



CHALMERS



En sjukvård i omställning

En studie av medarbetares perspektiv på införandet
av digitala vårdmöten

Kandidatarbete inom Industriell ekonomi

FRIDA HOLZHAUSEN
IDA LINNAKALLIO
LISA MATTUS

JACOB NÄSLUND
ASTRID OLAUSSON
ADAM SANDÉN

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2021

www.chalmers.se

Kandidatarbete TEKX04-21-17

En sjukvård i omställning

En studie av medarbetares perspektiv på införandet av digitala
vårdmöten

A healthcare in transition

A study of healthcare employees' perspective on the implementation
of digital care meetings with patients

FRIDA HOLZHAUSEN

IDA LINNAKALLIO

LISA MATTUS

JACOB NÄSLUND

ASTRID OLAUSSON

ADAM SANDÉN

TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2021

En sjukvård i omställning
En studie av medarbetares perspektiv på införandet av digitala vårdmöten

FRIDA HOLZHAUSEN
IDA LINNAKALLIO
LISA MATTUS
JACOB NÄSLUND
ASTRID OLAUSSON
ADAM SANDÉN

© FRIDA HOLZHAUSEN, 2021.
© IDA LINNAKALLIO, 2021.
© LISA MATTUS, 2021.
© JACOB NÄSLUND, 2021.
© ASTRID OLAUSSON, 2021.
© ADAM SANDÉN, 2021.

Kandidatarbete TEKX04-21-17
Teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Sverige
Telefon + 46 (0)31-772 1000

Göteborg, Sverige 2021
Gothenburg, Sweden 2021

A healthcare in transition

A study of healthcare employees' perspective on the implementation of digital care meetings with patients

FRIDA HOLZHAUSEN

IDA LINNAKALLIO

LISA MATTUS

JACOB NÄSLUND

ASTRID OLAUSSON

ADAM SANDÉN

Department of Technology Management and Economics
Chalmers University of Technology

Abstract

Problem

The digitalization has in recent years fundamentally changed many industries. In the spring of 2020, Covid-19 spread to Sweden and social distancing and digital meetings were a fact. This meant that the healthcare industry, which had previously been significantly behind other industries regarding digitalization, also had to readjust and change its operations. Digital care meetings were drastically introduced and the care clinics' employees had to learn how to work with a new digital tool. This change most definitely affected the employees.

Aim

The aim of this study has been to investigate how employees at Sahlgrenska University Hospital have been affected by the transition to digital care meetings.

Theoretical framework

Existing research in relevant subject areas is presented in the theoretical framework to provide an overview of quality of care, telemedicine, change management, resistance and organizational learning. Subsequently, five of the United Nation's global sustainability goals are presented and connected to the study. The remaining parts of the study are based on what is presented in the theoretical framework.

Method

The study was conducted as a qualitative study in the form of a case study with an abductive approach at Sahlgrenska University Hospital. The method used was semi-structured interviews. A literature overview of scientific articles was also conducted to create a theoretical framework.

Results and implications

The transition to digital care meetings was initiated for different reasons in the two departments examined; the Breastfeeding clinic and the Psychiatric clinic for fatigue syndrome (PMU). The implementation was forced by the Covid-19 pandemic at PMU, but employees at both departments experienced the transition to be implemented too fast and the training to be insufficient, which partly resulted in resistance among the employees. In other aspects, employees believed that the conditions for assessing patients' conditions had deteriorated, but that on the other hand long-distance patients could benefit from not having to travel to the hospital. It was stated that the employees wanted to work with people and not just through a screen, but that the digital meetings have been necessary in order to provide care at all during the pandemic.

Keywords: digitalization, care meetings, healthcare, change management, telemedicine, learning

Note: This report is written in Swedish.

Sammandrag

Problem

Digitaliseringens framfart har under de senaste åren förändrat många branscher i grunden. Under våren 2020 spred sig Covid-19 till Sverige och social distansiering och digitala möten var ett faktum. Följaktligen sattes det press på sjukvårdsbranschen, som tidigare legat betydligt efter andra branscher gällande digitalisering, att ställa om och förändra sin verksamhet i grunden. Digitala vårdmöten infördes drastiskt och vårdmottagningarnas anställda behövde lära sig att arbeta med ett nytt digitalt verktyg. Denna omställning lär definitivt ha påverkat medarbetarna.

Syfte

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur medarbetare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har påverkats av övergången till digitala vårdmöten.

Teoretisk referensram

Befintlig forskning inom relevanta ämnesområden behandlas i den teoretiska referensramen för att tillhandahålla en överblick över vårdkvalitet, telemedicin, change management, motstånd och organisatoriskt lärande. Därefter presenteras fem av FN:s globala hållbarhetsmål som är applicerbara på studien i övrigt. Studiens återstående delar utgår ifrån det som presenteras i den teoretiska referensramen.

Metod

Studien genomfördes som en kvalitativ undersökning i form av en fallstudie med abduktiv ansats på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Metoden som användes var semistrukturerade intervjuer. En litteraturöversikt över vetenskapliga artiklar genomfördes också för att kunna framställa ett teoretiskt ramverk.

Resultat och implikationer

Övergången till digitala vårdmöten initierades av olika anledningar på de två avdelningarna som undersöktes; Amningsmottagningen och Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom (PMU). Implementeringen blev forcerad av Covid-19-pandemin på PMU, men medarbetare på båda avdelningarna upplevde att övergången implementerades för snabbt och att utbildningen var bristande, vilket delvis resulterade i ett motstånd bland de anställda. I övrigt uppgav medarbetare bland annat att förutsättningarna för att bedöma patienternas tillstånd försämrats, samtidigt som tillgängligheten ökat då patienter slipper resa till sjukhuset. Det konstaterades att medarbetarna önskade arbeta med människor och inte enbart genom en skärm, men att de digitala vårdmötena har varit nödvändiga för att överhuvudtaget kunna tillhandahålla vård under pandemin.

Nyckelord: digitalisering, vårdmöten, sjukvård, change management, telemedicin, organisatoriskt lärande

Förord

Kandidatarbetet har skrivits under våren 2021 vid Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation vid Chalmers tekniska högskola. Studien genomfördes med handledning av Monika Nair vid avdelningen Service Management and Logistics samt med hjälp av kontaktpersoner på Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Vi vill rikta ett stort tack till Monika Nair för hennes stöttning som i hög grad underlättat detta arbete. Vi vill även tacka Gisela Fridstedt som i egenskap av utvecklingsledare på eHälsostategiska avdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset hjälpt oss att bestämma studiens riktning. Vi tackar även Margareta Risenfors och Gro Sundell, enhetschefer på Amningsmottagningen respektive Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom för möjliggörandet av studien. Vi vill till sist varmt tacka medarbetarna på PMU och Amningsmottagningen som ställt upp på att medverka i intervjuer och delat med sig av sina erfarenheter.

Frida Holzhausen
Ida Linnakallio
Lisa Mattus
Jacob Näslund
Astrid Olausson
Adam Sandén

Chalmers tekniska högskola
Göteborg, 14 Maj 2021

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte	2
1.2	Problemanalys	2
1.3	Undersökningsmiljö	4
1.4	Avgränsningar	5
2	Teoretisk referensram	6
2.1	Vårdkvalitet	6
2.2	Telemedicin	7
2.3	Change Management	8
2.4	Motstånd	11
2.5	Organisatoriskt lärande	12
2.6	Hållbarhet	14
2.7	Etik	16
3	Metod	18
3.1	Val av metod	18
3.2	Litteraturöversikt	19
3.3	Datainsamling	20
3.3.1	Urval	20
3.3.2	Intervjuerna	20
3.3.3	Källkritik	21
3.3.4	Etik i datainsamling	21
3.4	Analys av data	21
4	Resultat	23
4.1	Vårdkvalitet	24
4.2	Change Management	25
4.3	Motstånd till omställningen	30
4.4	Det organisatoriska lärandet under övergången	32
4.5	Sammanställning av resultatet	34
5	Diskussion	35
5.1	Övergångens effekt på vårdkvalitet	35
5.2	Change management	36
5.3	Motstånd	39

5.4	Lärandeprocessen	40
5.5	FN:s globala mål relaterade till studiens resultat	41
5.6	Sammanfattande diskussion	42
6	Slutsats	44
	Källförteckning	47

1

Inledning

Internet har sedan dess framväxt under 1970-talet revolutionerat sättet vi kommunicerar på och gett upphov till betydande förändringar på såväl kommersiell och statlig nivå som på individnivå. Internet användes initialt främst inom forskning- och utvecklingskretsar som ett verktyg för kommunikation och fildelning (Leiner et al., 2009). Under mitten av 1980-talet var internet följaktligen en väletablerad teknologi bland forskare och utvecklare och hade även börjat sprida sig till andra användningsområden för daglig kommunikation mellan datorer, främst i form av elektroniska mail (Leiner et al., 2009). I början av 1990-talet skedde en dramatisk tillväxt av användandet av internet inom den kommersiella sektorn och kommersiella aktörer övertog nu rollen som huvudanvändare. Nya företag formades vars verksamheter baserades på teknologin. Internets möjligheter inom sjukvården började under denna tid diskuteras av främst industriledare och marknadsförare och det var även under 1990-talet som de första länderna antog strategier för eHealth (World Health Organisation [WHO], 2016).

Digitaliseringen har sedan dess transformerat många samhällsfunktioner i grunden (Jones et al., 2019). En omfattande omvandling av sjukvårdssektorn har dock utblivit även om det finns stor potential till bättre kvalitet på patientvården, en ökad organisationseffektivitet och tillgänglighet samt möjlighet för en mer jämlik sjukvård (Haggerty, 2017).

Den hämmade utvecklingen inom sjukvårdssektorn förklaras av Jones et al. (2019) inte vara ett resultat av tekniska hinder. Istället anses barriärerna främst utgöras av kulturella, attitydmässiga och organisatoriska faktorer. I en bransch där anställda identifierar sig med sitt yrke snarare än organisationen de arbetar för kan en omställning till digital hälsa, som medför en ny status quo och nya roller för både patienter och vårdarbetare, ses som en stor utmaning (Wallace, 1995; Meskó et al., 2017). Ekholm et al. (2016) menar att den långsamma utvecklingen är ett resultat av människans natur, att vi är mer benägna att se farorna med förändring än de möjligheter som skapas. Denna egenskap menar Ekholm et al. (2016) har varit en betydande orsak till att Sveriges offentliga sektor, i synnerhet sjukvården, hamnat efter i digitaliseringen.

Den jämförelsevis långsamma digitala övergången inom sjukvårdssektorn accelerades i samband med Covid-19-pandemin (Accenture, 2020). I Sverige nära på tio-dubblades regionernas egna digitala tjänster och antalet digitala vårdmöten inom Västra Götalandsregionens sjukhusförvaltning ökade från 3570 stycken under peri-

oden januari-mars, till 8530 stycken under april år 2020 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020). Den tilltagande utvecklingen i och med Covid-19 ses av vissa som en möjlighet till att få fart på en länge försenad digital övergång i vården och en chans till att nå de fördelar som en digital vård kan innebära. Den omedelbara omställningen har även resulterat i olika funderingar kring vårdarbetares kompetenser och ett behov för att klargöra vad olika yrkesroller innefattar i form av digitala förmågor har uppkommit. Att klargöra rollerna är en utmanande uppgift då dessa anses skilja sig stort i dagsläget till och med inom samma kollegium (Post- och telestyrelsen [PTS], 2021).

Studien kommer att utgå från Amningsmottagningen och Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom på Sahlgrenska Universitetssjukhus och behandla medarbetarnas perspektiv på införandet av digitala vårdmöten. De två avdelningarna har varit olika snabba i omställningen till digital vård. Amningsmottagningen hade redan innan Covid-19-pandemin påbörjat implementeringen vilket medförde att denna kunde fortskrida på ett tämligen planerat vis, medan PMU (Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom) fick en mer forcerad start i anslutning till pandemin.

1.1 Syfte

Syftet med studien har varit att undersöka, kartlägga och jämföra hur de anställda på Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom och Amningsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus har påverkats av övergången till digitala vårdmöten, vilket delvis har skett på ett forcerat sätt till följd spridningen av Covid-19.

För att uppnå detta syfte så har följande frågeställningar besvarats:

Hur påverkades de anställda av övergången från fysiska till digitala möten med patienter?

Vilka är skillnaderna mellan hur medarbetarna upplevt implementeringen på de två avdelningarna?

1.2 Problemanalys

Nedan diskuteras de olika utmaningar och svårigheter som medarbetarna står inför i samband med den digitala transformationen. Här görs även kopplingar till den forcerade övergången som skedde i och med Covid-19-pandemin.

Under de senaste åren har allt fler teknologier tagits fram i syfte att öka exempelvis tillgängligheten, kvaliteten och resurseffektiviteten (André & Sjøvold, 2007). För att möjliggöra detta paradigmskifte inom vården är det inte enbart de tekniska lösningarna som möjliggör eller förhindrar en bra implementering. Transformation

sätter press på medarbetarna inom vården som behöver anpassa sig och lära sig nya verktyg. Genom att skapa en känsla av engagemang och gemenskap menar André och Sjøvold (2017), att det är möjligt att genomföra fler och bättre implementeringar av digitala hjälpmedel.

