

Klämma, känna och lukta

- En studie om vikten av närhet i en vårdgivare- och patientrelation



Författare: Louise Wahren och Josefine Sjödén
Institutionen för kommunikation och medier, Lunds universitet
Medie- och kommunikationsvetenskap, MKVK04 VT18
Handledare: Fredrik Miegel
Examinator: Tobias Olsson

Sammanfattning

Klämma, känna och lukta - En studie om vikten av närhet i en vårdgivare- och patientrelation är författad av Louise Wahren och Josefine Sjäodén, vid Institutionen för kommunikation och medier vid Lunds universitet. Denna uppsats syftar till att undersöka om vårdgivare- och patientrelationen utmanas när vårdmötet äger rum i en virtuell miljö. För att ta reda på detta utgår studien från Kry som är en av de största aktörer inom digital primärvård i Sverige. Detta görs i form av enskilda intervjuer med läkare och sjuksköterskor i åldern 25 år samt 50–65 år, en grupp med god kännedom om digitaliserad sjukvård. För att få förståelse för hur relationen påverkas i ett virtuellt vårdmöte utgår uppsatsen från ett teoretiskt ramverk med fokus på närhet, förtroende, kommunikation samt moral och etik. Den slutsats som går att dra utifrån analysen visar att relationen mellan läkare och patient förändras i ett virtuellt möte. Det tar sig uttryck i mediets kommunikativa begränsningar såväl som avsaknaden av närhet. Avståndet visade sig även ha betydelse för etablerandet av förtroendet vilket är en av anledningarna till att det digitala vårdmötet inte ansågs som *proper distance*.

Nyckelord: *Virtuell vård, vårdgivare- och patientrelation, kommunikation, närhet, förtroende, proper distance, moral och etik*

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| En vård i förändring | 1 |
| Forskningsöversikt | 2 |
| Perspektiv på avstånd | 4 |
| En studie om samtalet..... | 6 |
| Genomförande och urvalsprocess..... | 7 |
| Inifrån eller utifrånperspektiv? | 8 |
| Närhetens betydelse..... | 8 |
| Vad går att uppfatta på avstånd?..... | 8 |
| Avståndets möjlighet att skapa en förtroendefull relation..... | 22 |
| Avståndets moraliska ansvar | 27 |
| Vårdmötets förändrade karaktär | 32 |
| Referenslista..... | 36 |

En vård i förändring

I vårt samhälle får teknologin idag ett allt större inflytande. Digitaliseringen har kommit att skapa nya normer och strukturer, vilket är en förändring som samhället måste anpassa sig till. Det har medfört att även äldre institutioner behövt anpassa sig efter dessa förändringar. Sjukvården har länge varit en samhällelig institution som präglats av ett traditionellt arbetssätt, där social interaktion och kommunikation skett i form av fysiska möten. I och med digitaliseringen har dock dessa fysiska möten kommit att ändra skepnad och sker idag i allt större utsträckning via medier. Allt fler av våra vardagliga interaktioner samt professionella situationer sker idag digitalt och sjukvården är en av dessa. Trots att sjukvården till stor del fortfarande består av personliga möten mellan läkare och patienter, går det inte att bortse från att digital teknik har en direkt inverkan på hur vi samverkar. Forskare som Turkle (2011:152) diskuterar hur människor har kommit att uppskatta dessa nya kommunikationsmöjligheter och hur detta i förlängningen bland annat har revolutionerat sjukvården.

Digitaliseringen har öppnat upp för nya möjligheter att bedriva vård, vilket resulterat i framväxten av virtuella vårdcentraler. En av dessa vårdcentraler är Kry som har funnits sedan 2015 och har som mål att komma närmare sina patienter. Den tjänst som Kry erbjuder sker via en app som laddas ner på en smartphone och är tänkt att föra samman patienter och läkare genom videosamtal. Kry betonar närhet som en betydelsefull aspekt vilket vittnar om att närhet är viktigt i en vårdgivare- och patientrelation. Deras tjänst möjliggör för nya former av interaktion inom vården och har bidragit till en ny form av professionsutövning. Till skillnad från traditionell vård, det vill säga platsbunden vård, erbjuder Kry flexibla öppettider och läkarvård vart du än befinner dig (Kry 2018). När kommunikationen sker digitalt, innebär det att patienterna inte längre är lika bundna till tid och rum som på en traditionell vårdcentral. För denna uppsats är inte företaget i sig av betydelse utan snarare på det sätt som vårdmötet bedrivs digitalt, det vill säga genom ett videosamtal. Kry används därav som utgångspunkt för att konkretisera uppsatsens resonemang och de slutsatser som dras handlar inte specifikt om Kry som företag utan om virtuell vård i sig.

I och med att vårdmötet äger rum digitalt, har det kommit att förändra hur vårdgivare och patienter interagerar med varandra. Med tanke på att virtuell vård är ett relativt nytt fenomen hoppas vi med denna studie inte bara fylla några av de kunskapsluckor som finns på forskningsfältet, utan även kunna bidra med en ökad medvetenhet om hur det virtuella

vårdmötet skiljer sig från ett traditionellt möte. Under studiens gång har avstånd framgått som något centralt och därför har vi valt att fokusera på den aspekten. Avstånd är även något som tidigare forskning undandömt vilket stärker vårt val av ämne. Via samtal med vårdgivare vill vi få insikt i hur de resonerar kring möjligheter och risker med digital vård. Syftet med denna uppsats är därför att ge fördjupade kunskaper om hur läkare och sjuksköterskor anser att relationen mellan vårdgivare och patient förändras i det digitala mötet. Eftersom vårdmötet bedrivs digitalt, hoppas vi få förståelse för om det är möjligt att etablera förtroende och känna en närhet när mötet karaktäriseras av ett avstånd mellan vårdgivare och patient. Genom att undersöka hur vårdgivarna uppfattar att relationen förändras kommer även förhållandet mellan verbal och icke-verbal kommunikation att analyseras. Med utgångspunkt i ovanstående resonemang ämnar vi besvara följande frågeställningar:

- *Vilken betydelse anser vårdpersonal att avståndet har i en vårdgivare- och patientrelation i ett virtuellt möte?*
- *Hur uppfattar vårdpersonal att vårdgivare- och patientrelationen förändras när den sker i ett videosamtal?*

Forskningsöversikt

Tidigare forskning kring sjukvården och dess digitalisering fokuserar främst på hur relationen mellan läkare och patient förändras när den sker digitalt. Forskningsfältet innefattar studier på allt ifrån inhämtandet av hälsoinformation till e-medierad datorkommunikation samt interaktiva videosamtal. Trots olika inriktningar är forskarna överens om att digitalisering medför många möjligheter för sjukvården men att tekniken har en lång väg att gå innan det når sin fulla potential.

Ett genomgående tema i tidigare forskning är vikten av förtroende vilket Andreassen et al. (2006) menar kännetecknar en god relation mellan läkare och patient. För att etablera förtroende menar Matusitz och Spearn (2014) att det krävs en god kommunikation vilket karaktäriseras av en delad förståelse, aktivt lyssnande och kroppsspråk. Enligt forskarna har kommunikationen bland annat en avgörande betydelse för patientens tilltro till läkaren och i vilken utsträckning de upprätthåller läkarens rekommendationer. I slutändan leder en framgångsrik relation till en överlägsen vård och bättre resultat. För att se hur förtroendet förändras har Andreassen et al. (2006) genom en kvalitativ intervjustudie studerat vilken

inverkan e-medierad kommunikation har på läkare- och patientrelationen. I studien fann man att patientens användning av e-medierad kommunikationsteknik påverkade förtroendet till läkaren då icke-verbal kommunikation såsom aktivt lyssnande uteblev. Steget till att söka vård visade sig dock vara kortare genom e-medierad kommunikation.

Även Lee och Zuercher (2017) har studerat hur datormedierad kommunikation har förändrat läkare- och patientrelationen med utgångspunkt i användandet av e-post och messenger. Studiens syfte grundar sig i att det är få läkare som använder sig av datormedierad kommunikation i praktiken trots att deras attityd till det är positiv. Den främsta anledningen till att läkarna inte väljer att använda denna form av datormedierad kommunikation bottnar i att den inte är lika utförlig som interaktion ansikte mot ansikte. Dock menar forskarna att en stor fördel med datormedierad kommunikation är att användarna inte är lika styrda av tid och rum. Det finns vissa likheter mellan Lee och Zuercher och vår studie då båda belyser tid och rumsaspekten. Däremot skiljer sig vår studie från deras eftersom den behandlar datormedierad kommunikation i skriftlig form, medan vår innefattar direktsänd bild mellan läkare och patient som i vissa avseenden kan liknas vid interaktion ansikte mot ansikte.

Rådgivning som sker via ett videosamtal kan enligt Miller (2010) fungera som ett substitut för interaktion ansikte mot ansikte. Videosamtal beskrivs i artikeln som en form av telemedicin som är en metod för att erbjuda vård till patienter över geografiska gränser genom telekommunikation och datateknologi. Telemedicin har kommit att påverka sjukvården och Miller belyser flexibiliteten som en av de stora fördelarna. Att patienter inte behöver färdas långt gör framförallt att vården blir mer tillgänglig. Dessvärre menar Miller att det har en baksida då alla inte kan ta del av denna tillgänglighet, framför äldre och de som bor på landsbygden. Tillgängligheten kan till viss del ses som förlegad då mycket har hänt inom den teknologiska utvecklingen sedan Miller skrev sin artikel. Vid denna tidpunkt var interaktion via videosamtal ett relativt nytt fenomen och det uppstod en ovisshet för både läkare och patienter rörande förväntat beteende. Ytterligare en aspekt som är viktigt att ta i beaktning är att det ekonomiska läget i Sverige skiljer sig från det amerikanska som Miller beskriver.

Flera forskare har varit skeptiska till hur äldre generationer kan ta sig an denna teknik. Några av dessa forskare är Haluza et. al (2017) som har undersökt hur digitalt infödda och digitala invandrare inhämtar hälsoinformation och vilken påverkan det har på läkare- och patientrelationen. Digitalt infödda benämns i studien som personer yngre än 35 år medan

personer över 35 ses som digitala invandrare. Denna aspekt stämmer dock inte överens med dagens samhälle då äldre blir alltmer teknikkunniga. Det innebär att att åldern för vad som definierar digitalt infödda och digitala invandrare har förskjutits. Syftet med studien var att skapa en helhetsbild kring deltagarnas beteende gentemot hälsorelaterad internetanvändning för att kunna utveckla digitala vårdtjänster och kommunikationen mellan läkare och patient. Deras resultat visar på att klyftan mellan generationerna var liten då båda grupper valde internet före läkare för att erhålla hälsoinformation. Studiedeltagarna var dock skeptiska mot tillförlitligheten av informationen de fann och såg det snarare som ett komplement än ett substitut för fysiska vårdtjänster. Även vårdgivarna känner en viss oro över kvalitén på hälsoinformation som patienterna inhämtar, då det är lätt att gå vilse i informationsutbudet.

Ekholm (2016) har forskat om hur framtidens hälsa kommer se ut efter att digitaliseringen har satt sin prägel på sjukvården. Studien handlar om hur vi ska tillämpa tekniken för att få bättre folkhälsa. Vården har länge varit resistent från digital påverkan men idag skulle inte välfärdssamhället kunna existera utan teknologin. Ekholm anser att digitaliseringen har en enorm potential då den bland annat kan minska ojämlikheter i hälsan. Dessvärre har det en lång väg kvar innan den når sin fulla kapacitet och kan därför ta ett steg tillbaka innan det går i rätt riktning. Vidare menar Ekholm att patienter överlag ställer sig positiva till den digitala utvecklingen medan läkarna däremot ställer sig kritiska. Den stora frågan är därför enligt Ekholm om den digitala patienten är här men att vården inte är redo för denna utveckling?

I linje med ovanstående forskning tar vår studie utgångspunkt i telemedicin men i en form som saknas i de tidigare studierna, det vill säga videosamtal. Det finns försök att inbegripa ansikte mot ansikte kommunikation i det virtuella mötet och det är en av anledningarna till att vi fokuserar på att göra denna studie. Tidigare forskare har fokuserat på dessa problem och möjligheter men mindre på de relationella faktorer som inkluderar närhet och förtroende. Därav saknas studier om vad som händer med vårdgivare- och patientrelationen i ett virtuellt möte. Därför vill vi bidra med en intervjustudie som undersöker hur vårdgivare- och patientrelationen förändras i ett videosamtal.

