelfrågor

- *Vad innebär omvårdandsrelation eller terapeutisk allians för dig? Vilka verktyg och egenskaper är viktigast enligt dig?*
- *Har du upplevt några skillnader i din möjlighet att ge god omvårdnad fysiskt respektive digitalt?*
- *Upplever du att omvårdandsrelationen påverkats och i så fall åt vilken riktning?*
- *Vad är din uppfattning om patienters inställning till digitala vårdmöten?*