Att förmå medarbetare att övergå till en digital vård är ett stort arbete. Andersen (2019) anser att finns flera faktorer som utgår från personalen som påverkar i vilken utsträckning en digitalisering av vården är möjlig. Även om ett användargränssnitts funktion står i relation till den personal som brukar den menar Andersen (2019) att ett enklare gränssnitt leder till en större användning av verktyget. Författaren hävdar att till skillnad från tekniska lösningar i vardagen har personal som arbetar med digitala hjälpmedel en större möjlighet att forma produkten efter sitt eget tycke och smak. Förutom ett tillåtande gränssnitt anser författaren att utbildning och ytterligare tekniska lösningar kan komplettera medarbetarnas inställning till tekniken. Funktionaliteten i produkten tillsammans med medarbetarnas förmågor och kompetens i densamma är faktorer som Andersen (2019) anser ligga till grund för en lyckad digital omställning.

Även Carlströms (2013) resonemang överensstämmer med tankarna kring medarbetarnas kunskap i de tekniska lösningarna, då han menar att det finns faktorer hos medarbetarna som påverkar implementeringen av ny tekniks spridning och användbarhet. Det finns åldersskillnader i inställning när det kommer till teknologier. Yngre människor är mer benägna att ta till sig en digital transformation än äldre (Mather et al., 2018) och kan på så sätt vara mer tillmötesgående när det kommer till att använda digitala hjälpmedel i vården. Dessutom skiljer sig människor åt i vilken utsträckning de är benägna att acceptera förändring. En del människor har en större fallenhet för att se förändring som något spännande (Mather et al., 2018).

Enligt André och Sjøvold (2017) spelar den sociala kontexten en stor roll i acceptansen och menar att klimatet på en arbetsplats kan påverka medarbetarnas inställning. Förändring kommer inte utan arbete fortsätter författarna. För att genomföra en lyckad digital omställning krävs det att medarbetarna har rätt inställning och besitter rätt kompetens. För att skapa de rätta förutsättningarna är det av stor vikt att delaktighet skapas bland de anställda (Bergman & Klefsjö, 2012). Det gäller att medarbetarna ser nyttan av nya lösningar och är motiverade till förändringen. Motivationen grundar sig ofta i avsaknad av något, där en förändring som bidrar till ökade fördelar för individen accepteras i större uträkning (Bergman & Klefsjö, 2012).

De utmaningar och svårigheter medarbetarna står inför berör kvaliteten av vårdmötet relaterat till både läkarbedömningar och ljud- och bildkvalitet. Vid digitala vårdmöten upplevs en oförmåga att utföra adekvata undersökningar, exempelvis undersökningar som kräver speciell belysning, olika perspektiv eller taktila komponenter (Saiyed et al., 2021). En undersökning med syfte att utvärdera den snabba övergången till digital hälsa under Covid-19-pandemin utifrån läkarperspektivet visar på att 35% av läkarna upplevde att relationen mellan vårdare och patient försäm-

rats, 71% ansåg att de inte kunde undersöka patienten ordentligt och upplevde speciellt svårigheter med att känna och höra patienter, utföra orala- eller nasala undersökningar samt undersöka knölar i bröstet eller hudutslag. I resultaten av undersökningen framgick även att det var 3,68 gånger större sannolikhet att digitala vårdmöten anses tillfredsställande för personalen vid optimal ljud- och bildkvalitet (Saiyed et al., 2021). Liknande resonemang påvisades även i studien av Abrahamsson och Fastén (2020) där en risk för att missa avgörande detaljer vid digitala vårdmöten upplevdes av de korresponderande läkarna. Enligt Andersen (2019) är de digitala verktygen mest användbara för vårdpersonal som har tillräcklig erfarenhet för att avgöra när informationen som ges från de digitala verktygen är relevant ur vårdsynpunkt och inte.

Produktiviteten är ytterligare en aspekt som kan komma att bli lidande till följd av en digitalisering, Enligt Sharma et al. (2018) anses felaktig hantering av teknik, otillräcklig infrastruktur för att stödja teknologin, icke harmoniserad data och icke-användarvänliga digitala lösningar ligga till grund för problemet. En observation utanför vårdsektorn lyfts där den amerikanska ekonomins beräkningskapacitet ökade hundrafalt, medan produktivitetstillväxten samtidigt sjönk till mindre än hälften. I artikeln ges ett till exempel från USA där det framgick att för varje timme en läkare spenderade på ett vårdmöte krävdes sedan ytterligare två timmar åt elektronisk dokumentation av ärendet. Saiyed et al. (2021) belyser även den negativa påverkan på produktiviteten i form av läkarnas upplevelse av dokumentationen som mer tidskrävande vid digitala vårdmöten, tidsåtgång då patienter ska lära sig det nya systemet samt dålig uppkoppling till internet som leder till störningar i vårdmötet.

Ytterligare utmaningar för vårdpersonalen vid en digitalisering berör gemenskapen som har en betydande roll för att kvalitetsarbetet ska bli framgångsrikt (Bergman & Klefsjö, 2012). Det är av stor vikt att medarbetarna får vara delaktiga, kunna påverka beslut inom förändringsarbetet samt även att det skapas någon form av samhörighet och gruppkänsla på arbetsplatsen. Det senare påvisas i Hawthornesstudierna, som benämns av Bergman och Klefsjö (2012), ha större påverkan på arbetsmoralen än de materiella tillgångarna. Svårigheter med att avgöra kompetensen och kapaciteten på medarbetare då man inte möts fysiskt berörs också i studien av Abrahamsson och Fastén (2019).

1.3 Undersökningsmiljö

De mottagningar som deltagit i studien är Amningsmottagningen och Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. På Amningsmottagningen erbjuds vård till mödrar med amningsproblematik i form av exempelvis infektioner eller problem med att få bebisen att amma. Vårdmötena på Amningsmottagningen består i regel av ett möte mellan en vårdgivare och en patient, där vårdgivaren gör bedömningar och ger rådgivning till patienten. Vid studiens genomförande arbetade 10 st barnmorskor med specialistkompetens inom

amning på mottagningen.

Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom erbjuder vård till personer med svårbehandlad utmattning, för vilka vardagliga aktiviteter ofta är problematiska. Vårdmöten på Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom utgör generellt en del i en längre behandling, där en del av mötena sker i grupp. På PMU arbetar specialistläkare, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och medicinska sekreterare.

1.4 Avgränsningar

Studien avgränsas till att undersöka två avdelningar på Sahlgrenskas Universitetssjukhuset som genomfört en övergång till digitala vårdmöten; Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom och Amningsmottagningen.

Studien avgränsas också till att enbart utreda medarbetarperspektivet på övergången och behandlar därmed inte övriga aspekter såsom exempelvis ekonomiska aspekter eller produktivitetsaspekter. Inga patienter inkluderas i studien, delvis på grund av etiska barriärer men framförallt till följd av studiens begränsade tidsperiod.

Med digital hälsa menas det generella konceptet att vård ges med digitala verktyg. Dock skiljer sig definitionerna åt av vad digital hälsa faktiskt är. Som tidigare konstaterats i bakgrunden är det långt ifrån ett nytt begrepp och dess innebörd har förändrats och utvecklats i takt med digitaliseringen. På senare tid har stora IT-företag banat väg för ny teknik kopplat till vården i form av mobiler och smart watches vilket ytterligare utvecklat den digitala vården (Åker, 2019). Rapporten avgränsas till att enbart studera digitala vårdmöten, vilket utgör en mindre del av det mer omfattande begreppet digital hälsa. Avgränsningen har gjorts dels som följd av begreppets omfattande omfång, dels för att utöka förståelsen av påverkan från denna specifika del av begreppet.

2

Teoretisk referensram

I detta kapitel presenteras vad som framkommit från litteraturstudien i form av en teoretisk referensram. I avsnitt 2.1 redogörs för begreppet vårdkvalitet och dess olika omfång då begreppet diskuteras ur perspektivet av den individella patienten. En bredare definition av begreppet återges i slutet av avsnittet där även vårdgivarens roll diskuteras. I nästkommande avsnitt 2.2 ges en överblick av begreppet telemedicin som syftar till att innefatta användandet av kommunikationsteknologier för att leverera vård och vårdinformation. De möjligheter som skapats för rättvis vård i samband med utvecklingen av informations- och kommunikationsteknologier lyfts fram och i avslutet på avsnittet diskuteras de nackdelar som finns med telemedicin. I avsnitt 2.3 behandlas Change Management där relevanta teorier kring ledarens funktioner gällande förändringsarbete framförs. Avsnitt 2.4 redogör för hur motstånd kan te sig i organisationer. De vanligaste grunderna till varför motstånd uppstår redovisas och diskussion förs om hur individer reagerar på stora förändringar och varför. I avsnitt 2.5 definieras begreppet organisatoriskt lärande och hur lärande som process kan urskiljas. De faktorer som kan begränsa eller främja lärandet presenteras och vad som utmärker lärande inom sjukvården. De följande avsnittet 2.6 presenterar de fem av FN:s globala mål som är relevanta för rapporten. De mål som behandlas är säkerställa hälsa, jämställdhet, anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt, minskad ojämlikhet samt hållbara städer och samhällen. Dessa kommer knytas an till i efterföljande delar av rapporten. De avslutande avsnittet 2.7 tar upp de etiska överväganden som bör behandlas i samband med en digital transformation.

2.1 Vårdkvalitet

Begreppet vårdkvalitet är ett område som diskuterats flitigt av forskare inom sjukvård. Konceptet utgör en subjektiv uppfattning och trots att det är ett väldiskuterat begrepp existerar ingen universellt godtagan definition av vårdkvalitet (Mosseveld et al., 2016). En enligt Ricci-Cabello et al. (2018) vanligt förekommande definition är den av Campbell et al. (2001) där begreppet beskrivs som den individuella patientens möjlighet att erhålla effektiv vård som är ämnad för patientens specifika behov. Vårdkvalitet diskuteras som en fråga om huruvida vårdtagare får den vård de behöver och om vården anses effektiv då de mottar den.

Definitionen som också används av Koponen et al. (2017) uppges bestå av främst två dimensioner då den diskuteras ur den individuella patientens perspektiv. Den

första av dessa rör tillgänglighetsaspekten av definitionen och avser patientens möjlighet att få tillgång till de vårdstrukturer och vårdprocesser som den är i behov av. Detta rör både tillgång vad gäller geografiskt avstånd och tillgänglighet i den bemärkelse att vården tillhandahåller service som möter patientens specifika behov. Den andra dimensionen av definitionen av vårdkvalitet rör dess effektivitet och avser den grad till vilken vården åstadkommer avsedda resultat som svar på en individs behov. Effektiviteten beskrivs i sin tur bestå av de två huvuddelarna klinisk vård och interpersonell vård. Effektivitet i klinisk vård syftar till effektiv applicering av kunskapsbaserad vård, medan ”interpersonell” vård syftar till bedömning av den specifika patientens upplevelser av sjukdom. Den senare beskrivs som i synnerhet viktig då vårdkvalitet diskuteras för individer eftersom processer och resultat är kontextspecifika för varje patient och att effektivitet i den interpersonella kommunikationen är viktigt för att ta hänsyn till individuella omständigheter och komplexiteten i patientens situation (Campbell et al., 2001).

En bredare definition av vårdkvalitet återges av Mosadeghrad (2013) som studerat begreppet utifrån en varietet av intressenter såsom vårdpatienter, vårdgivare, sjukhusledningar, politiker, etc. Här beskrivs vårdkvalitet som ”Rätt vård på Rätt sätt för Rätt individ på Rätt ställe vid Rätt tid av Rätt person för Rätt pris för att nå Rätt resultat.” I den mer omfattande definitionen lyfts vårdgivarens roll i att åstadkomma hög vårdkvalitet och betonar att den ska vara kompetent, hängiven, stöttande och vänlig. I Mosadeghrads (2013) definition omfattas dessutom vårdgivarens upplevelse av vården och författaren menar att en mer heltäckande definition av vårdkvalitet innebär effektiv vårdservice enligt senaste kliniska standarder som möter patientens behov och upplevs som tillfredsställande av vårdgivaren.

2.2 Telemedicin

Telemedicin är ett begrepp som syftar till användningen av kommunikationsteknologier för att leverera vård över avstånd. Begreppet syftar till den specifika processen att leverera vård och vårdinformation och innefattar därav en varietet av aktiviteter såsom diagnostik, behandling av sjukdomar, utbildning av vårdgivare och vårdtagare samt utvärderingar (Craig & Patterson, 2005). Användningen av telemedicin sträcker sig långt bak i tiden, men har under det senaste decenniet sett en tydlig ökning och alltmer vård förväntas flyttas från sjukhus och kliniker till hem och mobila enheter (Dorsey & Topol, 2020).