Perspektiv på avstånd

Digitaliseringen har kommit att förändra hur vi interagerar och upprätthåller relationer. Turkle (2011:152) betonar hur tekniken för oss i en riktning som vi i själva verket inte vill då

konversationen går förlorad på grund av en ständig uppkoppling. Genom kommunikationsteknologier går interaktion ansikte mot ansikte förlorad, vilket har lett till att verkliga relationer i allt större utsträckning skrämmer oss. Tekniken ger oss möjligheten att redigera och kontrollera vad som sägs samt på vilket avstånd vi har våra relationer vilket inte är möjligt i fysiska relationer. Därav menar Turkle att kommunikation online inte kan ersätta samtal i det verkliga livet. Att kommunicera via smartphones fungerar om man vill säga något snabbt men inte om man vill etablera en djupare kontakt. I längden skapar det konsekvenser då vi blir mer ensamma men samtidigt rädda för närhet. För att skapa en förståelse för teknikens inverkan på sjukvården och vårdgivare- och patientrelationer använder vi oss av Turkle (2011) då hon belyser vilken effekt tekniken har på samhället samt vad det gör med relationer. I det avsnitt som behandlar kommunikation är Turkles teori till stor hjälp för att förstå vilken betydelse verbal och icke-verbal kommunikation har för relationsskapande.

Även Simmel (1908/1981) lyfter fram närhet som en viktig aspekt när det kommer till relationer. Närhet skapas genom att det finns ett psykologiskt och känslomässigt avstånd till en annan individ, vilket då beskrivs som en främling. Denna distans är positiv i den bemärkelsen att avståndet gör det enklare för en person att våga anförtro sig. Främlingar saknar förutfattade meningar om individen den interagerar med, vilket således innebär att dess objektivitet är fri från påverkan. De som är alltför nära kan vara svåra att anförtro sig till, medan en främling som kännetecknas av ett avstånd kan mötas av de mest överraskande avslöjanden som individen väljer att undanhålla för närstående (Simmel 1908/1981:141). Vad Simmel beskriver i sin teori går att tolka som vad som är ett *proper distance*, det vill säga lämpligt avstånd till en annan individ. Vi tillämpar begreppet både på vården och på vårdgivare- och patientrelationen i kombination med Turkle (2011) och Bauman (1994) för att förstå vad som är ett lämpligt avstånd att bedriva vård på. I vårdgivare- och patientrelationen handlar *proper distance* om vad som är ett lagom avstånd för att kunna etablera förtroende och tillit. Det handlar alltså om de förutsättningar som finns för att hitta balansen i mötet med patienten. Vi använder därför *proper distance* för att åskådliggöra detta. Begreppet kommer i uppsatsen att appliceras på förtroende, kommunikation och etik och moral.

Det fysiska och psykiska avståndet till en person har enligt Bauman (1994:50) betydelse för en människas handlande gentemot en annan. Ju större avstånd desto lättare blir det att handla omoraliskt och bortse från det personliga ansvaret. Detta på grund av att konsekvenserna blir enklare att förbise och därmed inte lika påtagliga. Ansvar och moraliskt beteende hänger

således samman och uppstår genom närhet till den andre. När det sociala avståndet är stort och närhet till den andre saknas, verkar inte den moraliska spärren. Dock så går ansvaret att fransäga sig såtillvida att man följer ett visst regelverk eller någon som besitter expertkunskap. Att följa reglerna innebär följaktligen att fullgöra sin plikt och vara lojal. Detta betyder att även människor med god moral kan förmå sig att begå omoraliska handlingar. Moral är något som är skapat av samhället vilket betyder att det även kan manipuleras och sättas ur spel. Med utgångspunkt i Baumans teori kan vi förstå hur ansvar gentemot en annan individ hänger samman med avstånd och hur det påverkar relationen mellan läkare och patient. Det är av relevans eftersom den virtuella vården har en annan form av avstånd i jämförelse med den traditionella vården.

För att förstå sambandet mellan kunskap och kontext har Flyvbjerg (2001) studerat de faser som människor går igenom vid kunskapsinläring. Han använder sig av Stuart och Huberts Dreyfusmodell som har delat upp inlärningsprocessen i fem olika nivåer, från nybörjare till expert. Varje nivå kännetecknas av igenkännbara och återkommande faktorer som leder till att kunskapen går från tekniska till intellektuella färdigheter. Det som skiljer en nybörjare från en expert är att nybörjaren förhåller sig till regler och fakta medan experten genom sin erfarenhet handlar intuitivt. För att experten ska kunna gå på sin intuition är även individens sinnen av stor betydelse då det hjälper experten att identifiera och handla utifrån en situation. Det är först när experten går på sin intuition som erfarenheter och kunskaper har förkroppsligats vilket leder till en ryggmärgsreflex (Flyvbjerg 2001:17). Flyvbjergs resonemang om ryggmärgsreflexen hjälper oss att förstå vikten av vårdgivarens sinnen i mötet med patienten, något som är avgörande för vårdgivarens professionsutövning. Hans teori är även relevant i vår studie för att klargöra betydelsen av närhet vid bedömningen av en patient. Men för att verkligen förstå vilken roll närhet spelar i vårdmötet, krävs det att det sätts i ett större sammanhang och belyses utifrån olika perspektiv. Det kommer vi att göra med hjälp av Turkle (2011), Bauman (1994) och Simmels (1908/1981) teorier.

En studie om samtalet

För att kunna studera hur vårdgivare- och patientrelationen förändras i ett digitalt möte valde vi att genomföra halvstrukturerade kvalitativa intervjuer. Då valet av metod enligt Østbye et al. (2003:100) bör beslutas utifrån uppsatsens problemformulering eftersträvade vi en metod som tog individens attityder i beaktning. Eftersom personliga intervjuer fokuserar på

intervjudeltagarens erfarenhet och tolkning av ett visst fenomen som hen företräder, var valet av metod ett enkelt beslut (Larsson 2010:55). Det var därför av betydelse att genomföra intervjuer med personer som besitter expertkunskap inom området för att få insikt i hur de som arbetar inom vården resonerar och förhåller sig till fenomenet. Syftet var delvis att skapa livliga diskussioner men framförallt att få ta del av intervjudeltagarnas egna erfarenheter och attityder (Kvale & Brinkmann 2014:15).

Genomförande och urvalsprocess

Med tanke på att uppsatsens ämne var avgränsat inom ett specifikt område var målgruppen enkel att definiera. Eftersom syftet efterfrågade experter med god kännedom inom området var det ett naturligt val att tillfråga vårdgivare inom den traditionella vården. Anledningen till att vi valde dessa personer är för att vi kan förvänta oss att de har välgrundade åsikter samt att de har erfarenhet om ämnet då de genom telefonrådgivning har kännedom av att behandla och rådge patienter som inte är fysiskt närvarande. Beslutet att tillfråga vårdgivare från den traditionella vården grundade sig vidare i att vi efterfrågade ett utifrånperspektiv. Därav valde vi att utgå ifrån ett typurval vilket innebär att intervjudeltagarna besitter kunskaper inom samma område (Larsson 2010:61). För att få en mer heterogen grupp tillfrågade vi i april 2018 tre sjuksköterskor och tre läkare, samtliga verksamma inom olika områden. De tre sjuksköterskorna var i 25-årsåldern medan läkarna var i åldern 50–65 år. Generellt sett kan läkarna som är mer erfarna ha andra åsikter än sjuksköterskorna vilket berikar studien. Båda parter har givetvis erfarenhet av patientrelationer men eftersom de besitter olika roller, har de även olika relationer till patienterna. Detta är en fördel då det ger en mer nyanserad bild av vårdgivare- och patientrelationen. Värt att lyfta fram är även att samtliga intervjudeltagare har varit aktiva i sin yrkesroll under tidsperioden som Kry har expanderat.

Intervjuerna utfördes enskilt med respektive intervjudeltagare och varade närmare en timme. Vi valde att genomföra halvstrukturerade intervjuer, vilket innebär att intervjuguiden var tematiskt uppbyggd utifrån uppsatsens teoretiska ramverk (Kvale & Brinkman 2014:45). Det gick i linje med uppsatsens syfte då vi strävade efter att få en insikt i intervjudeltagarnas egna erfarenheter, vilket möjliggörs genom ett öppet samtalsklimat. För att frambringa detta var vi noggranna med att upplysa intervjudeltagarna om att deras anonymitet kommer bevaras, något som Østbye et al. (2003:127) menar är ett av fyra huvudkrav som ställs på forskning.

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades sedan därefter. När intervjun spelas in stärks enligt Østbye et al. (2003:120f) den metodologiska reliabiliteten eftersom inspelningen gör det möjligt för forskaren att återgå till intervjun, ord för ord. I det transkriberade materialet har vi valt att hänvisa till intervjudeltagarna som läkare och sjuksköterska. Vid tillfällena då intervjudeltagarna har avbrutit sig själva samt använt sig av utfyllnadsord har vi i texten valt att ta bort detta genom att markera det med symbolen [...]. Det transkriberade materialet har kodats utifrån de teman vi kunde identifiera. Fokus i kodningsprocessen har legat på att urskilja variationer, allt för att erhålla en så nyanserad skildring av vårt fenomen som möjligt (Kvale & Brinkman 2014:47).

Inifrån eller utifrånperspektiv?

Vi har i tidigare stycke belyst fördelen med att använda oss av intervjudeltagare som arbetar inom den traditionella vården. Om vi hade valt att genomföra intervjuer med vårdgivare från Kry, hade vi fått ett inifrånperspektiv med en större risk att svaren är partiska. Något som vidare bör belysas är att vi har en tidigare koppling till hälften av intervjudeltagarna vilket kan ha påverkat deras svar. Det finns enligt Østbye et al. (2003:1053) en tendens att intervjudeltagare svarar så som de tror att intervjuaren förväntar sig. Eftersom vi har en tidigare koppling till våra intervjudeltagare skulle det kunna ses som en ökad risk. Dock så kan denna risk ses som ytterst liten då intervjudeltagarna är avlägset bekanta. Samtidigt kan denna tidigare koppling ge upphov till en mer avslappnad stämning vilket på så sätt kan vara till vår fördel. Vårt empiriska material betonar förvisso enskilda individers åsikter men eftersom det handlar om relationer som digitaliseras kan deras uttalanden sättas i ett större sammanhang. Deras reflektioner och uttryck har därmed en generell betydelse för vår studie men även för andra typer av situationer där relationer digitaliseras.

Närhetens betydelse

Vad går att uppfatta på avstånd?

Grunden för ett fungerande samhälle är en god kommunikation. Detta är något som intervjudeltagarna menar är grundläggande för sjukvården. Enligt läkarna och sjuksköterskorna är det viktigt att samtalen mellan vårdgivare och patient är öppna och ärliga. Som vårdgivare är det därför viktigt att patienterna får komma till tals så att de inte undanhåller information av

rädsla för att uppfattas som besvärliga och krävande (Thornquist 2001:115). Trots att sjukvården till största del består av personliga möten mellan läkare och patient så har teknologin kommit att få ett allt större utrymme i vården. Genom att läkare och patienter idag kan interagera via mobiltelefonen har det lett till en ny form av professionsutövning. Det som bland annat skiljer denna typ av professionsutövning från ett traditionellt möte är att:

Jag tror nog att det blir lite mer ytligt med ett videosamtal [...]. Ja, men det blir det mest relevanta, det mest absolut viktiga. Lite mer stressigt, man har inte bokat någon riktig träff. Och så blir det väldigt kort. Men jag tror ändå, skulle jag ringa till Kry-appen, så skulle jag nog bara dra snabbt det här och det här har jag. Man skulle nog känna sig lite spontant mer stressad (Sjuksköterska).

Precis som sjuksköterskan påpekar finns det vissa begränsningar med att kommunicera med hjälp av mobiltelefon, såsom att kommunikationen blir mer ytlig och kortfattad. Ett problem med att kommunikationen blir mer kortfattad poängteras av Turkle (2017:18) när hon förklarar hur den emotionella aspekten går förlorad när samtalet sker via kommunikationsteknologier. Det har att göra med att endast det mest relevanta lyfts i samtalet, vilket går hand i hand med det som sjuksköterskan belyser. För Kry betyder det att både läkare och patienter måste anpassa kommunikationen efter mediets format och begränsningar. Det innebär att mobiltelefonen besitter olika regler och förutsättningar som har en inverkan på hur budskap förmedlas, vilket gör att vårdgivare och patienter inte kan interagera på samma sätt som vid ett fysiskt möte. Om patienten, likt det sjuksköterskan beskriver, upplever att endast den mest relevanta informationen måste dras snabbt för vårdgivaren går det att ställa sig frågan om samtalen på Kry blir öppna när patientens möjlighet att komma till tals begränsas? Ytterligare en aspekt som hämmar samtalet är att samtalen på Kry är tidsbegränsade upp till femton minuter vilket kan orsaka en ökad upplevd stress.