En av de mer framträdande fördelarna med telemedicin som är vanligt förekommande i litteratur där ämnet diskuteras är dess potential att förbättra vårdens tillgänglighet. Craig & Patterson (2005) beskriver att telemedicin möjliggör för patienter som bor på mer avlägsna platser att få tillgång till samma sjukvård som patienter som bor i närmare anslutning till sjukhusen. Telemedicin kan innebära snabbare och enklare tillgång till medicinsk kunskap samt tillgång till bättre diagnostik för en större mängd patienter. Även Chen (2017) lyfter fördelarna med telemedicin kopplat till en ökad tillgänglighet och uppger att den innebär en ökad

möjlighet för vården att nå patienter som bor utanför sjukhusets normala serviceområde. Chen (2017) uppger att telemedicin utöver att öka patientens tillgång till vård också möjliggör för en bättre kontinuitet i vården och en mindre tidskrävande vård, vilket minskar resekostnader och förlorad arbetstid för patienten. Samtidigt lyfter Chen (2017) att användandet av telemedicin riskerar att ha en negativ effekt på relationen mellan patient och vårdgivare. Denna potentiella effekt beskrivs i form av en avpersonalisering av interaktionen mellan patient och vårdgivare som kan uppstå då fysiska möten ersätts med digitala. Villines (2020) lyfter att telemedicin utöver att öka tillgängligheten för patienter som bor på avlägsna platser även förenklar andra patienters tillgång till vård. Att patienter genom telemedicin ges möjlighet att motta vård i komforten och integriteten av det egna hemmet uppges underlätta för exempelvis personer med funktionsvariationer. En nackdel som Villines (2020) lyfter med telemedicin är att vårdgivarens bedömningar blir mer beroende av patientens egna rapporter samt det som är möjligt att uppfatta via skärm. Denna begränsning uppges utgöra en ökad risk att missa viktiga symtom som vårdgivaren hade kunnat uppfatta vid ett fysiskt möte, vilket kan innebära negativa konsekvenser för behandlingen.

Villines (2020) menar vidare att telemedicin skyddar patienterna genom att minska exponeringen mot andra smittsamma patienter, vilket i synnerhet är viktigt för patienter med underliggande sjukdomar och försvagat immunsystem. Vikten av möjligheten att leverera vård utan att exponera vårdgivaren eller patienten mot potentiellt smittsamma sjukdomar har visat sig vara betydande inte minst i och med Covid-19-pandemin (Calton et al., 2020). Calton et al. (2020) menar att en stor andel av vårdmötena kan genomföras effektivt på ett fysiskt avstånd och att patienter vars tillstånd inte är brådskande kan använda telemedicinsk service utan att kompromissa deras hälsa eller vårdkvaliteten.

2.3 Change Management

Hayes (2014) beskriver förändring som en serie av sammankopplade händelser, beslut och ageranden och presenterar fyra olika processmodeller som skiljer sig åt gällande hur förutbestämd förändringsriktningen är samt till vilken grad förändringen presenteras som en nödvändig process. Livscykel- och evolutionära processteorier presenterar förändring som en förutbestämd process som utvecklas över tid i en förutbestämd riktning, medan teologiska och dialektiska teorier ser förändringen som konstruerad utefter viljan hos de som leder förändringen. Ytterligare benämns de olika funktionerna som innefattas av ledning och ledarskap inom en organisation av Hayes (2014). Ledningen bör vidhålla ordning och kontinuitet medan ledare bör driva mot nya riktningar och förändring. Funktionerna komplementerar varandra och båda anses nödvändiga för att lyckas i en föränderlig affärsmiljö. Vad ledaren gör och hur en ledare agerar har stor inverkan på efterföljande beteenden samt hur lyckat ett förändringsinitiativ blir (Hayes, 2014). Nedan följer olika teorier kring hur en ledare bör agera.

Kotter (2007) beskriver ledarskap inom förändring i termer av att skapa en vision och kommunicera fram visionen för att skapa en gemensam riktning som jobbar mot att uppnå den. Dessutom innefattar ledarskapet att motivera och inspirera de anställda genom att uppmärksamma deras behov, värderingar och känslor. Närmare nämner Kotter (2007) åtta steg för hur en förändring bör ledas. Det första steget innebär att skapa en känsla av brådskande karaktär inför förändringen, ledaren bör tydliggöra behovet av förändringen och kommunicera ut vikten av att agera direkt. Steg två handlar om att skapa en stark vägledande gruppkonstellation som besitter förändringskompetens. Gruppen ska bestå av frivilliga medarbetare som besitter inflytande på arbetsplatsen samt en stark vilja att delta i förändringsarbetet och driva förändringen framåt. Vidare bör gruppen introduceras till förändringen på förhand för att sedan kunna bistå övriga medarbetare i form av guidning, koordinering och kommunicering kring förändringen när denna införs i praktiken. I det tredje steget förmedlas ledarens ansvar kring att formulera en strategisk vision. Här bör ledaren förtydliga på vilket sätt framtiden kommer se annorlunda ut samt hur organisationen ska nå dit genom initiativ direkt länkade till visionen. Steg fyra innefattar att kommunicera visionen till medarbetarna och på så sätt skapa och kanalisera medarbetarnas engagemang i en gemensam riktning. I steg fem ska ledaren reducera hinder och möjliggöra initiativ för att skapa handlingskraft inför förändringen. Det sjätte steget innebär att planera för och generera delsegrar kopplade till förändringen. Kortsiktiga vinster gör det möjligt att spåra framstegen samt bidrar till att stimulera medarbetarna till fortsatt engagerat förändringsarbete. Steg sju handlar om att ledaren bör konsolidera förbättringar och producera ytterligare förändringar för att bibehålla fortsatt förbättring. Det åttonde och avslutande steget handlar om att förankra de nya tillvägagångssätten i organisationens kultur. Genom att förtydliga kopplingen mellan förändringen och organisationens framgång ser ledaren till att de nya tillvägagångssätten följs fram tills de blir tillräckligt kraftfulla för att ersätta medarbetarnas gamla vanor.

Kotters (2007) åtta steg har däremot kritiserats då den beskriver en linjär förändringsprocess vilket anses inte spegla verkligheten där förändringsarbetet sker mer repetitivt. Det första steget som innebär att skapa en känsla av brådskande karaktär har också blivit kritiserat i den mening att det antas endast skapa onödigt ångest hos medarbetarna inför förändringen. Kritikerna menar även på att en vägledande gruppkonstellation kan ge upphov till ojämlikheter på arbetsplatsen och försvåra skapandet av en gemensam vision. Vidare kritiseras att förändringar uppmanas skapas artificiellt samt att den kulturella förändringen i form av förankring av de nya tillvägagångssätten inte introduceras förrän i slutskedet av förändringsprocessen. (Venkateswaran, 2014)

Higgs och Rowland (2011) lyfter fem beteenden hos en ledare som kan kopplas till ett framgångsrikt förändringsarbete. Det första beteendet anspelar på att skapa en underbyggd argumentation till varför förändringsprojektet bör genomföras. Det andra beteendet innefattar att ledaren bör försäkra sig om att förändringsarbetet baseras på en djupgående förståelse för frågor relaterade till förändringen. Som tredje beteende lyfter Higgs och Rowland (2011) vikten av att engagera medarbetarna och

skapa åtagande hos dem inför förändringsarbetet. Följaktligen berör beteende fyra planeringen av förändringsprojektet och syftar på att ledaren bör skapa en effektiv plan för hur förändringen ska utföras samt överskådas. Sista beteendet Higgs och Rowland (2011) beskriver innefattar ledarens roll i att främja utveckling av förmågor hos de inblandade i förändringen. Enligt Ancona et al. (2007) syftar förmågorna på meningsskapande, relaterande, visionerande samt skapande. Vidare hänvisar skapande till utformning och omsättning av nya arbetsätt i praktiken.

Gilley et al. (2009) studerade underordnades uppfattning av ett effektivt beteende hos en ledare och identifierade tre faktorer relaterade till stödet kring förändringen. Faktorerna innefattar ledarens förmåga att motivera andra, kommunicera effektivt samt bygga effektiva arbetslag.

Resonemanget framfört av Gilley et al. (2009) styrks av resultatet i granskningen av 700 studier på hur förändring togs emot genomförd av Oreg et al. (2001). Oreg et al. (2001) rapporterade att en förändring med större sannolikhet erhåller positiva reaktioner från medarbetarna ifall de upplever ett deltagande i processen samt erhåller stöd genom förändringsarbetet. Vidare visar granskningen på att öppna kommunikationsvägar inom organisationen och en upplevd kompetent ledning som är rättvis gentemot medarbetarna påverkar inställningen till förändringen positivt.

Hayes (2014) beskriver istället ledarens ansvar inför ett framgångsrikt förändringsarbete i form av sju uppgifter. I den första uppgiften berörs meningsskapande, ledaren bör inneha en förståelse för omvärlden och förmågan att identifiera eventuella möjligheter samt hot som bör uppmärksammas. Uppgift nummer två beskrivs handla om visionering, en vision över en mer önskvärd situation bör skapas samt identifiera de aktioner som krävs inom organisationen för att uppnå visionen. Vidare bör ledaren även kommunicera denna vision och vara mottaglig för samt agera på återkoppling från medarbetarna vilket beskrivs som den tredje uppgiften. En tydlig vision och öppen kommunikation syftar till att skapa ökat engagemang kring förändringen. I den fjärde uppgiften beskrivs ledarens roll i att främja en känsla av gemensam riktning som medarbetarna gemensamt arbetar mot för att uppnå visionen. Uppgift fem berör ledarens ansvar kring att underlätta förändringen för medarbetarna genom att reducera hinder samt skapa förutsättningar som ger andra möjlighet att genomföra förändringen. Dessutom som uppgift sex bör ledaren ge stöd under förändringsprocessen genom att kunna känna igen och svara på oro hos dem som blir påverkade av förändringen. Den sista av dessa sju uppgifter handlar om att upprätthålla förändringen genom att visa sitt eget engagemang inför det nya arbetssättet för att bibehålla medarbetarnas fokus på förändringen.

Nadler och Tushman (2004) presenterar fyra huvudsteg för att leda en framgångsrik övergång. Det första innebär att skapa och kommunicera en tydlig bild av framtiden och visionens design bör vara fulländad i den mån som är möjlig. Vidare bör beskrivningarna över hur allt kommer fungera vara tydliga samt kommunikationen vara kontinuerlig genom hela förändringsarbetet. Det andra steget innefattar att använda sig utav flertalet hävstångspunkter som syftar till att utforma förän-

dringen i organisationen så risken för att nya problem uppstår under förändringsprocessen reduceras. Förändringen bör utföras sekventiellt för att underlätta ett smidigt förändringsarbete. I steg tre bör ledaren använda sig utav symboler kopplade till förändringen i syfte att underlätta för medarbetarna att erhålla full förståelse för samt kunna tolka de idéer som presenteras. Ett föreslaget tillvägagångssätt är att bestämma en person som leder övergången, förse medarbetarna med de resurser som krävs och utveckla en plan för processen. Slutligen i steg fyra bör ledaren vara mottaglig för åsikter och synpunkter samt föra kontinuerlig utvärdering av processen, både genom formella metoder och informella kanaler. Delaktighet bland medarbetarna i förändringen benämns som viktigt.

2.4 Motstånd

Motstånd till förändring är ett område som ofta behandlas i sammanhang då ett förändringsprojekts framgång eller misslyckande diskuteras. Begreppet har ett antal olika definitioner i litteraturen. Motstånd i e-hälsosammanhang beskrivs av Spil et al. (2005) som den personliga attityden från alla medverkande mot introduktionen av ett informationssystem. Waddell och Sohal (1998) beskriver begreppet som negativ medarbetarattityd eller kontraproduktivt beteende mot ett förändringsarbete.

Motstånd kan ta sig uttryck på olika sätt och behöver nödvändigtvis inte utgöra negativa påverkan på en förändring. Hayes (2014) beskriver det som ett normalt inslag i ett förändringsarbete och menar på att motstånd i form av kritik och oenighet kan vara konstruktivt och ge upphov till en ökad förståelse och en mer framgångsrik förändring om den hanteras på ett adekvat sätt. När en förändring i en organisation involverar flera spelare är det inte ovanligt att en del påvisar motstånd till förändringen (Hayes, 2014). Det finns flera orsaker till att motstånd kan uppstå inom en organisation. Orsaker som de som driver igenom förändringen bör vara uppmärksamma på. Anledningar till att motstånd uppstår kan bland annat vara ovana, månande om självbestämmande och okunskap.

En av de vanligaste grunderna till att motstånd uppstår är ovana (Dudovskiy, uå). Människan har en biologisk programmerad svåraccepterad inställning till förändring. Hjärnan har en tendens att stärka synapser som används mycket och uppgifter som görs regelbundet kan göras allt mer energieffektivt (Dudovskiy, uå). Senior och Fleming (2006) anser att ovana är en av de faktorer som till störst del kan förklara motstånd till förändring, de menar att även om medarbetare överkommer direkt motstånd kan den ta sig uttryck genom att personen fortsätter arbeta på det gamla viset, utifrån vana.

Vid stora förändringar kan en känsla av förlorad kontroll uppstå och det blir allt svårare att bibehålla bild av självbestämmande (Kanter, 2012). Det kan även framkomma att individer känner oro inför vad förändringen innebär och i vilken utsträckning personen i fråga blir påverkad. Personer som har flera kontradiktoriska ideal kan uppleva kognitiv dissonans och väljer oftast att hålla sig till en

bild ”i vått och torrt” (Forsyth, 2019). Motståndet kan därför ses som en djuprotad inställning till ett förändringsarbete. Det krävs att chefer tar till sig och förstår orsaken och faktorerna bakom motståndet för att med adekvata medel bemöta den. Det är inte ovanligt att personer som upplever sig förbisedda och inte informerade om förändringen uppvisar motstånd. Förändringen kan stå för någonting ovant och skrämmande som individerna vill hålla sig borta ifrån (Kanter, 2012). Å andra sidan menar författarna (Spil et al., 2005) att det är en förenkling att enbart behandla motstånd som ett uttryck för rädsla och oro. De menar istället att inom vården är motstånd starkare kopplat till erfarenhets- och utbildningsmässiga faktorer. Har personalen tidigare erfarenhet av ett liknande system samt en god utbildning inom den, minskar troligheten att motstånd ska uppstå till följd av en implementering.

Inom sjukvården menar Samhan och Joshi (2015) att den största anledningen till att nya digitala system inte upprättas eller bibehålls är på grund av motstånd från medarbetare. Författarna fortsätter och hävdar att digitala lösningar inom vården är väsentliga för en mer ekonomisk fördelaktig och effektiviserad verksamhet.

Som tidigare nämnts kan svårigheter med att förstå de nya tekniska lösningarna svara för anledningen till att motstånd uppstår. Samhan och Joshi (2015) menar istället att vårdpersonal ofta använder teknisk svåra hjälpmedel och har en förmåga att lära sig nya tekniska hjälpmedel, således påstår de att tanken kring resistans inom sjukvårdens digitalisering behöver förfinas. Landaeta och Rabadi (2008) följer samma resonemang och hävdar att de vårdspecifika faktorer som bör behandlas när det kommer till motstånd är påtagliga. Det kan finnas djupa värden hos vårdpersonal som genom en förändring kan tyckas minimeras, motstånd kan således uppstå om det finns en stor skillnad mellan organisationens värden och individens. Inom vården kan det ta sig uttryck genom en skillnad i hur individen ser på uppdraget som behandlare och i vilken utsträckning ekonomiska incitament är de mest framträdande dragen.

Även om det finns en rådande tanke om att organisationer och företag växer genom ständig implementation av nya lösningar, där de individer som gör motstånd är av ondo och i viss mån bör förändras. Det blir då viktigt att uppmärksamma fördelarna med motstånd, och dess effekt på en organisations förbättringsarbete. Ford och Ford (2009) menar att om medarbetare uppvisar motstånd till en förändring kan det visa på de faktiska problem som finns med densamma. De menar att avstånd mellan ledning och medarbetare kan innebära att de som faktiskt ska arbeta med förändringen är de som minst internaliserat förändringen och fått information om den. Kommunikation mellan medarbetare och chefer är något som kan minska motstånd och få med alla ”på tåget”.

2.5 Organisatoriskt lärande

Lärande är när en person agerar olika i en identisk situation över tid. Det konstaterar Weick och Ashford (2011), men de menar att denna definition inte är tillräcklig

för organisationer eftersom olika handlingar då krävs för att situationer att lära sig av ska uppstå. Organisatorisk lärande kan också definieras som ”att förvärva, upprätthålla eller ändra intersubjektiva betydelser genom de artefaktiska medel för deras uttryck och överföring och gruppens kollektiva handlingar” (Cook & Yanow, 1993, s. 384, vår översättning). En annan välanvänd definition ges av Duncan och Weiss (1979) som beskriver lärande som en ”process inom organisationen genom vilken kunskap om förhållandet mellan handling och resultat och effekten av dessa relationer utvecklas” (s. 84, vår översättning). Lärande resulterar alltså i kunskap, snarare än ett givet förändrat beteendemönster. Därmed måste lärande inte nödvändigtvis resultera i nya beteenden utan kan lika gärna innebära att det befintliga beteendemönstret bibehålls. Åtgärder som tas kan dock återspegla det individuella lärandet (Weick och Ashford, 2011).

Lärande som process kan vara svår att urskilja, eftersom den kan se väldigt olika ut beroende på vad utkomsten blir. Antingen kan lärande leda till en betydande förändring i ens framtida handlingar, eller så resulterar det enbart i en liten justering av befintlig kunskap eller beteende. Därmed kan det vara svårt att identifiera lärandet (Teunissen, 2015). Enligt Avgar et al. (2018) är möjlighet till lärande bland de anställda är en viktig del i att lyckas med att införa nya teknologier och om personalen är engagerad och skicklig blir det lättare för dem att snabbt lära sig hantera ett nytt IT-system. Huruvida en implementering av ett IT-system blir lyckat beror alltså till stor del på hur arbetssättet ser ut. Avgar et al. (2018) lyfter även en annan aspekt att ta hänsyn till när det kommer till lärande, vilket är huruvida det är individuellt lärande och arbete eller om medarbetarna arbetar i grupp. Att kunna lära av varandra främjar lärande och individuella tekniska kompetenser kan på så sätt spridas till övriga i gruppen.

Weick och Ashford (2011) förklarar att för att främja lärande behövs en förståelse av vad som stävjar det. Arbetsplatsens kulturella struktur är något som kan begränsa lärandet, eftersom det är resultatet av tidigare lärdomar som genom sin existens hindrar förändring. Genom att undersöka hur dessa strukturer ter sig på den aktuella arbetsplatsen kan framtida lärande underlättas. Teunissen (2015) konstaterar även att för att förbättra eller upprätthålla rådande handlingsmönster så är lärande nödvändigt. Därmed krävs ett kontinuerligt lärande för att en implementering ska bli lyckad.

Utmärkande för utbildning inom sjukvården är att lärande sker genom utförande. På så sätt lär de sig hur de ska hantera specifika situationer. Teunissen (2015) har definierat ett ramverk för att förklara praktikbaserat lärande, kallat *experience-trajectories-reifications framework* (ETR framework) där de olika parametrarna står för erfarenhet från personliga upplevelser, flera på varandra följande upplevelser som leder till nya tankebanor och återkommande aktiviteter som konkretiserar kommande handlingar.

Upprepade upplevelser och aktiviteter leder ofta till att konventioner, hierarkier samt sociala och kulturella strukturer skapas som i sin tur kan bero på olika processer,

riktlinjer eller andra återkommande aktiviteter på arbetsplatsen (Teunissen, 2015). Applicerat på sjukvården blir innebörden att förändringar tenderas att motstås, och detta till följd av traditionen att fragmentera verksamheten utifrån yrkesgrupper vilket resulterar i att liknande arbetsuppgifter görs av liknande grupper. Teunissen (2015) konstaterar även att de förändringar som faktiskt sker tenderar att uppstå när människorna avsiktligt börjar agera annorlunda. En tillfällig förändring kan bli en varaktig förändring om den kulturella strukturen påverkats.

Sjukvårdssektorn är generellt en hierarkisk organisation vilket hämmar lärande eftersom det individuella sökandet efter lärande och kunskap ofta är passivt. För att uppmuntra ett sådant sökande menar Nevalainen et al, (2018) att det krävs att arbetsplatsens kultur förändras. Förändringen kan skyndas på om den makt som finns högre upp i hierarkin delas mer med de lägre ner, men denna fördelning innebär att hela managementkulturen behöver ställa om. En ytterligare aspekt som kan begränsa lärande är att viljan att lära måste komma från individerna i organisationen snarare än utifrån (Nevalainen et al, 2018). Den individuella viljan kan påverkas positivt genom att visa att lärande har ett högt egenvärde. Dock skiljer sig inställningen till lärande sig åt mellan individer, vilket innebär att det är viktigt att de med en lägre vilja till lärande får mer support från ledningen.

2.6 Hållbarhet

I följande avsnitt redogörs för hur projektet kopplas till hållbar utveckling samt till etiska aspekter. I studien har flera av de globala målen från Agenda 2030 tagits i beaktande. Dessa mål är framtagna av FN i syfte att arbeta mot moderna välfärdsstater. Den svenska regeringens finansdepartement (2018) anser att Sverige ska ha en central roll i verkställandet av FN:s 17 globala mål, där de utsatta målen ska genomsyra flertalet verksamheter. Detta kandidatarbete har sin grund i vårdgivares arbetssituation i relation till digitalisering inom vården. Det är ett område inom vilket de globala målen kan utgöra en mittpunkt. Genom att införa allt fler digitala lösningar på problem inom vården kan man argumentera för att fler mål och delmål kommer att uppnås. Textförfattarna har identifierat fem globala mål som är tillämpbara utifrån arbetets analysområde:

- Mål 3: Säkerställa Hälsa
- Mål 5: Jämställdhet
- Mål 8: Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt
- Mål 10: Minskad ojämlikhet
- Mål 11: Hållbara städer och samhällen

Figure 2.1: Ikoner över de globala mål som behandlas i arbetet

Mål 3: Säkerställa hälsa

Det tredje målet syftar till att möjliggöra god hälsa för alla människor (FN. Res. 71/313, 2017). Genom att skapa en modern och effektiv vård tillåts fler människor uppnå grundläggande mänskliga rättigheter till välbefinnande. Genom digitala vårdmöten kan det antas att vården blir mer tillgänglig. Det krävs mindre ansträngningar för patienter att komma till exempelvis sjukhus. Digital vård kan tänkas gynna människor som av exempelvis geografiska eller arbetsmässiga skäl inte kan ta sig till sjukvården. Dessutom kan personer som annars drar sig från att söka vård göra det med allt större enkelhet. Även personal kan tänkas bli gynnade av fler digitala möten. I samband med Covid-19-pandemin tillät digitala möten vårdgivare fysiskt distansera sig från vårdtagarna. Något, som i viss mån kan tänkas skydda personal från ohälsa. Å andra sidan är det viktigt att ha i åtanke att vissa vårdmöten inte kan ersättas av digitala möten. Genom en komplementär användning kan risken för exkludering av patienter minska.

Mål 5: Jämställdhet

Det femte målet rör jämställdhet mellan könen (FN. Res. 71/313, 2017). Genom nya digitala vårdlösningar kan kvinnor stärkas i vårdkontakten och fler män kan tänkas söka vård. De tidigare minskade barriärerna som erhålls genom en enklare vårdkontakt kan bland annat innebära att utsatta kvinnor med större enkelhet får möjlighet till vård som kanske tidigare undanhållits dem. Kvinnor som tar större ansvar i hushållsarbetet och barnomsorgen tenderar också att vara mer bundna till hemmet och kan därmed gynnas av att kunna söka vård digitalt.

Även män skulle kunna gynnas av digital vård och den ökade tillgängligheten som det innebär. Enligt en undersökning av Region Stockholm (2019) söker män vård i mindre utsträckning än kvinnor. I enlighet med tidigare resonemang, där nya digitala verktyg leder till sänkta barriärer och en allt mer tillgänglig vård, kan gruppen patienter som söker vård bli mer allomfattande och diversifierade.

Mål 8: Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt

Mål 8 rör arbetsförhållanden och ekonomisk tillväxt (FN. Res. 71/313, 2017). Genom att ha allt fler möten med hjälp av digital teknik kan personer som har otrygga anställningar med oregelbundna arbetstider i större utsträckning få vård när de själva har möjlighet till det. Dessutom kan personalen, som tidigare nämnts, gynnas av digitala hjälpmedel eftersom färre fysiska möten innebär mindre exponering av sjukdomar, exempelvis Covid-19 vilket bidrar till tryggare arbetsförhållanden även för dessa.

Digitaliseringen öppnar dessutom dörrar för nya arbetsroller i form av till exempel utvecklare, konsulter och innovationschefer såväl som helt nya digitala sjukvårdslösningar, såsom appar och webbplatser. Denna utveckling kan i sin tur leda till en positiv ekonomisk tillväxt.

Mål 10: Minskad ojämlikhet

Detta mål kretsar kring tanken att ingen ska exkluderas i samhällets utveckling (FN. Res. 71/313, 2017). Som tidigare nämnts kan digital vård leda till en social och ekonomisk inkludering för fler människor. Med en ökad tillgänglighet kan lika rättigheter säkerställas för många fler. Det kan vara genom att en anställd slipper ta ledigt från jobbet eller genom att en person som bor långt från närmaste vårdinrättning inte tvingas resa långt för att få vård.