Jag tror att det är en klocka som tickar där hos dem på ett helt annat sätt än på ett riktigt besök (Läkare).

Tidsaspekten är något som intervjupersonerna menar berör kommunikationen negativt då det resulterar i en ökad upplevd stress. Mediets begränsningar i kombination med tidsaspekten är även intressant då både läkaren och sjuksköterskan betonar "inget riktigt besök" i relation till videosamtal. När videosamtal ska fungera som ett substitut för ett riktigt möte anses det

virtuella mötet därmed vara för kort, vilket resulterar i att det inte upplevs som ett riktigt besök. På grund av mediets begränsningar och dess tidsaspekt går det därmed inte att likställa ett videosamtal med ett riktigt möte. Detta på grund av att vårdgivaren och patienten inte kan säga samma sak och på samma sätt som i verkligheten vilket kan stressa såväl vårdgivare som patient. Vissa kan dock finna denna mötesform mer trivsamt eftersom denna typ av möte saknar fysisk närvaro. Det kan förstås med hjälp av Turkles (2017:314) resonemang där hon menar att personer kan frestas av tanken av att kunna vara på möte samtidigt som de kan göra andra saker med mobilen vilket även betonas av intervjudeltagarna. Detta är något som i högre utsträckning möjliggörs i ett virtuellt möte i och med att de sociala normerna förändras. Vid ett "riktigt besök" är det socialt oacceptabelt att använda mobilen samtidigt som man har en konversation. I ett virtuellt möte däremot förändras de sociala normerna genom att man inte är fysiskt närvarande och det blir på så sätt socialt accepterat att använda mobilen samtidigt samtidigt som man samtalar. Det innebär att patienten på Kry kan fördela sin uppmärksamhet på flera saker samtidigt som hen har en läkarkonsultation. Att kommunicera på detta sätt är dock något som inte passar alla.

Bara ringa upp och telefonintervjua någon som är väldigt nere eller har något problem, då måste man ju också kunna etablera en kontakt och ett förtroende till den människan man pratar med vilket inte funkar på video (Läkare).

Läkaren lyfter fram ett exempel på ett scenario där mediet inte lämpar sig. I situationer där en patient mår dåligt anser läkaren att mediet har för stora begränsningar för att kunna bemöta och ge patienten det stöd som hen behöver. I scenariot där patienten mår dåligt framkommer läkarens farhågor om att relationen genom mediet blir för distanserad. Denna typ av farhåga betonas även Turkle (2012) som menar att digital kommunikation kan fungera vid utbyte av mer kortfattad information men att det ger oss inte möjligheten att kunna relatera och förstå varandra på ett mer djupgående plan. För Kry innebär detta att det är svårare att etablera en djupare kontakt. Något annat som läkarna och sjuksköterskorna i studien betonas är vikten av icke-verbal kommunikation, som de menar begränsas och tidvis uteblir i ett videosamtal. Som Turkle (2017:65) påpekar räcker det inte med att enbart utbyta ord, utan för att samtala krävs det ett aktivt lyssnande med fokus på tonfall och tystnader samt att man observerar kroppsspråket. Den icke-verbala kommunikationen är av stor betydelse då vårdgivarna ser det som ett viktigt komplement till den verbala kommunikationen. Utifrån Turkles (2017) resonemang och läkarens uttalande går det att konstatera att kroppsspråket är en central faktor

för att skapa sig en helhetsbild eftersom vårdgivaren får tillgång till mer information än vad patienten väljer att uttala högt.

Intervjuare: Har du upplevt att patienter ibland försöker dölja något eller inte vet hur det ska uttrycka sig, så kan du läsa av det, som nervositet kanske?

Sjuksköterska: Ja man läser av väldigt mycket vid ett personligt möte och patienterna kan också visa vad det är [skrattar] på ett annat sätt vad det är genom sitt kroppsspråk, uttrycka sig så om de har svårt att uttrycka sig verbalt.

Som sjuksköterskan belyser går det att utläsa väldigt mycket vid ett personligt möte som inte förmedlas kommunikativt, vilket visar på den icke-verbala kommunikationens betydelse. Detta är något som försvåras i ett videosamtal då kamerans räckvidd inte kan likställas med det mänskliga ögat. Därav blir det problematiskt för läkarna att skaffa sig en helhetsbild av patienterna till skillnad från i den traditionella vården där de kommunikativa begränsningarna inte är lika stora. Det visar på att vårdarbetet karaktäriseras av fysiska möten och kontinuerlig kroppslig kommunikation, något som även Thornquist (2001:193) belyser.

Det är mycket som riskerar att missas, man ser bara det lilla problemet som är här och nu som de uppper och man tappar helhetsbilden och det som kanske ligger dolt under ytan (Sjuksköterska).

Att komma åt något som ligger dolt under ytan är något som sjuksköterskan menar kan vara problematiskt vid ett virtuellt möte då den icke-verbala kommunikationen uteblir. Varför icke-verbal kommunikation är av så pass stor betydelse inom sjukvården är för att det hjälper oss definiera, nyansera och tydliggöra det som inte uttrycks verbalt. Kroppen förmedlar ständigt budskap såväl medvetet som omedvetet och denna information inhämtas genom mottagarens sinnen. All interaktion handlar om sinnesintryck och i vårdgivare- och patientrelationen är det av extra stor vikt, vilket även Thornquist (2001:157f) exemplifierar då hon menar att det är betydligt svårare att dölja saker och ting med kroppsspråket.

Man ser bara den här lilla skärmen med ansiktet, sen kanske ansiktet ändå är det som säger mycket som patienten inte själv berättar [...]. Men är det en patient som har smärtor så kan man se det mycket på kroppsspråket, hur de liksom, hur rörliga de här, hur andningen är, hur kroppsfärgen ser ut. Det är klart att man kan be patienten att filma det då, men just det här spontana som man ser som kanske egentligen tänker inte tänker på att

fråga efter som man kanske bara uppmärksammar när man har en person som sitter framför sig när man ska undersöka. Det kanske man inte riktigt uppmärksammar på samma sätt vid ett videosamtal, man kanske inte tänker på det och när man inte ser det heller så tänker man inte på att fråga (Sjuksköterska).

Det går genom mimik att förmedla och läsa av mycket hos en patient, vilket sjuksköterskan menar är möjligt i såväl fysiska som virtuella möten. Det som dock skiljer dessa möten åt är att man vid fysiska möten får ta del av ett rikare kroppsspråk, samt att det ger vårdgivaren en möjlighet att genom sina sinnen läsa av och tolka det verbala och det icke-verbala samtidigt. Vid ett fysiskt möte kan sjuksköterskan lättare tolka och läsa av hur patientens andning är genom hans kroppsspråk. Det grundar sig i att sjuksköterskan genom sin profession har utvecklat sina sinnen som gör det lättare att se samband och läsa av olika situationer, vilket gör hen till en expert på det medicinska fältet. Detta visar på hur stor betydelse icke-verbal kommunikation har för den professionella bedömningen. Denna typ av expertkunskap betonar även Flyvbjerg (2001:12) som menar att ju mer erfarenhet man har inom ett yrke, desto lättare blir det att identifiera en situation. I Krys fall reduceras möjligheten att förmedla och läsa av kroppsspråket då det enbart går att filma en sak i taget, vilket gör att helhetsintrycket försvinner i och med att sinnesintrycken minskar och avståndet ökar. Det är dock viktigt att ta i beaktning hur kroppsliga budskap kan vara mångtydiga, särskilt i kombination med verbal kommunikation, vilket kan leda till dubbla budskap. Därför är sociala möten alltid unika, då det är svårt att på förhand veta hur samtalet kommer utvecklas (Blomberg & Stier 2016:71). Det är därför inte bara den icke-verbala kommunikationen som är av stor betydelse för att göra en professionell bedömning utan vårdgivarens samtliga sinnen är också avgörande i processen. Sannolikheten är alltså större att vårdgivaren kan upptäcka saker som patienten försöker dölja när hen får tillgång till samtliga sinnen (Matusitz & Spear 2014:258).

Med barn som får illa till exempel som har det dåligt hemma, där kan man ju få mycket hintar. Till exempel om ett barn kommer in för en läkarundersökning så brukar man ofta lyssna på lungor, lyssna på hjärtan och sådär och då kan man ju se kanske, de tar av tröjan, då kan man se att barnet har konstiga blåmärken eller rivmärken eller annat. Man ser föräldrarna som kommer dit, man känner kanske att det luktar konstigt, hur har de det hemma? Sånt ser man ju inte på ett videosamtal på samma sätt, det är lättare att dölja allt sådant (Sjuksköterska).

Som citatet visar har vi genom teknologin makten att välja vad och hur mycket vi vill visa vilket kan resultera i att en del av kommunikationen går förlorad bakom skärmen, något som Turkle (2011) förklarar som *hiding from each other*. Termen beskriver hur internet och andra kommunikationsteknologier är en plats där vi kan gömma oss från varandra och välja hur mycket av oss själva vi vill visa upp (Turkle 2011:187). När en patient väljer att ha en videokonsultation är det upp till hen att bestämma vad vårdgivaren ska få ta del av, vilket leder till att vårdgivarens information om patienten begränsas. Nackdelen och faran med att man kan gömma sig bakom skärmen är att patienten bestämmer vad som är relevant att filma eller berätta. Patienten har därigenom makten att välja vad den vill dela med sig av vilket enligt Goffman (2004:218) handlar om individers behov att styra de intryck vi gör på vår publik. Patienten kan tänkas vilja upprätthålla en fasad inför sin vårdgivare vilket kan påverka vårdgivarens intryck och helhetsbild av patienten. Det går med andra ord att urskilja vissa likheter mellan Turkles resonemang om hur vi genom teknologin kan gömma oss från varandra och Goffmans teori om social interaktion som ett framträdande där vi själva kan utse vad vi vill dela med oss av i det offentliga rummet. Dessa två teorier hjälper vidare till att skapa en förståelse för hur patienten på Kry erhålls en ny typ av makt. Att patienten kan välja hur mycket den vill dela med sig av samt på vilket sätt, gör att hen kan styra de intryck som vårdgivaren får. Det leder till en ny typ av makt eftersom patienten är den som har kontroll över den helhetsbild som hen ger. Det påverkar i sin tur även vårdgivarens möjligheter att ställa en korrekt diagnos vilket bekräftar att avståndet i ett virtuellt möte inte är *proper distance*. I ett traditionellt möte när båda parter är fysiskt närvarande, har vårdgivaren en större förmåga att själv skapa sig en uppfattning och det blir det svårare för patienten att styra de intryck som vårdgivaren får. En anledning till detta är som tidigare nämnt att vårdgivaren har tillgång till fler sinnen i sin bedömning. Patientens möjlighet dölja saker begränsas även vilket på så sätt gör att patienten inte har samma typ av kontroll i ett fysiskt möte.

Det finns ytterligare en dimension med detta problem. I och med att patienten kan välja vad den vill dela med sig av, blir det svårare för vårdgivaren att upptäcka det som ligger dolt bortom kamerans räckvidd. Som sjuksköterskan påpekar i ovanstående citat är det lättare att upptäcka om ett barn far illa i ett fysiskt möte till skillnad från i ett videosamtal. Detta på grund av att det återigen är svårare för patienten att styra de intryck den ger i ett fysiskt möte. Genom att vårdgivaren enklare kan uppmärksamma det patienten försöker dölja, är sannolikheten större att vårdgivaren lägger märket till saker som inte står rätt till. Det är extra viktigt i fall där barn är involverade då vårdgivaren har ett stort ansvar vilket försvåras i ett

videosamtal eftersom det fysiska avståndet ökar. Mediet begränsar på så sätt den professionella bedömningen då vårdgivaren i det virtuella mötet inte kan använda alla sinnen. I exemplet om barn som far illa beskriver sjuksköterskan hur hen kan lukta sig till om något inte står rätt till. Sjuksköterskan redogör även hur hen kan se om saker inte står rätt till genom bland annat blåmärken eller rivmärken. När en person använder sina sinnen i kombination med sina erfarenheter betyder det att den inte medvetet behöver överlägga vad som är rätt eller fel utan kan enligt Flyvbjerg (2001:19) gå direkt på sin intuition. Det innebär således att sjuksköterskan handlar på känsla eftersom hens erfarenhet förkroppsligats. Det är Flyvbjergs teori som sjuksköterskan omedvetet förmedlar när hen beskriver hur hen uppmärksammar subtila hintar som ges i det fysiska mötet. Eftersom vårdgivarens sinnen begränsas i ett virtuellt möte, blir även hintarna svårare att lägga märke till. Det virtuella mötet ställer därför högre krav på vårdgivaren att agera moraliskt korrekt och uppmärksamma de hintar som ges.