Mål 11: Hållbara städer och samhällen

Mål 11 har en tydlig koppling till studien då det visar på den starka länken mellan vården och samhällskroppen (FN. Res. 71/313, 2017). Genom en ökad digitalisering inom vårdsektorn kan transporter tänkas minska. Personer som har svårt att transportera sig kan med större enkelhet få kontakt med vården och på så sätt kan digitala möten bidra till bättre vård för fler. Personer som ska komma in på ett kort besök men som istället gör detta över internet sparar transporter och i många fall utsläpp av växthusgaser. Ett allt mer effektivt resursutnyttjande kan bli aktuellt i och med ökade digitala möten. Lokalanvändningen på vårdinrättningar skulle kunna minska och utnyttjas på mer effektiva sätt exempelvis med avseende på uppvärmning. Den digitala vården kan bidra i flera utsträckningar till att nå de globala målen. Dock måste ett resonemang föras om i vilken grad de olika tillvägagångssätten används för att se till att alla får den vård de behöver.

2.7 Etik

I samband med en digital omställning bör flera etiska överväganden behandlas. Dessa svårigheter är flerdimensionella och rör patienter, personal samt stora delar

av samhället. Brall et al. (2019) anser att ett spørsmål som ur en etisk aspekt bör lyftas är tillgängligheten. Som i tidigare stycke konstaterats kan digitala resurser öka möjligheten för allt fler patienter att söka vård. Ses denna utveckling ur ett annat perspektiv kan den påverka tillgängligheten negativt. Frågan som bör ställas är: "I vilken utsträckning möjliggör digitala möten en bra vård för personer som inte har tillgång till eller kan använda nya tekniska lösningar. Det kan vara exempelvis äldre personer eller personer utan mobiltelefoner. Även uppkopplingshastighet påverkar möjligheten att få vård på detta vis (Brall, Schröder-Bäck & Maeckelberghe, 2019). Här verkar inte de nya lösningarna nödvändigtvis medföra en större tillgänglighet, utan kanske snarare en uppdelning av patienter. Det blir således viktigt för vården att identifiera vilka som gynnas av den nya tekniken och vilka som inte gör det; samt i vilken omfattning det medför problem. Personer som inte har möjlighet att ta till sig vård genom digitala hjälpmedel måste följaktligen få den på ett annat sätt. Dessutom anser Brall, Schröder-Bäck & Maeckelberghe (2019) att finns det flera etiska överväganden som bör behandlas när det kommer till själva tekniken. Eftersom mycket av persondata kan sparas genom de digitala vårdmötena är det viktigt att se över hur uppgifter registreras och i vilken omfattning andra människor kan få tillgång till de. Reflektioner bör göras kopplade till personlig integritet och tillförlitlighet; hur starka brandväggar och säker lagring behöver användas? Digitala vårdmöten verkar kunna medföra flera positiva aspekter. Dock är det viktigt att olika fördelar i praktiken inte är kontradiktoriska. Genom etiska överväganden och avstamp i de globala målen är det möjligt att förankra och säkerställa en hållbar och god digital vårdutveckling.

3

Metod

I följande avsnitt beskrivs hur arbetet genomfördes för att uppnå rapportens syfte och besvara de frågeställningar som nämnts. I avsnitt 3.1 behandlas vilka metodtekniker som använts, för att i avsnitt 3.2 övergå till att handla om den litteratur som legat till grund för planerandet och genomförandet. Avsnitt 3.3 beskriver datainsamlingen och tillhörande aspekter. Slutligen handlar avsnitt 3.4 om hur datan analyserats. De tillvägagångssätt som beskrivs har valts genom litteratur och diskussion med handledare. I korta drag har undersökningen varit av kvalitativ art med abduktiv ansats och datainsamlingen utgjorts av semistrukturerade intervjuer.

3.1 Val av metod

I denna kvalitativa undersökning gjordes en fallstudie med abduktiv ansats på Sahlgrenska Universitetssjukhus. En fallstudie är en empirisk undersökning som på djupet undersöker ett samtida fenomen i dess verkliga sammanhang (Yin, 2009).

Den abduktiva ansatsen är förelaktig om undersökningen syftar till att upptäcka nya fenomen såsom verkan och orsakssamband. En abduktiv ansats kännetecknas av att undersökningens teoretiska ramverk ständigt är under utveckling. Ramverket kan förändras utifrån empiriska observationer leder till nya insikter. Snarare än att skapa nya teorier ämnar den abduktiva ansatsen att förfinas de teorier som redan finns (Dubois & Gadde, 2002).

Två respondentgrupper analyserades, Amningsmottagningen och Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom. Intervjuer och närmare bestämt semistrukturerade sådana var den metod som användes i datainsamlingen. En anledning till att semistrukturerade intervjuer valdes som datainsamlingsmetod är att de är flexibla och låter respondenterna utveckla sina svar så som de tycker är lämpligt. Semistrukturerade intervjuer kännetecknas enligt Adams (2015) av en blandning av å ena sidan öppna frågor och å andra sidan mer direkta frågor. Även välgrundade följdfrågor är centrala för semistrukturerade intervjuer. För att uppnå det symptomatiska för semistrukturerade intervjuer berörde intervjuerna mer övergripande teman än regelrätta frågor. Respondenten gavs genom de semistrukturerade intervjuerna mer spelrum och fick på så vis en större roll i intervjuens utformning eftersom de svar som lämnades styrde intervjuens riktning. Intervjuarens huvudsakliga roll under intervjun var att hjälpa respondenten att lämna information relevant för temat. Att

frågorna inte var helt på förhand bestämda gjorde intervjun interaktiv och fick den att likna mer av ett samtal än en intervju, vilket gjorde följdfrågor och önskan om förtydliganden mer naturliga. En annan fördel med semistrukturerade intervjuer är att de tillåter ett mer spontant och personligt angreppssätt jämfört med andra datainsamlingsmetoder.

Att samla in data genom intervjuer är kvalitativt och ger primärdata vilka har en större tillförlitlighet än sekundärdata som exempelvis kan komma från litteratur.

Som hjälp till intervjuerna skapades en intervjumall efter diskussion med handledare och inspiration från Adams (2015). Intervjumallen bestod av de frågor och teman som ansågs relevanta för frågeställningen. Intervjumallen hanterades inte som ett manus utan mer som en vägledning i vilken riktning samtalet skulle styras, vilka områden som var betydelsefulla att täcka och frågor som var viktiga att få svar på. Under intervjuprocessens gång lades frågor till i intervjumallen efter att ett antal respondenter på egen hand tagit upp en problematik som tidigare inte berörts under intervjuerna. Syftet med intervjuerna var att de skulle ge data och underlag i sådan utsträckning att djupare diskussion och analys av problemställningen tilläts. Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) betonar vikten av att metoder för datainsamling och dataanalys håller hög nivå, därför skedde revidering och återkoppling med handledare löpande med avseende på frågeställning, teori, metod och annat där stöd och inspiration behövdes.

3.2 Litteraturöversikt

Litteraturen hade dels som syfte att ge en djupare förståelse för ämnet i helhet men också att ge mer metod-specifik kunskap såsom utformning av intervjumall, hur intervjuerna bäst skulle genomföras, vilka arbetssätt som skulle användas, hur analysen skulle gå till och hur data skulle bearbetas. Vad gäller kunskap om ämnet i helhet så menar både Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) och Adams (2015) att den som intervjuar ska sträva efter att vara så påläst som möjligt inför en intervju. Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) förtydligar med att om de frågor som ställs är allt för naiva så åligger en risk att den som intervjuas blir betydligt mindre intresserad och engagerad i samtalet än om mer välgrundade och genomtänkta frågor ställts. Den litteratur som i första hand använts är vetenskapliga artiklar, relevant kurslitteratur, rapporter och avhandlingar samt facktidskrifter. Dessutom tillhandahöll Sahlgrenska Universitetssjukhus en rapport av en enkätundersökning som redogör för medarbetares upplevelser av digitala vårdmöten. Rapporten heter "Införande av Digitala vårdmöten inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset" och skrevs våren 2020 när spridningen av Covid-19 medfört delvis övergång till digitala vårdmöten.

Enligt rapporten från Sahlgrenska Universitetssjukhus anser majoriteten av medarbetarna att de har tillräckliga kunskaper för att genomföra digitala vårdmöten och att det över lag fungerat bra. Dock lyfts några aspekter som fungerat mindre bra, såsom tekniken under mötena. Att de som ansvarar för de digitala verktygen inte kan

anpassa dem efter önskemål från medarbetarna är ytterligare ett exempel, och sporadiska tekniska problem i form av möten som bryts är ett annat. Andra svårigheter har varit att ha med en tolk i samtalet och att ha möten med patienter utan mobilt Bank-ID eller med bristfälliga tekniska kunskaper. Under själva mötet saknar flera medarbetare att kunna undersöka patienten fysiskt. Över lag svarar de flesta medarbetare att helhetsbilden av digitala vårdmöten är att de har fungerat relativt bra och att de kommer behövas i framtiden. Å andra sidan menar många att det än så länge bara är ett komplement till fysiska möten, men att det under rådande omständigheter med Covid-19 är bättre än att inte ha några möten alls.

Rapporten bidrog till att ge djupare förståelse för ämnet samt inspirera till hur intervjumallen skulle byggas. Samtidigt bör beaktas att både litteratur och nämnda enkät är sekundärdata och bör värderas med viss försiktighet då informationen högst troligt inte är insamlad med samma syfte som denna undersökning.

3.3 Datainsamling

I avsnittet nedan beskrivs hur respondenterna valdes ut och hur datainsamlingen genomfördes.

3.3.1 Urval

Sahlgrenska Universitetssjukhus är ett av de största sjukhusen i Sverige. Sjukhuset har många avdelningar specialicerade inom olika områden, vilket kunde tänkas ge bredd åt studien på så sätt att övergången till digitala vårdmöten sett olika ut beroende på avdelning. Sahlgrenska Universitetssjukhus meddelade tidigt i arbetet med studien att flera för frågeställningarna lämpliga avdelningar visat intresse för att delta i studien. De avdelningar som ansågs mest passande att undersöka var Amningsmottagningen och Psykiatrimottagningen för utmattningssyndrom (PMU). En av anledningarna var att Amningsmottagningen hade ett planerat införande av digitala patientmöten, medan PMU hade ett mer oplanerat införande till följd av Covid-19. På Amningsmottagningen arbetar tio barnmorskor med specialistkompetens inom amning, PMU däremot har flera professioner anställda inom sin verksamhet och uppgår till totalt 14 anställda. De valda mottagningarna ansågs dessutom ha ett rimligt antal anställda för att kunna intervjua en betydande del av medarbetarna. Mångfalden i professioner på PMU skulle dessutom kunna bidra med ytterligare en dimension om hur tankar och åsikter skiljer sig åt eller har likheter olika professioner emellan.

3.3.2 Intervjuerna

Intervjuerna hölls via Zoom och den planerade längden var 30 minuter per intervju. Från Amningsmottagningen intervjuades endast barnmorskor med specialistkompe-

tens inom amning eftersom det är den enda professionen som är verksam på avdelningen. Från PMU däremot söktes en blandning av de olika professioner som är anställda där för att få större mångfald i urvalet. Fem personer från Amningsmottagningen och åtta personer från PMU intervjuades. De generella områden som togs upp på intervjuerna var: kommunikation, inställning och påverkan på arbetet, färdigheter och lärande samt respondentens uppfattning idag. Intervjuerna hölls under mars och början av april. De flesta av respondenterna samtyckte till att intervjuerna spelades in och dessa intervjuer transkriberades senare inför analysen. I det enda fall där samtycke inte gavs fick istället de anteckningar som gjordes under intervjun ligga till grund för analysen.

3.3.3 Källkritik

Källkritik är en metod för att utifrån trovärdighet systematiskt granska och bedöma olika källor. Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) förklarar kritisk granskning som en undersökning om det finns fler frågor att ställa och om svar och uppgifter är hållbara. De punkter som Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) föreslår som källkritiska kriterier är: samtidskrav, tendenskritik, beroendekritik och äkthet. Under hela arbetsprocessen har kraft lagts på att uppfylla dessa kriterier.

För att en undersökning ska kvalificera som vetenskaplig måste den enligt Eriksson och Weiderheim-Paul (2008) ske systematiskt och öppet samtidigt som det tydligt redovisas hur den gått till. För att tillgodose de krav som Erikssons och Weiderheim-Paul (2008) nämner som centrala för en vetenskaplig undersökning har stor vikt lagts på göra intervjuprocessen systematisk. Av samma anledning har intervjuprocessen beskrivits tydligt. Samtidigt har citat från intervjuerna använts i analysen för att ytterligare motivera de antaganden och tolkningar som gjorts.

3.3.4 Etik i datainsamling

Intervjuerna inleddes med att förklara för respondenterna att deras svar skulle anonymiseras och att intervjuerna endast skulle spelas in om de samtyckte till det. För att säkerställa anonymiteten så utelämnades därför profession i de citat som användes. Att profession utelämnades motiveras med att det begränsade underlaget skulle göra det enkelt för en person med kännedom om avdelningarna att lista ut vilka svar som lämnats av vem. Att ha med profession vid citeringar skulle därför allvarligt underminera det löfte om anonymitet som givits.

3.4 Analys av data

I arbetet med analysen fogades intervjuprotokollen samman frågvis i ett separat dokument. Sammanfogningen gjordes för att lättare se likheter och olikheter i uppfattningar och åsikter mellan avdelningarnas medarbetare. Analysen gjordes i första

hand på avdelningsnivå för att förstå hur övergången till digital vård fungerat utifrån respektive avdelnings förutsättningar och tillvägagångssätt. I andra hand och i mindre omfattning analyserades skillnader och olikheter mellan professioner för att ge ytterligare djup till resultatet. De teman som analysen avhandlade var vårdkvalitet, change management, motstånd och slutligen organisatoriskt lärande. Avslutningsvis användes citat från intervjuprotokollen för att stödja och ge tyngd åt de tolkningar och slutsatser som gjorts i analysen.

4

Resultat

I följande kapitel presenteras resultatet från de intervjuer som genomförts med medarbetare på Amningsmottagningen och PMU. Resultatet från intervjuerna med medarbetarna presenteras utefter de teman som behandlats i de semistrukturerade intervjuerna. Avsnitt 4.1 behandlar resultat kopplat till den förändring i vårdkvalitet som uppkom till följd av övergången. Tillgänglighetsaspektens lyfts fram där inverkan från faktorer som minskad resväg presenteras. I nästkommande avsnitt 4.2 redovisas de resultat från intervjuerna som anknyter till change management där förutsättningarna för förändringsarbetet samt dess genomförande presenteras för båda avdelningarna. Avsnitt 4.3 redogör för intervju material på temat motstånd där medarbetarnas inställning till själva processen och omställningen till digital vård beskrivs. I avsnitt 4.4 behandlas det organisatoriska lärandet under övergången och resultat i anslutning till detta presenteras. Medarbetarnas uppfattning om den utbildning och support de mottagit både före och under implementeringen redovisas. Avsnitt 4.5 ger slutligen en överblick av resultatet för de olika områdena som behandlas i kapitel 4.

Tabell 4.1: En översikt över de genomförda intervjuerna med medarbetarna på avdelningarna.

Profession	Avdelning	Datainsamlingsmetod
Fysioterapeut		
Fysioterapeut		
Arbetsterapeut		
Arbetsterapeut	Psykiatrimottagningen	
Rehabkoordinator	för utmattningssyndrom	
Rehabkoordinator	(PMU)	
Rehabkoordinator		
Enhetschef		Intervjuer
Barnmorska		
Barnmorska		
Barnmorska	Amningsmottagningen	
Barnmorska		
Barnmorska		

4.1 Vårdkvalitet

Samtliga medarbetare på både PMU och Amningsmottagningen uttrycker att övergången till digitala vårdmöten inneburit en ökad tillgänglighet i det avseendet att patienter inte fysiskt behöver ta sig till sjukhuset för att motta den vård de är i behov av. På PMU, som är en regionalt täckande mottagning, uttrycks en särskilt positiv effekt för de patienter som är bosatta på platser belägna längre ifrån Göteborg och Sahlgrenska Sjukhuset. Att dessa patienter istället kan genomföra möten digitalt uppges som positivt, i synnerhet i de vårdmöten som är av uppföljande karaktär och som genomförs i slutet av patientens behandling. Den minskade resvägen beskrivs i vissa fall ha en positiv inverkan på patienterna, då energi som går åt till resan vid fysiska möten istället kan allokeras till andra aktiviteter som är viktiga i patientens behandling. Medarbetare på PMU menar att övergången för vissa delar av behandlingen förbättrat möjligheterna att anpassa vårdmötenas längd och frekvens efter patientens situation. I andra delar av behandlingen uppges den minskade resvägen medföra en negativ påverkan på vården eftersom den planering som resan kräver i sig utgör en del av patientens behandling.

Även medarbetare på Amningsmottagningen uttrycker under intervjuerna att övergången till digitala vårdmöten haft en positiv påverkan på tillgängligheten. Dels i form av ett utökat antal tider, som en följd av kortare möten, dels i att patienten kan genomföra vårdmötet i hemmet. För vissa patienter uttrycks att tryggheten som är förknippad med hemmet i kombination med den fysiska distansen till vårdgivaren har en positiv effekt på patientens bekvämlighetsupplevelser, då patientens tillstånd kan göra det jobbigt att ta sig in fysiskt samt upplevas som bekvämare att visa upp via skärm. För andra patienter uppges skärmen istället ha en negativ effekt på bekvämlighetsupplevelserna. Vidare uppges medarbetare på Amningsmottagningen att övergången haft en negativ påverkan på tillgängligheten för patientgruppen som saknar goda kunskaper i svenska och engelska eftersom digitala vårdmöten innebär en mer begränsad möjlighet till kommunikation än fysiska vårdmöten. Även för patienter som saknar möjlighet till uppkoppling, på grund av exempelvis avsaknad av smarta telefoner eller begränsade tekniska kunskaper, uttrycks att tillgängligheten påverkats negativt.

Gällande förutsättningarna för att bedöma tillstånd och ge lämplig rådgivning uppges medarbetare på Amningsmottagningen att det fungerar väl för majoriteten av patienterna. De fall som påverkas negativt av att genomföras digitalt istället för fysiskt uppges vara de där verbal och visuell kommunikation inte är tillräcklig och ett mer handgripligt stöd är nödvändigt för att hjälpa patienten på lämpligast sätt. Dessutom beskrivs att förutsättningarna för bedömning av patientens tillstånd i vissa fall påverkas negativt då det i det digitala mötet uppges vara svårare att uppfatta detaljer, som exempelvis kroppsspänningar, som ger indikationer om patientens känslomässiga tillstånd. En korrekt uppfattning av patientens känslomässiga tillstånd beskrivs vara en viktig del av bedömningen av vissa patienter för att kunna ge lämplig rådgivning, vilket alltså i dessa fall påverkas negativt.

På PMU beskrivs liknande att medarbetarnas förutsättningar för att bedöma patientens tillstånd påverkats negativt av övergången till digitala vårdmöten, då kroppsliga reaktioner uppges vara svårare att uppfatta genom en skärm. Den minskade möjligheten att uppfatta indikationer, såsom spänningar och olika uttryck, uppges utgöra ett stort hinder för medarbetarnas möjlighet att göra bedömningar och för att ge personanpassad behandling. I synnerhet uppstår problem i tidigare delar av behandlingen, innan behandlingens avslutande fas. Vissa medarbetare uppges att begränsningarna inneburit en förlängd behandlingsperiod för patienterna jämfört med om vårdmötena genomförts fysiskt. Vidare uppges att vissa patienter tenderar att "gömma sig" bakom skärmen i de möten som genomförs digitalt, vilket uppges ha resulterat i en försämring av vissa patienters tillstånd; "...personer kan gömma sig, behöver inte utmana sig att gå ut. Då blir det här att jag inte riktigt gör mitt jobb fullt ut för att jag inte får personen i fråga att jobba med det den behöver jobba med." (PMU, 2021).

I de vårdmöten som är av en mer uppföljande och avstämmande karaktär beskriver medarbetare på PMU att det generellt fungerat väl digitalt. Vid dessa möten uppges det snarare ha en positiv effekt på behandlingen, då den minskade resvägen möjliggör för patienten att allokera energi från resan till andra aktiviteter som är viktiga för behandlingen.

Av medarbetare på PMU uttrycks vidare att möten i det digitala rummet generellt har en mer hämmande effekt på relationen mellan patient och vårdgivare än möten som genomförs i det fysiska rummet. En medarbetare menar att de patientrelationer som enbart utvecklats digitalt saknar det djup som relationer som byggts upp fysiskt har. Relationen mellan patient och vårdgivare uppges vara en betydande komponent för att patienten ska uppleva trygghet i vårdmötet och för att vårdgivaren ska kunna genomföra de terapeutiska insatser som är del av patientens behandling.

Utifrån ovanstående kan ett antal underkategorier i övergångens påverkan på medarbetarnas förutsättningar att leverera högkvalitativ vård identifieras. Underkategorierna utgörs av ökad möjlighet att patientanpassa vårdmöten, minskad möjlighet att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling samt minskat djup i relationen mellan patient och vårdgivare.

4.2 Change Management

Övergången på PMU skedde väldigt snabbt i och med Covid-19-pandemin och de restriktionerna till följd av pandemin som avrådde från fysiska patientmöten. Först blev det en nedstängning på mottagningen i två veckor då personalen erhöll en introduktion till digitala vårdmöten och dess funktionalitet samt möjlighet till att boka in sig på personlig handledning för ytterligare genomgång av systemet. Därefter bekantade sig anställda med systemet genom "trial and error"-metoder på varandra. Majoriteten av de anställda upplevde övergången som abrupt och vissa uppgav

avsaknad av tillräckligt förberedelse, medan andra tack vare tidigare erfarenhet av digitala lösningar inte upplevde samma oro kopplad till systemet.

Cirka fem månader innan övergången forcerades på PMU pågick diskussioner kring digitala vårdmöten på PMU. I samband med diskussionerna valdes ett fåtal anställda ut som en pilotgrupp och erhöll därmed teoretisk samt praktisk övning i Mitt vårdmöte som är den digitala plattformen där de digitala vårdmötena hölls. Som del av pilotprojektet fick gruppen även möjlighet att uttrycka åsikter och synpunkter på Mitt vårdmöte samt blev introducerade till någon form av plan för hur implementationen av Mitt vårdmöte skulle gå till. Övriga respondenter som inte var del av pilotgruppen uppgav att övergången var abrupt och att de inte kände till någon plan för införandet av det nya digitala verktyget. En medarbetare förklarar att ”vi hade inte ens en diskussion hos oss om hur det skulle se ut, eller hur det skulle gå in. Vi bara gjorde det.”(PMU, 2021), en annan upplevde det som att ”ja det var väl egentligen så att restriktionerna kom, chopp, nu ska ni jobba digitalt ni har en vecka på er att lära er ungefär.”(PMU, 2021). Ytterligare uppgav en medarbetare att ”det blev ju ganska mycket att man liksom kastades ut till det själv, att här, på hemsidan här finns det en länk till hur man kommer igång med det här och det här”(PMU, 2021) samtidigt som en annan uppgav att ”Det kändes som att det var från den ena dan till den andra dan i princip och det gick väldigt snabbt”(PMU, 2021). Därmed tyder intervjuerna på att det fanns en övergripande plan för hur en eventuell övergång till digitala vårdmöten skulle gå till men att ingen konkret plan för PMU hade specificerats eller efterföljdes då övergången blev chockartad och oväntad i och med Covid-19-pandemin.

Delar av pilotgruppen uppgav att de i och med introduktionen och praktiska övningen i Mitt vårdmöte stött på vanligt förekommande problem med teknologin samt lärt sig hur de skulle hantera dessa svårigheter. Tack vare denna erfarenhet kunde pilotgruppen tillsammans med IT-support fungera som stöd och assistera övriga kollegor när de digitala vårdmötena infördes på mottagningen. En respondent ur pilotgruppen beskrev deras funktion enligt följande:

när vi väl drog igång så blev vi som var i gång så att säga stödet för våra kollegor och liksom dem, alla frågeställningar eller inte alla men de flesta frågeställningarna hade ju vi redan stött på och kunnat ställa frågor om och kanske kunnat lösa(PMU, 2021)

Vidare uppgavs kommunikationen på PMU ha fungerat bra i alla led på mottagningen. Många respondenter nämnde att det var en prestigelös stämning på avdelningen, att alla var hjälpsamma mot varandra samt att det fördes en öppen dialog både med ledningen och de anställda sinsemellan. Intervjuerna med de anställda på PMU tyder även på att ledningen var mycket engagerad i övergången men saknade fulländade kunskaper kring hur implementationen skulle gå till, systemets användargränssnitt samt dess funktionaliteter. Avsaknaden av tillräcklig kunskap kring systemet upplevdes däremot inte som problematiskt utan IT-support, kontaktperson på företaget som tillhandahöll Mitt vårdmöte och andra hjälpmedel fanns att tillgå,

samt att ledningen visade förståelse för oro och missnöje som lyftes av anställda. De anställda fick utrymme att uttrycka sina åsikter kring övergången genom både formella kanaler som möten exempelvis och i mer informella sammanhang. En anställd på PMU beskrev situationen på mottagningen enligt följande:

vi är en arbetsgrupp som säger ganska mycket hur vi känner och tycker. Många som uttrycker en frustration i det här och alltså, vår chef vill ju försöka göra det så bra som möjligt men jag tror inte det är så mycket man kan göra liksom i dagsläget. (PMU, 2021)

Medarbetarna var inte delaktiga i beslutet att gå över till digitala vårdmöten, detta beslut togs uppifrån och infördes nästan direkt på mottagningen i och med Covid-19-pandemin. Därefter uppgavs en kontinuerlig dialog ha förts mellan ledning och medarbetare men inga tydliga åtgärder gjordes gentemot missnöje som lyfts, troligtvis på grund av Covid-19-pandemin som forcerade övergången. Ytterligare hade medarbetarna möjlighet att uttrycka synpunkter och åsikter på Mitt vårdmöte via en feedback funktion i applikationen men upplevde inte någon respons när den mottogs. Medarbetarna upplevde att rapporterade problem åtgärdades utan att kommuniceras ut vilket bidrog till att de själva fick upptäcka när ändringar i Mitt vårdmöte gjorts. Avsaknaden av respons på synpunkter har minskat motivationen till att ge feedback för att främja systemets fortsatta utveckling uppger en respondent. Åsikter kring hur Mitt vårdmöte utvecklats skiljde sig något mellan respondenterna, en medlem i pilotgruppen uppgav ha fått vara med och påverka funktionerna i applikationen medan en annan respondent ansåg att utvecklingen fokuserade för lite på slutanvändarna.