Som vårdgivare får man inte hela bilden av patienten och det är större risk att man kanske missar någonting som man annars kanske bara kan se med en tränad blick som kan vara svårt att fånga upp i ett virtuellt möte [...]. Det finns risker eller fallgropar i det hela (Sjuksköterska).

I ett fysiskt möte kan vårdgivaren hämta information om patienten genom sinnen som syn, hörsel, smak, lukt och känsel. Till skillnad från det fysiska mötet kan man i det virtuella mötet endast förlita sig på den information man får från syn och hörsel. Som sjuksköterskan betonar är det återigen mediet som sätter gränser för vad som kan förmedlas, vilket på så sätt begränsar vårdgivarens underlag för bedömning. Utifrån sjuksköterskans uttalande går det att se en viss tveksamhet till att bedriva vård på detta sätt. Det grundar sig i en osäkerhet hos sjuksköterskan som upplever att riskerna i ett virtuellt möte är större eftersom hens professionella samt tränade blick begränsas. En vårdgivares tränade blick kan förstås genom Flyvbjergs teori om ryggmärgskänsla. Det är en intuition som tillkommer genom utvecklade färdigheter som har förkroppsligats och blivit en del av individen (Flyvbjerg 2001:19). En tränad blick kan på så sätt liknas vid denna ryggmärgskänsla eftersom erfarna vårdgivare genom sin blick och sina sinnen kan läsa av den icke-verbala kommunikationen och uppfatta det som inte sägs. Att sjuksköterskan upplever att hens tränade blick och intuition begränsas i ett videosamtal visar på att intuition och avstånd hänger samman. Avståndet som uppkommer genom mobiltelefonen är alltså inte ett *proper distance* eftersom sjuksköterskan begränsas i

sin profession. Det spelar alltså ingen roll hur stor erfarenhet och kompetens en vårdgivare besitter då mediet är skälet till att den intuitiva förmågan begränsas.

Ju längre man jobbar som doktor, desto mer erfarenhet får man, desto tryggare blir man i sin yrkesroll. När man är precis är nyfärdig läkare då är man ju på rätt skakiga ben ju (Läkare).

Desto mer erfarenhet vårdgivaren besitter desto starkare blir hens intuition. Som läkaren hävdar växer man in i sin roll allt eftersom man som vårdgivare får tillämpa teoretiska och praktiska kunskaper. Med tiden förkroppsligas vårdgivarens färdigheter och blir en del av individen. För att en vårdgivare ska utvecklas i sin profession krävs situationer där hen får agera snabbt och spontant utifrån erfarenhet. För att lyckas med detta är en förutsättning att vårdgivaren får tillämpa samtliga sinnen i arbetsutförandet. Enligt Flyvbjergs teori utgör alltså intuition en väsentlig del av expertkunskaperna och är därför av stor vikt i vårdgivarnas yrkesroll. Dessa färdigheter som gör vårdgivaren till en expert på det medicinska fältet blir dock svårare att utöva och utveckla i ett videosamtal eftersom vårdgivarens sinnen begränsas vilket gör att hen inte kan utnyttja sin fulla kompetens (Flyvbjerg 2001:19ff). Det är alltså återigen mediet som orsakar dessa svårigheter som leder till att vårdgivarens expertis hämmas och istället måste sätta sin tillit till patienten i högre grad. Sjuksköterskan belyser i citatet nedan betydelsen av att få tillgång till sina sinnen för att göra en korrekt bedömning då det finns en risk med att behöva förlita sig på patientens egna omdöme i ett videosamtal.

Intervjuare: Vi har varit inne lite på det, du har sagt om kroppsspråk spelar roll och att kunna känna och röra men hur viktigt tror du det är vid en diagnostisering?

Sjuksköterska: Alltså det är faktiskt väldigt viktigt, jag tycker faktiskt det [...]. Det är väldigt många saker som man själv som patient kanske inte tänker på. När jag tar i din hand så tänker jag på ganska mycket, är du varm, kall, svettig? Hur du känns i huden, är du torr, är du... och likaså om man kollar på ben och fötter och att man känner pulsen och så vidare. Mycket såna saker som man kanske inte tänker på som patient som man gör rent automatiskt som sjuksköterska eller läkare. Det är ju faktiskt mycket som försvinner.

Intervjuare: Typ som gesten att ta i hand som du nämnde?

Sjuksköterska: Ja precis och där måste jag fråga patienten istället då att, ”känner du dig varm, är du kall, fuktig om händerna eller hur känner du dig?” och det är ju svårt för patienten att bedöma hela tiden för att de kanske känner sig varma men för en själv när vi tar i varandras händer så är du inte så varm och såna saker. Såna saker missas ju liksom.

Att vårdgivaren alltmer måste förlita sig på patientens egna omdöme i ett videosamtal är ett tecken på patientens ökade inflytande i sjukvården. Det finns givetvis för- och nackdelar med denna typ av förändring. Å ena sidan är det positivt att patienten bjuds in till att bli mer delaktig i sin egen vård. Å andra sidan kan det vara negativt att patienten får en aktiv roll i bedömningsprocessen då det finns mycket som patienten inte tänker på men som är givet för en vårdgivare. Tidigare präglades vården av att vårdgivaren ställde slutna frågor och gav patienten direktiv, men i och med en förändrad syn har patienten fått mer utrymme och möjlighet till delaktighet i vårdprocessen (Miller 2010:8f). Samtalet har på så sätt förändrats från något som kan liknas vid en monolog med slutna frågor till en öppen dialog där patienten får möjlighet att bidra utifrån egna förutsättningar. En essentiell del med patientcentrerad vård är att vårdgivaren försöker se situationen ur patientens perspektiv, vilket möjliggörs genom att bjuda in till ett öppet samtal (Levenstein et al. 1986:26).

Ibland känns det mer som att man är ett team och det är ju det som vi vill åstadkomma. Det är liksom patienten som är fokus liksom, det är den som vet bäst om sig själv [...]. Det handlar väl också mycket om vår sida att vi kanske inte bara ska trycka på med frågor utan ha lite mer öppet liksom och fråga kanske mer ”varför kom du hit idag?” (Sjuksköterska).

Ytterligare en fördel med patientcentrerad vård är att patienterna blir mer medvetna om sitt eget hälsotillstånd. Sjuksköterskan anser också att patienten är den som vet bäst om sig själv och är därför i sig själv en resurs för läkaren vid diagnostisering. Även om det är positivt så finns det även en risk med att överlämna bedömningen till patienten. Precis som sjuksköterskan påpekar kan det vara svårt för patienten att göra en korrekt bedömning vilket står i linje med Flyvbjerg (2001) som menar att det krävs en gedigen erfarenhet för att kunna se samband. Virtuella läkarbesök innebär således att patienten blir aktiv på ett nytt sätt då den måste använda sina egna sinnen för att göra en bedömning som vårdgivaren annars hade gjort per automatik vid ett fysiskt möte. När patienten tvingas använda sina sinnen kan det bli problematiskt, då hen till skillnad från en vårdgivare inte har de teoretiska samt praktiska kunskaper och erfarenheter att tillämpa i kombination med sina sinnen. Det kan resultera i att patienten uppfattar situationen felaktigt eftersom hen saknar den erfarenhet som krävs (Flyvbjerg 2001:12). Det går alltså att fastslå att patientens aktiva roll i bedömningsprocessen har en negativ påverkan av den enkla anledningen att de inte besitter samma erfarenhet och förståelse som en erfaren vårdgivare. Det blir ännu mer påtaglig i de virtuella vårdcentralerna

då vårdgivaren inte är fysiskt närvarande. Det visar på att avståndet har en betydelse för hur vård bedrivs då risken för feldiagnostisering ökar i takt med att avståndet växer. Genom att vårdgivaren på Kry inte är fysiskt närvarande tvingas patienten därmed till att utföra en del av vårdgivarens jobb. Detta kan i sin tur ses som en form av rollförskjutning och maktutjämning eftersom patienten utför uppgifter som egentligen tillhör vårdgivaren.

Intervjuare: Men du har aldrig upplevt att de liksom har ifrågasatt din expertis där de har den här kunskapen och tar med sig den, om man ju ska kalla det kunskap?

Läkare: Nja, jo, eller jo absolut, att man ifrågasätter och jag tror det är jättebra. Alla lär vi oss hela tiden. Jag tror man ska akta sig för att tro att man kan allt, men däremot så tror jag man har en bättre utgångspunkt i att värdera informationen om man har gått några år på läkarutbildningen och jobbat några år, att man kan värdera det. För det är ju det som är svårt, för lekmän att googla symtom, hitta något jätteläbbigt alltså, och då tror jag att man kan ha god nytta av att ha någon som har jobbar som doktor som får värdera.

Ytterligare en anledning till rollförskjutningen mellan vårdgivare och patient är det ökade informationsutbudet. Tidigare tillhörde expertkunskaperna inom sjukvården uteslutande vårdgivarna men som ett resultat av internets utbud har patienter idag stor potential att själva inhämta kunskaper och information som tidigare hämtades från vårdgivaren. Genom tekniken har idag alla den resurs som krävs för att bli expert men inte alla har den tid och energi som behövs. Därför är det expertsystem som bland annat Giddens (2002:42) talar om svårt att uppnå för många människor. Som Giddens menar krävs det både tid och energi för att erhålla expertkunskaper och enligt Flyvbjerg (2001) är det en process som patienten inte enbart kan läsa sig till då det krävs såväl praktiska som teoretiska kunskaper. Poängen är dock att, även om patienten inte kan bli expert över en natt så har det ökade informationsutbudet förändrat de rådande rollerna genom att information inte längre uteslutande tillhör vårdgivarna. Sjuksköterskan lyfter fram att patienter idag är mer pålästa än tidigare generationer, något som även Blomberg och Stier (2016) påpekar.

Intervjuare: Tror du att själva digitaliseringen har gett patienterna en ny typ av inflytande?

Sjuksköterska: Ja men det tror jag ändå. Om vi återgår till det här med delaktighet så, nu är ju många mycket mer involverade i sin vård har jag förstått det som [...]. Vi lever ju liksom i en tid då det finns så otroligt mycket information på internet och det tillsammans med hela det här gör ju att man blir mycket mer påläst och involverad.

Följden av det ökade informationsutbudet är att patienten vågar ifrågasätta vårdgivarens expertis. Detta är något som vårdgivarna upplever som allt vanligare och det har sina för- och nackdelar. En av fördelarna som läkaren lyfter fram är att mötet inte blir lika läkarcentrerat och auktoritärt. Läkaren menar vidare att det är viktigt att våga fråga samt ifrågasätta.

Intervjuare: Anser du att det [ökade informationsutbudet] är positivt eller negativt för vården?

Läkare: Både och men ganska så mycket negativt också för det skapar otrolig oro. Jag vet inte hur många patienter som jag har haft idag som sagt ”ja, jag har läst på nätet och jag är orolig för att det är cancer”. För ja, det händer varje dag att det sker [...]. Det är mer oro än att det lugnar [...]. Så har man läst på några amerikanska sidor och man kommer med långa listor på prover som man vill ha taget [...] och det blir väldigt mycket extra frågor och det tar väldigt mycket längre tid, besöken [...]. Ibland så ber jag patienten att du ska gå in på den här sidan och läsa om detta och detta [...]. Patienter vet inte om vilka sidor som är bra och dåliga.