Ingen av respondenterna från PMU nämnde något om någon tydlig vision som blivit förmedlad. Däremot var den generella inställningen inför övergången på PMU att digitala vårdmöten ansågs meningsskapande under en pågående pandemi och att det var ett fullt rationellt vårdalternativ då fysiska möten avråddes. Flertalet anställda på PMU lyfte även fördelarna med att minska resorna till mottagningen. PMU är en regional mottagning och vissa patienter kunde åka långt för ett läkarbesök. Däremot lyfts det att inställningen bland medarbetarna inte alls var lika positiv till digitala vårdmöten innan pandemin samt vissa nackdelar gällande förlusten av det fysiska mötet. En anställd på PMU beskrev inställningen gentemot det nya systemet enligt följande:

Ja, nödvändigt var det ju utifrån pandemin för att vi skulle kunna upprätthålla vår, någon typ av verksamhet, ..., och eftersom våra patienter reser i hela regionen, det var ju något som man inte skulle uppmuntra så kändes det som att det här är tillräckligt bra för att vi ska kunna stå för den verksamhet vi erbjuder. (PMU, 2021)

Flera respondenter på PMU menade även på att övergången till digitala vårdmöten medförde merjobb på grund av systemets oförmåga att kommunicera med övriga system vilket genererade dubbeljobb då aktiviteter som bokningar exempelvis behövde

utföras manuellt i flera olika system. Ytterligare nämndes ökad tidsåtgång till att förbereda utrustningen inför ett videomöte samt avsaknaden av att kunna avboka endast en person från gruppsessioner. Det senare har dock åtgärdats kort innan intervjuerna genomfördes men ansågs vara ett stort problem innan. Merjobbet ansågs ha tagit onödig tid som annars kunnat läggas på patienter och vård. Tekniken i Mitt vårdmöte fungerade inte heller felfritt utan bild och ljud upplevdes vara dålig ibland, VPN:en som de använde sig av kraschade ibland vilket omöjliggjorde effektivt arbete. Här efterfrågades mer praktisk hjälp på plats. En respondent förklarade det som ”Liksom att man hade fått lite mer, för att vi ska kunna fokusera på vårt jobb liksom med patienterna, att inte vi ska behöva lägga så mycket tid på hur får vi det rent tekniskt att funka.”(PMU, 2021). I övrigt så uppgav de flesta att de erhållit all nödvändig utrustning för digitala vårdmöten samt att de hade någon att vända sig till när tekniken inte fungerade. Däremot kunde inte alla tekniska problem åtgärdas direkt när det behövdes varje gång.

Amningsmottagningens övergång till digitala verktyg startade inför sommaren 2019 då Covid-19-pandemin ännu inte var aktuell, därav användes Mitt vårdmöte endast som ett komplement då fysiska vårdmöten fortfarande genomfördes. Trots detta var övergången väldigt abrupt även på Amningsmottagningen. Diskussioner kring införande av digitala vårdmöten hade förts på mottagningen en längre tid och en efterfrågan fanns bland medarbetarna men hade inte föranlett något planeringsarbete inför eventuell förändring och ingen plan för hur övergången skulle gå till på Amningsmottagningen påvisats i studien. Starten av digitala vårdmöten kom istället väldigt hastigt utan att de anställda var förberedda. Medarbetarna på Amningsmottagningen fick frågan om de ville testa att erbjuda vård genom digitala vårdmöten, därefter fick de kort intensiv utbildning för att sedan börja arbeta med det nya digitala verktyget nästan direkt. En av respondenterna som varit med på utbildningen hade inte vetskap om när implementeringen av digitala patientmöten skulle ske utan blev förvånad den arbetsdag det påbörjades vilket beskrevs i följande citat:

vi övade väl några gånger, sen kom jag till jobbet här en morgon och tänkte att nu ska jag jobba idag, och då säger de bara ”nu är det skarpt läge, bara å kör”, så jag bara börja, det var bara sätta sig framför såhär och bara köra(Amningsmottagningen, 2021)

Ingen av respondenterna på Amningsmottagningen nämner någon tydlig gemensam vision kommunicerad av ledaren för förändringsarbetet. Däremot fanns hopp om att tillgängligheten till vård skulle öka vilket alla respondenter på avdelningen uppgav ha varit ett problem tidigare. Respondenterna lyfte även ett missnöje med det tidigare telefonsystemet vilket det digitala vårdmötessystemet förväntades ersätta, därav fanns en gemensam bild på avdelningen av att Mitt vårdmöte var nödvändigt och meningsskapande som komplement till den traditionella vården. Detta beskrevs av en respondent från Amningsmottagningen enligt följande:

Alla var nog nöjda med att vi slapp den här telefonsvararen, som var en väldigt stress, för den gick ju på under lunchen, för när vi kom tillbaka

kunde det se ut hur som helst, det var en stress i sig att gå på lunch till exempel.(Amningsmottagningen, 2021)

Den bristfälliga tillgängligheten till vård beskrevs syfta på att Amningsmottagningens resurser var otillräckliga för att kunna erbjuda vård i den mån som önskades samt att flertalet patienter inom regionen hade lång transportsträcka till mottagningen och därmed inte hade samma geografiska tillgänglighet till vård som de som bodde närmare mottagningen. En respondent lyfte ett exempel från Frankrike där alla hade tillgång till snabb vård för icke-akuta ärenden via egen husdoktor och ansåg att denna möjlighet kan skapas i Sverige via digitala vårdsamtal.

Övergången på Amningsmottagningen tycks enligt studien ha varit av strategisk karaktär och kommunicerats ut från ledningen som något oundvikligt som kommer ske förr eller senare. En medarbetare på Amningsmottagningen beskrev situationen enligt följande:

det låg väl i tiden och sjukhuset måste hoppa på tåget... med en gång ungefär, vi började tidigt och var med och då såg man det som möjlighet att vara föregångare tror jag. Det var att man var tvungen att hoppa på, sjukhuset då, nu har vi detta och kan inte vara försöksgruppen näst intill, vad ska man säga då, det är ju bra att vara i första ledet.
(Amningsmottagningen, 2021)

Chansen att få delta i projektet och därav vara i framkant av förändringen verkar enligt studien ha använts som argument för övergången och tycks ha bidragit till att vissa inte upplevde även att frågan ifall de ville vara med och starta upp digitala vårdmöten var ett helt fritt val. Delaktigheten i besluten under övergången nämns inte utav respondenterna, däremot lyfter vissa att de har kunnat vara med och påverka funktionerna i Mitt vårdmöte genom applikationens egen funktion för feedback och på så sätt kunnat förbättra systemet och anpassa det bättre efter deras arbete.

Kommunikationen med både ledning och support var problematisk för de anställda på Amningsmottagningen i början av övergången, detta på grund av att starten skedde under sommaren då både ledningen på Amningsmottagningen och anställda på Visiba Care som är företaget som tillhandahåller Mitt vårdmöte hade semester. Detta uppges ha försvårat övergången enligt respondenterna och en medarbetare förklarade att ”vi ringde Visiba Care, jag kommer ihåg vi kunde ringa Visiba Care flera gånger och då var det kanske någon vikarie där också jag vet inte. Men det var ett meck där i början.” (Amningsmottagningen, 2021). På grund av svårigheterna för de anställda på Amningsmottagningen att erhålla teknisk support via det tillhandahållande företaget under de rådande semestertiderna fick de istället ta hjälp av varandra och gemensamt testa sig fram. Utbildningen gällande de digitala vårdmötena som de anställda på Amningsmottagningen erhöll upplevdes även knapphändig av majoriteten av respondenterna och vissa menade på att mer praktisk övning hade behövts.

Utifrån ovanstående identifieras tre underkategorier utifrån change management aspekten som utgörs av abrupt övergång, vikten av välfungerande kommunikation samt timing för införandet av en övergång.

4.3 Motstånd till omställningen

Många medarbetare påtalar den stora omställningen införandet av digitala vårdmöten inneburit. För många har det varit en process som krävt tid och energi för att ta sig an. Flera respondenter hävdar att den viktigaste aspekten av ett vårdmöte är själva kontakten med patienten. Det är något som flera pekar på att vara svårt i och med digitala vårdmöten: "...jag vill ju jobba MED människor, och det gör man ju ändå men det är stor skillnad att sitta framför en dator en hel dag..."(PMU, 2021). Även om åsikterna kring funktionaliteten i de digitala systemen skiljer sig åt framhåller de flesta svårigheten i att kommunicera med patienterna på ett genuint vis via en dator. På Amningsmottagningen anser medarbetarna att problemet med att inte kunna arbeta med människor är grundat i restriktionerna till följd av Covid-19-pandemin.

Början av Covid-19-pandemin sammanföll med introduceringen av de digitala vårdmötena på PMU. En del medarbetare menar att omställningen skedde på grund av pandemin, medan andra säger att det var planerat att digitala vårdmöten skulle introduceras, och pandemin kom på så sätt lägligt. Många av de som framställde att introduktionen som en orsak av Covid-19-utbrottet hävdar att omställningen kom plötsligt och förberedelserna få. Många av dessa individer har en mer kritisk inställning till hur förändringen skedde än de som såg omställningen komma tidigare. Individer som varit med tidigt i uppstarten och visste om att digitala möten skulle uppkomma uttrycker generellt sett en större positiv inställning till mötena. Till detta ska sägas att de mest positiva individerna framhåller att användandet i ett tidigt pilotprojekt var frivilligt.

Omställningen verkade även för Amningsmottagningen komma plötsligt, dock cirka ett år tidigare. Medarbetare förklarade det som att det introducerades fort, några menar på att de sakade kunskapen om att det skulle förverkligas, något som förklaras av följande citat:

Allting gick väldigt fort, så det var ju några intensiva introduktions dagar där och vi lärde oss rätt så snabbt, som det ofta är och som det alltid har varit inom det här jobbet så blir man inkastad i nått nytt tekniskt system som man måste lära sig på nån dag och sen så får man sitta och pula lite själv och se... (Amningsmottagningen, 2021).

Amningsmottagningens personal delar en viss av de åsikter som framkommer av intervjuer med PMU. Eftersom omställningen skedde innan Covid-19-pandemin återfinns inte den som ett incitament till uppstart hos Amningsmottagningen, istäl-

let visar Amningsmottagningen på att detta är någonting de pratat om att införa i många år. Medarbetarna på Amningsmottagningen är relativt eniga om att det till en början fanns kritik till att sätta sig in i ett nytt system. En omställning som de menar ofta sker inom vården. Medarbetarna på Amningsmottagningen är eniga med personalen på PMU om att det bara är att gilla läget och göra sitt bästa. Känslan av att jobba på även om det är tufft visas på i nästkommande citat:

Det var väl inte sådär "jippi!"-kul på en gång men samtidigt så är vi nyfikna på det som är nytt också och om det här kan ge nya möjligheter för oss att sprida vår kunskap så självklart - vi provar (Amningsmottagningen, 2021).

En faktor som verkar mediera intresset och nyttan av de digitala vårdmötena är i vilken utsträckning medarbetarens arbete kräver kontakt med patienterna. Om arbetet kräver fysisk kontakt blir det enligt flera medarbetare ett hjälpmedel som inte kommer fungera i längden.

Tekniska svårigheter verkade stå för en stor del av problemet medarbetarna på PMU hade. Dessa problem avtog till viss del med tiden. Tekniken stod för många som en stor orsak till frustration.

Att vända sig direkt till en teknisksupport verkade många tycka fungerade bra, och många hävdar att de fick hjälp att överkomma svårigheter. Flera som upplevde stora svårigheter ansåg dock att det bästa sättet var att pröva sig fram själv samt att söka hjälp bland kollegor. Det framkommer att det fanns en förståelse bland kollegorna, alla satt i samma båt och hade likande problem. Flera respondenter berättar om ett prestigelöst arbetslag där det är möjligt att dela med sig av svårigheter, även om det inte alltid går att lösa.

Även om många är kritiska till de digitala vårdmötena är det med en förståelse kring situationen: "... [det] känns som att vi inte ifrågasatte det så mycket eftersom det var en så extrem situation med pandemin Hade det inte varit en pandemi så hade vi nog ifrågasatt det lite mer..." (PMU, 2021). Pandemin verkar minska det faktiska motståndet hos medarbetarna och möjliggöra en omställning. Å andra sidan hävdar många att detta inte är en omställning, och på så sätt uppstår det inte så mycket motstånd. Det uppkom åsikter hos flera respondenter att det bara är att bita ihop även om man inte tycker att detta är ett bra system. Det är dels som tidigare nämnt på grund av pandemin men vissa menar även på att det inom vården ofta sker förändringar kring hur arbetet ska genomföras. "...det är väl nått som är bestämt på högre nivå som vi sen fick gilla läget och börja använda oss av."(Amningsmottagningen, 2021).