Dock så menar läkaren att det finns en problematik med detta då patienterna ställer extra många frågor vilket blir tidskrävande för vårdgivaren. Vidare anser läkaren att somliga patienter har svårt att värdera vilka sidor som är tillförlitliga, vilket kan ses som en konsekvens av det stora informationsutbudet. Det finns för mycket information för vad vi är kapabla till att hantera vilket enligt läkaren kan skapa en oro. Giddens (2002:169) hävdar att det i det moderna samhället är svårt för individer att fatta beslut i och med det ökade informationsutbudet. Därför uppstår det ett dilemma då patienten inte kan ta ställning till och urskilja vad som är rätt och fel. Eftersom patienten inte är kapabel till att värdera informationen fortsätter ifrågasättandet och äger därmed inte enbart rum i det direkta mötet med vårdgivaren utan fortsätter även efter läkarbesöket genom att patienten värderar vårdgivarens expertutlåtande med vad som står på internet. På så vis har det ökade informationsutbudet gett upphov till ifrågasättandet och Blomberg och Stier (2016:64) konstaterar att det kan ses som ett tecken på en bristande förståelse av varandras roller. Det går därför hävda att rollförskjutningen till stor del blivit möjlig genom att vården idag är mer patientcentrerad, vilket har gett patienten utrymme att kunna ifrågasätta. En vidare följd av rollförskjutningen är att patienterna förväntas vara mer delaktig i sin vårdprocess.

Patienterna har ju mer bestämmanderätt. Förr i tiden för många år sen tillbaka, då var det ju mycket mera sjukvårdspersonalen som bestämde och så är det ju inte idag. Idag är det

ju i samförstånd och man informerar och patienterna får veta för- och nackdelar och välja behandling (Läkare).

Precis som läkaren menar har relationen mellan vårdgivare och patient förändrats. Det ökade deltagandet innebär bland annat att patienten får en mer aktiv roll i beslutsfattandeprocessen till skillnad från tidigare då vårdgivaren fattade merparten av besluten. För att förstå hur rollerna förändrats är det viktigt att förtydliga vad som tidigare karakteriserade en vårdgivare- och patientrelation. Utmärkande för det medicinska fältet är den asymmetriska relationen mellan läkare och patient som kännetecknas av att den ena parten har mer makt och större auktoritet. Auktoriteten grundar sig bland annat i att den ena efterfrågar den andres kompetens och erkända kunskaper (Thornquist 2001:24f). Dessa expertkunskaper som läkaren besitter är inom det medicinska fältet legitimerade, vilket bekräftar läkarens överordnade ställning. Det innebär från patientens håll en undergivenhet och enligt Giddens (2002:232) uppstår en form av slavisk trohet vilket i detta fall riktas till läkaren. Eftersom patienten inte besitter samma kunskap måste hen ha tillräckligt mycket förtroende för att lita blint på vårdgivarens råd och rekommendationer. Vårdgivaren besitter därmed en högtillitsposition där arbetet utförs utan tillsyn av annan närvarande personal. Det innebär att patienten har tillit till vårdgivaren oavsett om personen befinner sig inom patientens synfält eller inte. Vårdgivarens roll och kunskaper bekräftas därför oberoende av närhet och avstånd (Giddens 2002:29).

När vårdgivarens kunskaper erkänns som en tillgång av någon annan är det en form av kulturellt kapital. Det som vidare stärker vårdgivarens kulturella kapital och position är hems titel, akademiska utbildning samt status. Det kulturella kapitalet har enligt Bourdieu (1997:10f) en betydelse för en individs position på ett specifikt fält. Detta är något som i sin tur skapar riktlinjer för hur individer ska förhålla sig till varandra, i det här fallet vårdgivare och patienter på det medicinska fältet. Vissa regler kan tas för givet då de är så pass väl etablerade att det närmast kan likna en oskriven regel. Eftersom vårdgivaren har en ledande roll ger den sig själv rätten att avgöra graden av närhet till patienten. Detta är något som många patienter anpassar sig efter då det är djupt rotat i vårdgivare- och patientrelationen. Det är alltså genom de rådande maktpositionerna som vårdgivaren avgör vad som är *proper distance* (Thornquist 2001:22). Även om vården idag är mer patientcentrerad anser sjuksköterskan att patienten fortfarande är i underläge då hen är i behov av hjälp. Även detta går att förklaras med hjälp av Bourdieus teori (1997) då kapitalet har en inverkan på vårdgivarens position på fältet. Trots att maktpositionerna har jämnats ut så går det inte att

frånga det faktum att vårdgivaren genom sin titel och utbildning alltid kommer att ha ett större kapital än patienten på det medicinska fältet, oavsett hur mycket information patienten har tillgång till. Detta bekräftar att det finns hierarkier på fältet. Däremot är inte hierarkierna lika tydliga som förr eftersom att patienterna idag får mer utrymme till att ifrågasätta.

Intervjuare: Innebär deras kunskap som de får då från informationen att de ifrågasätter er expertis eller inte?

Sjuksköterska: Man skulle nog kunna bli mer osäker i en sådan situation eftersom man vet att de kan vara väldigt pålästa idag och det är ju många också [...]. Allt de läser är ju inte fel, vi arbetar ju med väldigt pålästa patienter på sätt och vis idag som vet mycket.

Att patienterna idag är mer kunniga inom fältet kan precis som sjuksköterskan menar orsaka en osäkerhet hos vårdgivarna. Varför de upplever denna osäkerhet kan bero på att vårdgivarna nuförtiden saknar ensamrätt på kunskapen samt att patienter som använder Kry kan utföra delar av vårdgivarens arbete. Utifrån dessa aspekter förändras patientens roll på det medicinska fältet, vilket jämnar ut rådande maktbalans. Det innebär att det medicinska kapitalet sjunker i värde desto mer vårdens kunskapsföreträdare utmanas och ömsesidig tilltro och professionell identitet sätts på spel (Blomberg & Stier 2016:73). Kontentan är alltså att roller inte kan ses som statiska utan att de istället påverkas av situationer och personer. Även om inte alla patienter har kapaciteten att utmana vårdgivaren på det medicinska fältet så har patienternas tillgång till information kommit att förändra det rådande rollerna. Om rollerna förändras går det även att konstatera att relationerna sinsemellan omdefinieras. Det går med andra ord från en asymmetrisk relation till något som allt mer börjar likna en symmetrisk relation som kännetecknas av en öppen dialog samt ömsesidig respekt och förtroende (Thornquist 2001:24ff). Ett genomgående tema i intervjuerna är förtroende och dess betydelse för vårdmötet. Förtroende är något som intervjudeltagarna menar måste vinnas och det går inte att göra om vårdgivaren anser sig vara något förmer. Sjuksköterskan menar att det som behövs för att etablera förtroende i ett fysiskt möte är:

Göra patienter delaktiga. Man ska inte behandla alla patienter på liknande sätt, man ska gå till individen och fråga just vad denna patient vill [...]. Det tror jag är ett bra sätt att öka förtroendet för patienten. Jag frågar just den här patienten, hur brukar du vilja att vi ska göra? Och då tror jag ändå att man, att det är ett sätt att få förtroende. Och sen att man lyssnar in patienten (Sjuksköterska).

Att se individen och göra dem delaktiga anses vara av stor vikt för att etablera förtroende. Förtroende är även något som lyfts i andra sammanhang, exempelvis när läkaren talar om vad som kännetecknar en god relation mellan läkare och patient:

Att en patient vill återkomma, då har väl den känt förtroende och att patienten som man träffar följer ens rekommendationer [...]. Att man litar på varandra och att patienten är nöjd helt enkelt och att man ställer rätt diagnos (Läkare).

Den förtroendeingivande aspekten är något som kännetecknar relationen mellan vårdgivare och patient. Det grundar sig till stor del i att vårdgivaren är en del av det som Giddens (1996:34f) beskriver som ett expertsystem. Ett expertsystem är ett område som kännetecknas av professionell expertis och som genomsyrar samhället med sin kunskap. I dessa system finns en redan etablerad tillit till experterna. Det är därför vårdgivare- och patientrelationen karaktäriseras av förtroende och tillit. Men även om det finns en grundläggande tillit så är det något som måste ständigt upprätthållas. Tilliten bearbetas när patienten kommer i kontakt med vården på olika sätt vilket Giddens (1996:90) benämner som tillgångspunkter. Tilltron till vården är därmed beroende av patientens upplevelse vid dessa tillgångspunkter eftersom den snabbt kan raseras. Förutsättningarna för att bygga upp en tillit och ett förtroende i ett videosamtal är dock inte detsamma som vid ett fysiskt möte. Detta eftersom att tillgångspunkterna i ett virtuellt möte inte är detsamma som i ett traditionellt möte. Läkaren anser att kontinuitet och att patienten vill återkomma är ett tecken på förtroende eftersom det visar att patienten känner sig trygg i vårdgivarens sällskap. Ett återkommande besök är ett tecken på att patienten har fått en bra upplevelse av vårdmötet, det vill säga tillgångspunkten. Det är i sig ett tecken på att patienten upplever ett *proper distance*. Detta exempel är bara ett i raden på hur närhet och förtroende är starkt förknippat med varandra, vilket grundar sig i att patienten i det fysiska mötet har fler tillgångspunkter till sitt förfogande. Vid ett fysiskt möte har även kontexten, det vill säga det medicinska fältet en stor betydelse då det på fältet finns erkända symboler som vi associerar med sjukvård och det inger förtroende.

Skulle jag gått in och tittat på en doktor så skulle man ju helst vilja att han satt vid ett bord, ett skrivbord. Det ska se ut som en läkarmottagning, det ökar förtroendet också och har han en vit rock på sig och ser han ut som en doktor (Läkaren).

Läkarrocken och läkarens fysiska miljö är bara några av de symboler som förstärker läkarens förtroende och kan ses som rekvisita för hur tilltro undermedvetet skapas. Dessa symboler är en tillgångspunkt för patienterna och har en betydelse för vilken tillit som de känner gentemot vårdgivaren. I läkarens uttalande går det att se att kontexten har en betydelse för den grad av tilltro som patienten känner för vårdgivaren. Miller (2010:24) anser att vi har socialiserats in i det traditionella mötet och är vana vid att möta en vårdgivare i en fysisk kontext. När mötesformen förändras bryts normen vilket gör att vi inte känner samma tilltro längre då allt inte är som det ska vara. Det läkaren menar är att fysisk närhet har betydelse för etablerandet av ett förtroende till en person. Genom att vara i rummet uppstår en närhet och patienten känner sig trygg då hen har fler tillgångspunkter till sitt förfogande som bland annat läkarrocken och stetoskopet. Eftersom att interaktionen mellan vårdgivare och patienter på Kry inte är kontextbundet kan det därför bli svårare för båda parter att känna samhörighet och förtroende. Detta på grund av att patienten inte får ta del av den traditionella sjukhusmiljön som har ett stort symboliskt värde och är starkt förknippat med förtroende. Självklart kan en individ även få dålig erfarenhet vid tillgångspunkterna och enligt Giddens (1996:90) kan det leda till en tvivelaktig inställning till systemet. Ett sådant scenario kan exempelvis vara när patienten inte får ta del av symboler i den traditionella sjukhusmiljön eller bemöts otrevligt av vårdgivaren, vilket kan skapa en skepticism till tillgångspunkterna och en misstro till vården. Det går därav att slå fast vid att det fysiska avståndet som kännetecknar mötet på Kry kan ha en negativ inverkan på etablerandet av tillit till vårdgivaren.

Avståndets möjlighet att skapa en förtroendefull relation

Avståndet till de vi integrerar med kan även ha betydelse för hur mycket vi väljer att dela med oss av. Avståndet kan både i fysisk och psykisk bemärkelse bli för stort när det sker via medier, vilket gör att det bli svårare att upprätta ett förtroende. När läkaren inte har patienten fysiskt framför sig är det fysiska avståndet stort, vilket kan göra det svårt för patienten att anförtro sig. Simmel (1908/1981:139) däremot menar att det fysiska avståndet inte behöver ha en negativ påverkan därför att när en individ anförtro sig till en expert sker det under premissen att individen efterfrågar expertens specifika hjälp. Det är i det ögonblicket som närhet skapas vilket resulterar i att individen vågar anförtro sig. Att det fysiska avståndet inte är av betydelse är något som intervjudeltagna sätter sig emot. De menar att det fysiska avståndet är avgörande för hur mycket patienten vågar anförtro sig i ett videosamtal.

Jag tror att det är lättare att prata med den man känner om det kan vara svårigheter i familjen eller vad det nu kan vara som tynger en, ekonomiska problem. Det tror jag inte man tar upp med en främmande läkare, det blir lite större avstånd men om du har någon som du känner sedan flera besök tidigare så växer förtroendet tror jag (Läkare).

Enligt läkaren är det fysiska avståndet väsentligt för att etablera ett förtroende då kontinuiteten är grunden för att bygga en relation. Bandet mellan läkare och patient stärks tack vare återkommande besök och enligt läkaren avslöjar inte patienter problem till någon som de inte har en utvecklad relation till. Detta är ytterligare ett exempel på hur närhet och förtroende är sammanlänkat genom att läkaren exemplifierar hur patienter inte avslöjar konfidentiell information utan en nära relation. Att en individ vågar anförtro sig har enligt Simmel (1908/1981) inte att göra med om hen har en utvecklad relation till den andre, utan beror istället på att den andre besitter expertis inom ett visst område samt att det finns en närhet. Det finns meningsskiljaktigheter kring huruvida det behövs en utvecklad relation för att en individ ska våga anförtro sig. Men såväl Simmel (1908/1981) som läkaren är överens om att det kretsar kring att känna närhet till den andre. Sjukvården har under en lång tid präglats av att patienter går till en och samma läkare som de har relation med. I och med uppkomsten av de virtuella vårdcentralerna har det kommit att förändras. För- och nackdelarna med detta är något som läkarna och sjuksköterskorna har delade meningar om.

Sjuksköterska: Man kanske inte får det här riktiga förtroendet, det känns liksom som att jag pratar med någon mer avlägsen, jag har inte den här personen framför mig. Jag hade nog haft lättare att öppna upp mig för någon som satt i samma rum, än via telefon. Men det är nog något slags avstånd ändå som känns som att det påverkar förtroendet. Sen exakt vad det är det vet jag inte men det blir ändå någon slags spärr däremellan.

Intervjuare: Hänger avstånd och förtroende ihop? När det sker via ett videosamtal så säger du att avståndet blir längre...

Sjuksköterska: Och förtroendet minskar [...]. Sen kanske vissa tänker precis tvärtom, att man träffar ju inte den här personen på samma vis och då vågar man berätta mer, så skulle säkert vissa kunna tänka också. Att man vågar säga mer till någon som man inte har den här riktiga relationen till, eller vad man ska säga, att det bara är ett samtal på 15 minuter och sen kan jag säga vad som helst för den personen kommer jag aldrig mer träffa igen.

Vårdgivarna på Kry saknar med största sannolikhet geografisk och rumslig koppling till patienten och i ovanstående citat går det att konstatera att det därför kan vara lättare att öppna upp sig för en vårdgivare som patienten saknar anknytning till. Då kravet på kontinuitet är något som Kry saknar är sannolikheten att man får träffa samma läkare liten. Det skapar en mindre press då enligt sjuksköterskan ingen verklig relation skapas. Det kan därför vara lättare att anförtro sig till en vårdgivare på Kry då mediet genererar en distans, vilket gör att man inte känner samma skyldighet gentemot varandra. Att som patient berätta något skamset för en okänd vårdgivare kan vara lättare då skam och tillit är starkt förknippat med varandra (Giddens 2002:83). Uppstår ett scenario där vårdgivaren skambelägger patienten riskeras tilliten att raderas. Saknas en etablerad relation som på Kry kan det vara enklare för patienten att tala om något skamset då patienten vet att hen aldrig kommer att träffa vårdgivaren igen. Det finns inte heller lika mycket tillit som riskerar att gå förlorad. En annan förklaring till varför för vissa patienter har lättare att anförtro sig till en vårdgivare på Kry går att förklara genom det som Turkle (2017:36) benämner som *guldlockseffekten*. Det teknologiska samhället har skapat ett behov hos människan av att kunna styra på vilket avstånd vi har våra relationer. De ska inte vara för nära men inte heller för långt bort. Vad som ses som ett lagom avstånd varierar från person till person och Kry blir ytterligare ett alternativ för patienter att anpassa relationen med sin läkare efter egna behov. Vidare kan somliga patienter uppleva sjukhusmiljön som skräckinjagande och för dessa patienter kan distansen ses som en styrka då videokonsultationen sker i en behaglig miljö som patienten själv har valt. Det ökar sannolikheten för att fler vågar söka vård (Miller 2010:17). Genom att kommunicera online får personen bakom skärmen välja vilket avstånd hen har till sin vårdgivare och sjuksköterskan anser att vissa människor är väldigt duktiga på att uttrycka sig online. Det kan göra att patienten känner sig mer bekväm i vårdgivare- och patientrelationen.

Ja det tror jag säkert [...] att det ibland kan vara lättare att uttrycka sig via text eller så, kanske slippa se någon i ögonen, om det är något jobbigt [skrattar]. Folk är väldigt duktiga på att uttrycka sig online (Sjuksköterska).

Oavsett fysisk distans är vårdgivare- och patientrelationen unik då den kännetecknas både av en närhet och ett avstånd. Avståndet grundar sig i att det är en asymmetrisk relation som bland annat uppstår genom läkarens titel och expertis. Denna formella relation gör att individen vågar anförtro sig till experten med information som hen i en allt för nära relation hade skämts för att berätta vilket Giddens (2002:85) betonar. Samtidigt som avståndet kan ses

som stort, kan det därför på ett annat plan ses som litet då patienten tillåter vårdgivaren att nära undersöka hen, exempelvis genom att känna, klämma, lukta och så vidare.

Det är ett stort förtroende att vara doktor, det är ett privilegium att få tillgång till en person som man egentligen aldrig har träffat förut, det är en unik situation på något vis (Läkare).

Precis som läkaren påpekar är vårdgivare- och patientrelationen unik då den grundar sig i en stort förtroende trots att de aldrig har träffats. Den är även unik på ett psykologiskt plan då det är den enda relationen parterna har med varandra vilket möjliggör att få en objektiv bedömning. Det innebär att patienten kan komma vårdgivaren väldigt nära genom att avslöja saker hen annars inte hade gjort (Simmel 1908/1981:141). I Simmels värld handlar det om psykiskt avstånd men i vårdgivarnas värld handlar det också om fysiskt avstånd då de menar att det är det som är avgörande för att etablera ett förtroende. De menar att i ett videosamtal ökar distansen av flera olika skäl. När den fysiska undersökningen uteblir, blir det allt svårare att genomföra ett bra arbete vilket leder till ett minskat förtroende. När förtroendet minskar och den fysiska undersökningen uteblir anser inte läkarna att det virtuella mötet har ett *proper distance*. Att det inte längre är ett *proper distance* grundar sig även i att den icke-verbala kommunikationen och viktiga gester stundvis uteblir. Gester är något som används aktivt i vårdmötet såväl medvetet som omedvetet och är sammanlänkat med trygghet och förtroende.

Om man tar i hand så är det mer en gest kanske men att man rör en annan människa kan verkligen inge förtroende och en känsla av trygghet hos patienter (Sjuksköterska).

Sociala möten kännetecknas av olika sätt att förhålla sig och kan ses som ett ramverk för de involverade parterna. Det innefattar såväl verbal som icke-verbal kommunikation. Detta går även att applicera på vårdgivare- och patientrelationen som har sitt eget ramverk för hur man ska bete sig. Sjuksköterskan menar att ett rikt kroppsspråk som följer ramverket inger trygghet och skapar förtroende. Att en vårdgivare följer rutiner är viktigt då det annars enligt Giddens (1996:96) kan orsaka ångest och oro. När detta upprätthålls behöver inte parterna lägga fokus på omgivningen eftersom den icke-verbala kommunikationen genererar den trygghet och förtroende som behövs (Goffman 1971:250 se Giddens 2002:74).

Det kanske är en patient som oroar sig för att det ska vara något farligt och då måste det kännas skönt att man kan lägga en hand på hennes knä när jag har undersökt henne eller på hennes axel och säga, du behöver inte oroa dig, det här ser inte alls så farligt ut, än om man hör någon som sitter där och inte kan sträcka in en hand (Läkare).

Läkaren och sjuksköterskan lyfter gester som något förtroendeskapande i mötet med patienter. Något så enkelt som att lägga en hand på patienten när den känner sig orolig menar båda skapar trygghet och fungerar därför som en tillgångspunkt. Det i sin tur kan leda till att patienten lättare tar till sig och att samtalet blir mer öppet. Det är inte enbart samtalet som blir mer öppet utan det fysiska mötet skapar även en ömsesidig trygghet och ett emotionellt band, något som är svårt att skapa i ett videosamtal (Miller 2010:19f). När gester uteblir är det därför svårare att etablera ett förtroende då gester är en central del i vårt sätt att kommunicera. En fysisk gest går aldrig att ersätta i ett videosamtal av den anledningen att mobiltelefonen genererar ett fysiskt avstånd och innehar begränsningar för vad som går att uttrycka. Tekniken reducerar därför individens möjlighet att i ett samtal uttrycka mer än bara ord vilket är fallet för vårdgivare och patienter på Kry. Eftersom de huvudsakligen har det verbala språket till sin förfogan, blir det därför svårare att känna en närhet till den andre. Hur tekniken får oss att känna mindre samhörighet och empati till andra trots löftet om att det skulle få oss att känna större närhet går att förklara med hjälp av Turkle. Hon hävdar att digital kommunikation inte kan ersätta kommunikation i det verkliga livet då det innehar begränsningar (Turkle 2017:18). En sådan begränsning är som sagt att gester uteblir. Därmed är inte ett videosamtal *proper distance* för att ge vård eftersom det fysiska avståndet på Kry är för stort för att etablera ett förtroende. Detta förstärker intervjudeltagarnas resonemang om att det fysiska avståndet är avgörande för en god vård, då de menar att för många tillgångspunkter begränsas i det virtuella mötet. Detta exemplifieras i citatet nedan då sjuksköterskan identifierar några av det virtuella mötets grundläggande problem. När avståndet ökar och närheten minskar påverkas såväl vårdgivare som patient på ett negativt sätt. Vårdgivarens möjlighet att utföra ett bra jobb försvåras samtidigt som patienten får en negativ upplevelse av tillgångspunkten då den inte känner närhet och inte kan få samma stöd och hjälp som vid ett traditionellt möte.

Det är det som är så svårt att sätta fingret på varför egentligen men jag tror ändå att just det här att man kan läsa av personen som man har framför sig, man ser kroppsspråk tydligare. Man kan lägga en hand på patienten om de är helt ledsna eller vad de nu vill, ha en kram eller vad det nu kan röra sig om. Det kan man aldrig göra på ett videosamtal, sen

behöver det inte vara tvunget att patienten vill det men en del vill de. Men just känna av stämningen i rummet, jag tror att det ändå blir lite svårare på telefonsamtal (Sjuksköterska).

Avståndets moraliska ansvar

En oroväckande aspekt som starkt betonas i studien är hur mötet förändras samt hur sjukvård bedrivs i ett virtuellt möte. Sjukvården ställer höga krav på att arbetet utförs korrekt enligt sjukvårdens etiska riktlinjer och grunden för att kunna genomföra en bedömning bygger dels på patientens berättelse men även på fysisk kroppsundersökning. I ett videosamtal begränsas den fysiska undersökningen. Läkaren uttrycker hur virtuell vård inte kan vara lika noggrann och utförlig då vårdgivaren har för få parametrar att göra grundlig en bedömning på.

När man ska tjäna pengar och så mycket pengar som möjligt så vore det inte första gången man tullar lite på kvalitén, man tullar lite på gränserna. Den medicinska säkerheten i vissa av de här diagnoserna som man hanterar är bevisligen oerhört låga alltså. Och där tror jag man måste vara oerhört vaksam, för det får inte bli riskabelt detta (Läkare).

Det går att konstatera att den medicinska säkerheten sätts på prov när den sker digitalt. Anledningen till att den medicinska säkerheten sätts på prov är att vårdgivarens möjlighet till att utföra en kroppsundersökning försvåras digitalt. Det innebär att det blir svårare att ställa en träffsäker diagnos eftersom vårdgivaren på Kry måste förlita sig på patientens berättelse samt vad hen ser och hör. Att undgå kroppsundersökning kan inte ses som etiskt korrekt då det inte står i linje med vad sjukvården förespråkar. Det är även ett exempel på hur sättet att bedriva vård har förändrats genom digitaliseringen och det avstånd det ger upphov till. Det har inte enbart förändrat hur vård bedrivs utan likaså hur vårdgivare- och patientrelationen alltmer kan liknas vid en kundrelation. Detta blir ännu mer påtagligt på Kry som är ett kommersiellt företag som har ett ekonomiskt intresse.

Man shoppar ju allt nuförtiden, man shoppar sjukvård också (Läkare).

Läkaren snuddar vid en intressant aspekt gällande vårdens förändring då hen talar om den virtuella vården som något en person konsumerar. Läkaren antyder att samhället är på väg att lämna den traditionella vårdgivare- och patientrelationen för att övergå till en kundrelation.

Vård ska idag gå snabbt och i allt större utsträckning ske på patientens villkor. Denna efterfrågan är något som Kry bemöter genom att erbjuda snabb och tillgänglig vård. Att mötet ska gå snabbt kan också botten i att företaget har ett ekonomiskt intresse. Just det ekonomiska intresset sätter sin prägel på läkar- och patientrelationen då det sker under andra premisser än ett traditionellt möte. Till skillnad från en traditionell vårdcentral som strävar efter kontinuitet och fysisk närvaro, strävar Kry efter att tillgodose patientens behov på ett sätt som blir lönsamt för dem själva. Kombinationen av avstånd och ekonomiskt intresse leder till att patienten känner sämre trygghet och förtroende. Det står i relation till läkaren och sjuksköterskan som menar att det är svårare att känna närhet till en patient när det fysiska avståndet är stort. En konsekvens av att inte känna närhet till patienten är enligt Baumans teori (1994:262) att den moraliska spärren inte verkar som den ska. Det blir även lättare att förbise det personliga ansvaret och handla omoraliskt som vårdgivare. Det ekonomiska intresset i kombination med avståndet utmynnar i sämre vårdkvalité och sämre tillit eftersom den moraliska spärren inte fungerar vilket leder till att vårdgivaren tullar på gränserna.

Det finns ju ett ekonomiskt intresse i detta också då man ska ha ett visst antal patienter på en viss tid, man driver på [...]. Och har man en patient med en viss förväntning på en behandling och man tycker den låter rimlig så kan jag tänka att det finns en viss risk att man drar för snabba slutsatser. Patienten blir nöjd för patienten har fått sin förväntan uppfylld och fått antibiotika men det kanske var fel sort [...]. Man har alldeles för få parametrar och bygga sin bedömning på och sen får patienten i ett fall som jag tänker på, söka ett par dagar senare där man då har satt sin förhoppning till den här antibiotikan, inte blivit bra och ringer till vårdcentralen och får en akut tid och är inläggningsmässig och är jättejättesjuk. Och där hade man kunnat vinna mycket genom att titta på patienten lite tidigare (Läkare).

När den fysiska undersökningen går förlorad menar läkaren av egen erfarenhet att det är lätt att ställa en felaktig diagnos. Det går att utläsa en viss skepticism hos läkaren till Kryns sätt att bedriva vård som innefattar en utebliven kroppsundersökning. Läkarens uttalande kan inte enbart förstås som kritik till utebliven kroppsundersökning utan handlar även till stor del om det avstånd som uppstår till patienten, vilket läkaren inte anser är ett *proper distance* för vårdutövande. Eftersom Kry vidare saknar den kontinuitet som traditionella vårdcentraler har blir inte konsekvenserna av en felaktig diagnos lika påtagliga för vårdgivarna på Kry. Varför konsekvenserna inte blir lika påtagliga är för att när kontinuitet saknas blir det svårare att etablera en relation och vårdgivaren känner då inte samma skyldighet gentemot patienten.

Huruvida man känner skyldighet till en annan är något som Bauman (1994:50) lyfter då han menar att det är enklare att handla omoraliskt när man inte behöver ta del av utfallet. Det visar på att det moraliska ansvaret skiljer sig i ett virtuellt möte till skillnad från ett traditionellt möte eftersom de inte behöver träffa patienten igen. Avsaknaden av kontinuitet leder även till att vårdgivaren inte kan veta om patienten har förbättrats eller försämrats efter vårdmötet. Följden av utebliven kontinuitet i kombination med att det är svårare att ställa en korrekt diagnos virtuellt, är att de traditionella vårdcentralerna får ta konsekvenserna av de snabba slutsatser som de virtuella vårdcentralerna tar. En annan aspekt av utebliven uppföljning är att vårdgivarens professionella bedömning inte kan bekräftas. När vårdgivarna på Kry inte tar del av utfallet vet de inte heller om patienten mår bättre eller sämre och kan därav inte lära sig av sin framgång eller eventuella misstag. Detta påverkar vårdgivarens potential till utveckling då hen inte blir lika medveten om vilka beslut som ger ett positivt eller negativt utfall. Det begränsar vårdgivarens professionella intuition då hen inte har lika mycket bekräftad erfarenhet att luta sig tillbaka på. Först när vårdgivaren tar del av sina praktiska erfarenheter, leder det enligt Flyvbjerg (2001:16) till att vårdgivaren utvecklas i sin profession. Han menar att det är endast genom upplevd erfarenhet som en individ kan utvecklas i sin yrkesroll och att ta del av utfallet är en del av processen.

Samhället och patienterna ställer idag krav på att vården ska vara lättillgänglig och att mötet ska gå snabbt. Kravet grundar sig i hur det digitala har blivit en del av människans vardag och allt detta förväntar vi oss nu av vården (Menvielle et al. 2017:24f). Även om dessa krav efterfrågas kan det ses som motsägelsefullt då ett vårdmöte kräver fysisk undersökning vilket läkarna i studien framhäver. Det går därmed emot vårdens etiska ansvar (Ahlzén et al. 2018).

Jag tror att man måste förhålla sig till att hela vården, att vården också förändras i takt med tiden och det viktiga är att professionen är med i detta och utvecklar det på ett sätt så att det inte bara är marknadskrafterna som styr. För då riskerar man att det blir medicinskt väldigt osäkert till sist (Läkare).

Med utgångspunkt i Baumans (1994:48) teori går det att påstå att eftersom vårdgivarna på Kry handlar etiskt korrekt utifrån företagets regelverk så kan de avsäga sig det moraliska ansvaret. Detta är dock inte något som läkarna i studien håller med om. Utifrån deras perspektiv handlar vårdgivarna på Kry omoraliskt då de undgår en fysisk undersökning, vilket är ett grundläggande moment i vården. De menar alltså att sjukvård inte kan digitaliseras på

detta sätt då riskerna är för stora. Utöver risken med en avsaknad fysisk bedömning, finns det även en risk med Kryss effektiviseringen av vårdmötet vilket kan antas bottna i ett ekonomiskt intresse. Detta grundar sig återigen i att Kry försöker att tillgodose patientens behov på ett lönsamt sätt. Det tar sig bland annat uttryck genom antalet patienter per timme. En virtuell vårdcentral tar enligt en av intervjudeltagarna 25–30 patienter i timmen och en traditionell vårdcentral tar 2–3 patienter i timmen. Det innebär att det virtuella vårdmötet blir betydligt kortare än det traditionella. Denna effektivitet är dock något som sjuksköterskan ser stora fördelar med och som även Krohwinkel et al. (2016:103) anser är en av den digitaliserade sjukvårdens stora potential.

Jo men egentligen tror jag att det är bra för att jag tänker att det ändå är en stor belastning på akutvården redan. Mycket folk som får sitta på akuten i flera timmar och vänta. Om detta då kan bidra till att man kanske inte behöver skicka lika många till akuten så är det såklart positivt att akuten inte behöver ta allt liksom när det bara är något som de kan hjälpa till med på den här appen till exempel (Sjuksköterska).

Att de virtuella vårdcentralerna kan avlasta de traditionella är en stor fördel. De traditionella vårdcentralerna har under en lång tid kämpat med en bristande bemanning samt långa väntetider och kan på så sätt inte möta patienternas behov (Blomberg & Stier 2016:73). Detta gynnar såväl vårdgivare som patienter eftersom teknologin, i Kryss fall mobiltelefonen, kan bidra med en ökad närvaro och flexibilitet vilket vi människor skulle ha svårt att erbjuda utan teknologin (Turkle 2011:46).

Nä men det är möjligt att det till stor hjälp för många, barnfamiljer till exempel, man kommer inte iväg och man vill ha ett råd. Man vill ha en doktor, man vill prata med en doktor helt enkelt. Det är möjligt att man kan ta en kontakt på det sättet och sen att det måste bli ett besök av det, för att följa upp [...]. Men det är ett stort ansvar att sitta genom Skype och säga sådana saker, det är det (Läkare).

Såväl sjuksköterskan som läkaren talar om vad tillgängligheten gör för patienterna och de traditionella vårdcentralerna. Läkaren lyfter dessutom rumsaspekten som något positivt då det innebär att mötet inte är platsbundet. Precis som citatet visar resulterar detta i att steget till att ta kontakt med en vårdgivare blir kortare vilket exempelvis kan vara en stor fördel för barnfamiljer som har svårt att förflytta sig. Svårigheter med att förflytta sig kan vidare bero på flera orsaker. Det kan dels grunda sig i tidsbrist eller rörelsesvårigheter men det kan även

grunda sig i en ekonomisk aspekt då färden till den traditionella vårdcentralen resulterar i en extra kostnad för patienten. Även Miller (2010:26) talar om minskad restid som en av fördelarna med videokonsultationer samt att patienten besparas tid i ett väntrum. Den virtuella vården kan på så sätt ses som mer tillgänglig i jämförelse med en traditionell vårdcentral. Detta eftersom patienten inte är bunden till en specifik plats och kan erbjudas vård i princip när som helst och var som helst. Förr gick patienten ut i det offentliga för att söka fysisk läkarvård men i och med möjligheten till videosamtal som Kry tillhandahåller kan läkarbesök idag erbjudas i hemmet. Det innebär att sjukvården blir en del av patientens personliga sfär då den tar sig in i patientens hem. Att vi inte längre behöver lämna vår privata sfär för att integrera med varandra kan ses som positivt men det har även en baksida då det leder till att stora delar av våra sociala och verkliga relationer går förlorade. Ytterligare en nackdel med detta är att när patienten inte lämnar sin personliga sfär får den inte tillgång till tillgångspunkterna som är av stor betydelse för etablerande av tillit. Att Kry inte är platsbundet kan därmed innebära att patienten känner mindre förtroende för vården.

Det effektiviserar ju, man kan slippa träffa patienter. Det låter ju hemskt men att ordna ett möte, och allt det här. Ska man ändå bara prata så är det ju jätteeffektivt att ta det över telefon, så kan man göra något annat samtidigt, skriva eller vad som helst. Patienter slipper ta sig dit och det blir ju värt (Sjuksköterska).

Rumsaspekten har inte bara sina fördelar utifrån patientens håll. Även sjuksköterskan ser positivt på att inte vara bunden till en specifik plats, något som endast är möjligt tack vare tekniken. Genom denna utveckling kan vårdgivarna nu effektivisera sitt arbete då de kan utföra flera saker samtidigt. Rumsaspekten handlar alltså om en sorts effektivisering. Dock är de positiva aspekter som sjuksköterskan lyfter fram mer praktiska än professionella. Trots fördelarna anser läkaren att vårdgivare har ett större ansvar när mötet sker virtuellt. I det fysiska mötet är det moraliska ansvaret ett naturligt inslag eftersom det finns en närhet mellan vårdgivare och patient men när det kommer till ett videosamtal anser läkaren att det blir svårare att upprätthålla ansvaret eftersom närheten minskar i takt med att avståndet ökar (Bauman 1994:251). Om det moraliska ansvaret inte går att upprätthålla är tekniken en form av begränsning. Även om teknologin medför stora möjligheter för vården bör vi därför ställa oss frågan om teknologin fyller våra mänskliga ändamål (Turkle 2011:19)?

Är det bara så att det har ökat för att det är så lättåtkomligt? Att man hör av sig för att ”ja jag kollar”. Man har det ju hemma i soffan [...]. Ni förstår även lättåtkomligheten gör att man söker för mindre och mindre åkommor (Läkare).

Att steget till att kontakta en vårdgivare minskar är inte enbart något positivt utan kan även ses utifrån ett annat perspektiv. Baksidan av den ökade tillgängligheten är att den blir för lättillgänglig, något som Andreassen et al. (2006:243) håller med läkaren om. Följden av detta kan bli att patienter lättare kontaktar vårdgivare för problem som de troligtvis inte hade behövt vård för. Detta kan ses som ett tecken på att steget till att lyfta luren är betydligt kortare jämfört med att behöva förflytta sig till en vårdcentral (Andreassen et al. 2006:246).

Sjukvården måste vara tillgänglig 24/7 för de tillstånd som kräver akut behandling. Urinvägsinfektion behöver inte behandlas mitt i natten, inte halsfluss heller [...]. Så jag tycker att jättebra, tillgänglighet är jätteviktigt men tillgänglighet för rätt saker (Läkare).

Å ena sidan kan tillgängligheten leda till att patienter söker vård i en allt högre utsträckning för åkommor som inte kräver akut behandling. Läkaren menar att virtuell vård gör det möjligt för patienter att ta sig an sina hälsoproblem på ett felaktigt sätt. Åkommor såsom halsfluss och urinvägsinfektion menar läkaren kräver en fysisk undersökning och därför är det inte etiskt korrekt av vårdgivaren att undgå den typen av undersökning. Vidare anser läkaren att vårdens ökade tillgänglighet är bra men endast om det används för rätt syfte. Å andra sidan, om den virtuella vården nyttjas för rätt ändamål, det vill säga för åkommor som inte kräver en fysisk undersökning är det ett faktum att det kan avlasta den traditionella vårdcentralen. De virtuella vårdcentralerna är även till stor fördel för de patienter med lätta åkommor som är den patientkategori som enligt Ekholm (2016:6) har svårast att komma i kontakt med vården.

Vårdmötets förändrade karaktär

Studien visar att mediet till största del har en negativ effekt på vårdgivare- och patientrelationen. Det grundar sig bland annat i mediets begränsningar som har en inverkan på hur budskap förmedlas. Det tar sig uttryck genom att kommunikationen blir mer kortfattad, vilket leder till att endast det mest relevanta lyfts fram (Turkle 2017:18). Att samtalet blir mer kortfattad innebär således att det blir svårt att få ett djup i konversationen. Kroppsspråket som är en viktig del i kommunikationen är vidare något som läkarna och sjuksköterskorna menar

riskerar att gå förlorat i ett videosamtal. Ett uteblivet kroppsspråk är av stor problematik då det försvårar vårdgivarnas arbete. Det går tydligt i studien att urskilja kroppsspråkets betydelse för insamlandet av information, något som även är avgörande i processen att skapa sig en helhetsbild av patienten. När dessa aspekter av mötet begränsas blir det svårare för vårdgivaren att utföra sitt arbete. Därför är det inte längre ett *proper distance*.

Ytterligare ett område som begränsas är vårdgivarens förmåga att nyttja sina sinnen i vårdmötet. Syn, hörsel, smak, lukt och känsel är av stor vikt för att vårdgivaren ska kunna göra en bra bedömning. Detta är något som starkt betonas som en fara av läkarna och sjuksköterskorna, då de endast kan förlita sig på vad de ser och hör vilket överlämnar en stor del av bedömningen till patienten. Det är en stor risk eftersom de anser att patienten inte har den kunskap som krävs för att själva göra en bedömning. Konsekvensen av att överlåta bedömningen till patienten kan i värsta fall leda till en feldiagnostisering. Vårdgivarna själva riskerar även att gå miste om värdefulla ledtrådar som endast kan upptäckas genom sinnena. En sådan risk som lyfts fram i vår studie är när sjuksköterskan nämner barn som far illa. Kontentan av detta är att sjuksköterskans expertis hämmas i ett videosamtal eftersom hen inte kan nyttja samtliga sinnen. Påföljden blir att sjuksköterskans helhetsbild av barnet och vårdmötet reduceras vilket visar på att det inte längre ett *proper distance*.

När patienten utför en del av vårdgivarens arbete bör det betraktas som en rollförskjutning. Rollförskjutningen kan även förstås genom det ökade informationsutbudet, vilket innebär att vårdgivarna inte längre har ensamrätt till det medicinska fältet. Det har lett till att vårdgivarna i allt större utsträckning ifrågasätts i sin yrkesroll. Följden av detta blir att vårdgivarens medicinska kapital sjunker i värde samt att deras status förändras. Deras relation påverkas även av detta då den går från en asymmetrisk relation till en som allt mer börjar likna en symmetrisk relation. Eftersom patienten idag besitter mer kunskap genom det ökade informationsutbudet har maktbalansen jämnats ut och patienten behöver inte längre lita blint på vårdgivarens rekommendationer. Det går därför att fastslå att vårdgivarens roll förändras. I och med det ökade informationsutbudet och att patienter på Kry genom sina sinnen är med i bedömningsprocessen går det tydligt att se att relationen förändras i ett videosamtal. En av de aspekter som intervjudeltagarna betonade tyngst var föroendeaspekten. Det är kärnan i vårdgivare- och patientrelationen men är dessvärre svårt att upprätta i ett videosamtal. Varför förtroendet påverkas negativt är på grund av det avstånd som mediet skapar, både i såväl fysisk som psykisk benämning. När intervjudeltagarna talar om förtroende anmärker de på de

fysiska begränsningar som mediet medför såsom att inte kunna lägga en lugnande hand på någon som är orolig. Det visar hur starkt förknippat förtroende och gester är och hur det i förlängningen är beroende av en närhet. Fysiskt avstånd är alltså avgörande för att kunna etablera ett förtroende och känna en psykisk närhet. Det innebär att videosamtalet ger upphov till ett avstånd som inte är ett *proper distance* för att etablera förtroende och känna närhet.

En annan konsekvens som avståndet frambringar är det faktum att vårdgivarna inte känner samma skyldighet och ansvar för patienten. Detta går att konstatera utifrån Bauman (1994) som förklarar att det moraliska ansvaret minskar i takt med att avståndet ökar. Eftersom vårdgivarna och patienterna på Kry saknar en utvecklad relation och med största sannolikhet inte kommer att ses igen känner de inte samma skyldighet till varandra. Det leder exempelvis till att konsekvenserna av ett dåligt arbetsutförande inte blir lika påtagliga för vårdgivarna. Ett exempel i vår analys som visar på att den moraliska spärren inte fungerar som den ska, är då fysisk kroppsundersökning uteblir. Intervjudeltagarna argumenterar starkt för hur oetiskt det är att kringgå detta grundläggande moment. Att det inte finns möjlighet till att utföra en fysisk undersökning grundar sig i mediets begränsningar. På så sätt hävdar vi att mediets begränsningar ger upphov till ett oetiskt avstånd som leder till en medicinsk osäkerhet. Det visar återigen att virtuell vård inte har ett *proper distance*.

Det finns ett avstånd som skapas genom mobiltelefonen som inte är adekvat i vårdgivare- och patientrelationen. Det går därför att ställa sig kritisk till om Kry genom ett digitalt tillvägagångssätt lyckas att komma närmre sina patienter. Som tidigare påvisat är medicinsk osäkerhet en av de största nackdelarna med avståndet. För att vidare förstå vilken inverkan avståndet har på relationen krävs det att det sätts i ett större sammanhang. Att kommunikationen blir mer koncis, påverkar inte bara själva samtalet i sig utan även möjligheten till att etablera ett förtroende. Om samtalet blir för kortfattat är det svårt att skapa en relation. Precis som Turkle (2017) har påvisat fungerar det inte att etablera djupare relationer via digital teknik. Frågan är då om förtroende och tillit kan etableras när samtalet inte kan fylla samma funktion som vid ett verkligt möte? För att kunna besvara denna fråga gäller det att ta i beaktning att ett samtal inte endast handlar om kommunikationen utan även om kontexten. Om en patient i ett vårdssammanhang inte får tillgång till samma tillgångspunkter såsom en välkänd sjukhusmiljö blir det redan från start svårt att känna förtroende och närhet. Avståndet är anledningen till att patienten inte får tillgång till tillgångspunkterna och kan känna tillit. Det visar på att digitala tillgångspunkter inte är av

samma karaktär som vid ett fysiskt möte. När detta kombineras med en kortfattad kommunikation är det för många faktorer som gör det för svårt för att etablera en relation. Det går därför att slå fast vid att relationen förändras i det virtuella mötet. När man väljer att använda Kry sätter man som patient och vårdgivare sin tillit till tekniken, till varandra och till situationen. Trots goda intentioner så visar vår studie på att det är svårt att känna tillit i ett virtuellt möte. Det har att göra med hur Kry bedriver vård och kärnan i allt ligger i avståndet. För att förstå nackdelarna med digitaliseringen måste man därför förstå närhetens betydelse. Avståndet är alltså en vital del i en vårdrelation vilket gör att när närhet försvinner samtidigt som andra faktorer fallerar, förändras vårdgivare- och patientrelationen i ett videosamtal. Det förklarar varför vårdgivarna ställer sig skeptiska till virtuell vård eftersom det är svårt att hitta ett *proper distance*, något som de implicit och explicit uttrycker genom hela studien.

Referenslista

Andreassen, Hege K., Trondsen, Marianne, Kummervold, Per Egil, Gammon, Deede, Hjortdahl, Per (2006). Patients Who Use E-Mediated Communication With Their Doctor: New Constructions of Trust in The Patient-doctor Relationship. *Qualitative Health Research*. 16(2), 238–248

Bauman, Zygmunt (1994). *Auschwitz och det moderna samhället*. 2. uppl. Göteborg: Daidalos

Blomberg, Helena & Stier, Jonas (2016). Att vara kommunikativt låst: Professionellas berättande om vanskliga vårdrelationer. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2016(1), 59-76.

Bourdieu, Pierre (1997). *Kultur och kritik: anföranden*. 2., [omarb.] uppl. Göteborg: Daidalos

Ekholm, Anders (2016). *Bortom IT: om hälsa i en digital tid*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier

Flyvbjerg, Bent (2001). *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Cambridge: Cambridge University Press

Giddens, Anthony (1996). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur

Giddens, Anthony (2002). *Modernitet och självidentitet självet och samhället i den senmoderna epoken*. Enskede: TPB

Goffman, Erving (2004). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 4. uppl. Stockholm: Nordstedts förlag

Haluza, Daniela, Naszay, Marlene, Stockinger, Andreas & Jungwirth, David (2017). Digital Natives Versus Digital Immigrants: Influence of Online Health Information Seeking on the Doctor–Patient Relationship. *Health Communication* 32(11), 1342–1349

Krohwinkel, Anna, Winberg, Hans, Rognes, Jon & Ahrnell, Britt-Marie (2016). "Framtidens styrning och organisering. Systemutmaningar för att realisera digitaliseringens potential i vård och omsorg" i Ekholm, Anders (2016). *Bortom IT: om hälsa i en digital tid*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Larsson, Larsåke (2010). "Intervjuer" i Ekström, Mats & Larsson, Larsåke (red.). *Metoder i Kommunikationsvetenskap*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Lee, Seungcheol Austin & Zuercher, Robert J. (2017). A Current Review of Doctor–Patient Computer-mediated Communication. *Journal of communication in healthcare*. 2017(10), 22-30

Matusitz, Jonathan & Spear, Jennifer (2014). Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Social Work In Public Health*. 29 (3), 252-266

Menvielle, Loick, Audrain-Pontevia, Anne-Françoise, & Menvielle, William (red.) (2017). *The Digitization of Healthcare New Challenges and Opportunities*. London: Palgrave Macmillan UK

Miller, Edward Alan (2010). Telemedicine And The Provider–Patient Relationship: What We Know So Far. *Report prepared for the Nuffield Council’s Working Party on Medical Profiling and Online Medicine*

Levenstein, Joseph H, McCracken, Eric C, McWhinney, Ian R, Stewart, Moira A & Brown, Judith B (1986). The Patient-Centered Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice*. 3(1) 24–30

Simmel, Georg (1908/1981). *Hur är samhället möjligt? och andra essäer*. Göteborg: Korpen

Thornquist, Eline (2001). *Kommunikation i kliniken: Möte mellan professionella och patienter*. Lund: Studentlitteratur

Turkle, Sherry (2011). *Alone together: why we expect more from technology and less from each other*. New York: Basic Books

Turkle, Sherry (2017). *Tillbaka till samtalet: samtalets kraft i en digital tid*. Göteborg: Daidalos

Østbye, Helge, Knapskog, Karl, Helland, Knut & Larsen, Leif Ove (2003). *Metodbok för medievetenskap*. Malmö: Liber

Elektroniska källor

Ahlzén, Rolf, Berggren, Lars, Metsini, Alexandra, Olsson, Louise, Tegelberg, Åke (2018). Vetenskapligt stöd saknas för digitala diagnoser. *Dagens Nyheter*. 18 april. [2018-05-04] <https://www.dn.se/debatt/vetenskapligt-stod-saknas-for-digitala-diagnoser/>

Kry (2018). <https://kry.se> [2018-05-03]

Online video

Turkle, Sherry. (2012, april). *Connected but alone?* [video]. TED Talks. Hämtad från <https://www.youtube.com/watch?v=t7Xr3AsBEK4> [2018-04-25]