När pandemin väl är över räknar flera medarbetare med att de digitala mötena minskar. De allra flesta medarbetarna är överens om att det kan fungera bra som ett komplementärt arbetssätt, men många säger att det inte kan vara i samma form som det är nu för att vara hållbart. Några pekar på att omställningen, tack vare pandemin, har möjliggjort en digitalisering som kommer finnas med på arbetsplat-

sen i framtiden.

Utifrån intervjumaterialet har några underteman definierats: behovet av fysiska möten, Covid-19-pandemin som incitament, funktionaliteten i användningen samt tankar om framtiden.

4.4 Det organisatoriska lärandet under övergången

Ett pilotprojekt introducerade de digitala vårdmötena på PMU och innebar att ett mindre antal medarbetare fick lära sig Mitt Vårdmöte först. Lärandet skedde då genom att testa systemet och i dialog med IT-stödet, och representanterna från PMU var inkluderade på möten där framtiden stakades ut. När de digitala vårdmötena senare skulle implementeras, forcerade av Covid-19, kunde dessa medarbetare bistå sina kollegor med sina nyvunna tekniska kunskaper i systemet. Eftersom implementering skedde skyndsamt var utbildningen för de övriga medarbetarna kortvarig och bestod utöver ett informationsmöte till stor del av lathundar och manualer som var upp till varje individ att ta till sig. För att lära sig hur Mitt Vårdmöte fungerar i praktiken bokade medarbetarna på eget initiativ in sig på möten med varandra. På så sätt kunde de mer tekniskt kunniga på avdelningen hjälpa de som var osäkra på systemet. Hos medarbetare som ansåg sig mindre tekniskt kunniga fanns önskemål om en mer praktiskt utbildning i det nya systemet där de olika funktionerna visas tillsammans med ett förtydligande huruvida dessa är nödvändiga att faktiskt kunna eller ej.

Även på Amningsmottagningen startade de digitala vårdmötena relativt plötsligt. Möjlighet till digitala möten hade diskuterats tidigare men när det väl blev aktuellt gick allt snabbt. Tidpunkten för implementeringen konstaterades som något olycklig av Amningsmottagningens medarbetare, eftersom den skedde precis innan semestertid vilket begränsade möjlighet till stöd under den inledanden träningen. Uppstarten skedde genom att personer från företaget som tillhandahållit det digitala verktyget kom dit och informerade under ett möte. Medarbetare poängterade att de hade varit inställda på en efterföljande längre övningsperiod vilket ej blev fallet. Likt medarbetarna på PMU beskrevs att lärande därefter skedde genom att testa sig fram och lära sig av sina misstag, och önskemål om mer praktiskt lärande framfördes även av denna avdelning. Att få lära sig systemet från patienternas perspektiv lyftes också fram som något efterfrågat.

Tiden från första möjligheten att öva till skarpt läge var knapp på PMU, och uppskattades av en medarbetare till ungefär en vecka. För medarbetare med knappa tekniska kunskaper lyftes att startsträckan till att kunna hantera de digitala vårdmötena blir längre, samtidigt som de som ansåg sig ha relativt stora tekniska kunskaper menade att det inte var några problem att ställa om till digitala vårdmöten. Omställningen dirigerades uppifrån från olika chefer och det fanns inte utrymme för

medarbetare att välja huruvida de ville hålla digitala vårdmöten eller ej och omställningen var därmed ett tvång.

En medarbetare på Amningsmottagningen konstaterade att ingen ytterligare utbildning tillhandahölls utöver det inledande mötet med företaget bakom Mitt vårdmöte. Mer teknisk support efter implementeringen lyftes fram som önskvärt från båda avdelningarna. Från PMU beskrevs dessutom en problematik kring huruvida medarbetarna bör behöva bistå sina patienter med teknisk information eller om någon tekniskt utbildad person borde göra det.

Utöver utbildningen som tillhandahållits verkar de digitala mötena också ha inneburit att nya värden i vården skapats på avdelningarna och på så sätt inneburit lärande i form av en förändrad inställning till vad ens arbetsuppgifter är. Att medarbetarna på PMU kan få mer insikt i patienternas vardag och använda det i sina bedömningar förklaras med "...man får syn på det att partnern kommer in och diskar väldigt högljutt när patienten sitter i besök i köket och säger ifrån men den partnern lyssnar inte liksom. Det är ganska värdefull information liksom hur patienten har det hemma" (PMU, 2021). Även på Amningsmottagningen beskrivs hur innehållet i vården ändrats. Tidigare har en stor del av vården inneburit att fysiskt undersöka patienten men de digitala mötena har medfört att barnmorskorna fått ändra sitt vårdutövande och lära sig att muntligt förklara för patienten hur deras amning kan förbättras.

Utifrån ovanstående kan ett antal underkategorier i lärandeprocessen definieras. Dessa är att medarbetarna upplevde tidsbrist, bristande tekniska förkunskaper och den praktiska utbildningen som otillräcklig.

4.5 Sammanställning av resultatet

För att få en överblick över de olika områdena som lyfts i tidigare delar av resultatet har varje presenterad kategori avslutats med några underkategorier som representerar kategorierna i stora drag, vilket presenteras i tabell 4.2.

Tabell 4.2: En översikt över de kategorier som använts för att presentera resultatet.

Underkategori	Huvudkategori	Huvudämne
Ökad möjlighet att patientanpassa vårdmöten	Vårdkvalitet	
Minskad möjlighet att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling		
Minskat djup i relationen mellan patient och vårdgivare		
Övergången skedde abrupt		
Vikten av välfungerande kommunikation	Change Management	
Timingen för införandet av övergången		
Behovet av fysiska möten		Övergången till digitala vårdmöten
Covid-19-pandemin som incitament		
Funktionalitet i användningen	Motstånd	
Tankar om framtiden		
Medarbetarna upplever tidsbrist	Organisatoriskt lärande	
Bristande tekniska förkunskaper		
Otillräcklig praktisk utbildning		

5

Diskussion

I följande kapitel diskuteras det som presenterats i rapportens resultatdel. Här används den teoretiska referensram som tidigare presenterats för att diskutera kring det som framkommit från intervjuerna som hållts i relation till tidigare forskning. Avsnitt 5.1 behandlar den effekt som övergången haft på vårdkvaliteten. Här diskuteras den påverkan som skett på tillgängligheten när mötet sker digitalt med patienten i hemmet. Vidare diskuteras den effekt som övergången haft på vårdmedarbetarnas förutsättningar att bedöma tillstånd och ge en adekvat behandling. Nästföljande avsnitt 5.2 diskuterar resultatet kopplat till change management. Här diskuteras aspekter kring den abrupta övergången, vikten av välfungerande kommunikation samt timingens påverkan på en transformation. I avsnitt 5.3 behandlas resultatet utifrån aspekter kring motstånd i samband med övergången och resoneringar kring varför och hur de har uppstått utförs. Här diskuteras även Covid-19-pandemins eventuella biverkan till uppfattat motstånd bland medarbetarna. Därpå följer avsnitt 5.4 där diskussioner kring resultat kopplat till lärandeprocessen och de utbildningar som medarbetarna erhållit presenteras. I avsnitt 5.5 följer en analys av intervjuresultatet med utgång i FN:s fem globala mål som introducerades i kapitel 2. Slutligen presenteras en sammanfattande diskussion i avsnitt 5.6. Där de diskussioner som förts under kapitlet sammanställs och utvecklas.

5.1 Övergångens effekt på vårdkvalitet

Studiens resultat visar på att övergången till digitala vårdmöten haft varierande effekter på medarbetare på Amningsmottagningen och PMUs förutsättningar att leverera en högkvalitativ vård till patienterna. Medarbetare på båda avdelningarna uppger en i stort ökad tillgänglighet i det att patienterna inte behöver ta sig till den fysiska mottagningen för att motta den vård de är i behov av. På PMU uppges detta i synnerhet vara en fördel för de patienter som bor långt ifrån sjukhusen och inte behöver restid för exempelvis avstämningmöten. På Amningsmottagningen uppger medarbetare att möjligheten att möta patienten i hemmet ökat möjligheten att anpassa vårdmöten efter patienten, vilket även detta innebär en ökad tillgänglighet. Dessa två faktorer tyder på en positiv effekt på den tillgänglighetsaspekt av begreppet vårdkvalitet som presenteras av Campbell et al. (2001). Den positiva effekten av övergången stödjer blant annat Villines (2020) teori rörande de fördelar som telemedicin erbjuder i form av ökad tillgänglighet. Samtidigt visar resultatet på en negativ utveckling av tillgängligheten för de patientgrupper som saknar möj-

lighet till uppkoppling eller saknar goda kunskaper i svenska och engelska. För dessa patientgrupper verkar vårdkvaliteten försämrats ur en tillgänglighetsaspekt.

Resultatet visar även på att övergången haft en varierad effekt på medarbetarnas möjligheter att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling, vilket utgör den andra delen av Campbell et al. (2001) definition av vårdkvalitet. På Amningsmottagningen uppger medarbetarna att dessa delar fungerat väl för majoriteten av fallen och att förutsättningarna enbart i vissa fall försämrats angående detta. På PMU uppges en generell försämring av förutsättningarna för att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling för möten som inte är av en avstämmande karaktär. Effekten verkar alltså variera mellan patienterna beroende på behandlingstyp samt på patientens individuella tillstånd, men resultatet tyder på en totalt sett negativ effekt av övergången till digitala vårdmöten. Detta överensstämmer med Villines (2020) teori angående mer begränsade förutsättningar och deras potentiellt negativa konsekvenser på behandlingen.

Vidare tyder studiens resultat på att övergången haft en negativ effekt på den interpersonella kommunikationen mellan patient och vårdgivare, vilket i Campbell et al. (2001) beskrivs som en viktig komponent för att uppnå en hög vårdkvalitet för den individuella patienten. Den negativa påverkan av den digitala övergången på relationen mellan patient och vårdgivare uppvisar tendenser som överensstämmer med Chen (2017) där telemedicin uppges riskera en nedbrytning av relationen mellan patient och vårdgivare.

5.2 Change management

Studien tyder på att både PMU och Amningsmottagningen påbörjade övergången utan någon konkret plan över genomförandet vilket enligt respondenterna ledde till en kaosartad övergång som väckte oro och stress hos merparten av medarbetarna. Detta går i linje med Higgs och Rowland (2011), Kotter (2007) och Nadler och Tushmans (2004) teorier kring vikten av att ha en tydlig plan för införandet av en förändring. Fördelarna med att ha en plan inför en omställning styrks även i och med att pilotgruppen på PMU kände sig mindre desorienterade i övergången än övriga som inte fått någon information gällande plan över implementationen samt att pilotgruppen inte upplevde lika stora svårigheter att ta sig an det nya systemet som övriga medarbetare.

Pilotgruppen på PMU kan liknas vid den vägledande gruppkonstellation som presenteras av Kotter (2007), och likt Kotter beskriver så verkar den ha haft positiv effekt på förändringsarbetet. De medverkande kände sig bättre förberedda än övriga medarbetare på PMU som istället menar på att de tog sig igenom förändringen tack vare samarbete mellan kollegor på avdelningen, ett antagande kan då vara att kompetensen hos pilotgruppen var behjälplig. På Amningsmottagningen påvisas ingen form av mindre arbetsgrupp som testat systemet innan vilket antas ha försvårat omställningen. Ingen av medarbetarna på Amningsmottagningen var bekant med

systemet sedan innan och hade inte heller kunskap kring hur vanligt förekommande problem kunde hanteras. Därav kan ett antagande vara att lösa de problemen tog upp mer tid och resurser på Amningsmottagningen än på PMU där medarbetarna i pilotgruppen hade tidigare erfarenhet av systemet.

Utöver detta tyder studien på att Amningsmottagningens timing för omställningen har varit en försvårande omständighet utifrån flera aspekter. Medarbetarna uppgav att de inte hade möjlighet till kontinuerlig kommunikation med varken ledningen på mottagningen eller med företaget som tillhandahöll Mitt vårdmöte. En kontinuerlig och välfungerande kommunikation beskriver Gilley et al. (2009), Hayes (2014) och Nadler och Tushman (2004) som viktigt för att framgångsrikt förändringsarbete. Den bristfälliga kommunikationen bidrog till färre möjligheter hos medarbetarna till att erhålla hjälp samt framföra åsikter och synpunkter gällande förändringen. Ledningen hade inte heller möjlighet att bistå med stöd för medarbetarna eller bekräfta alternativt besvara tankar och funderingar under processen vilket bidrog till desorientering hos medarbetarna och en upplevelse av att de kastades ut i omställningen på egen hand. Detta tycks likt Oreg et al. (2011) beskriver gällande vikten av ledningens stöd under en förändringsprocess ha påverkat omställningen negativt. Dessutom erhöll inte Amningsmottagningen samma möjlighet till att få stöd gällande tekniska frågor jämfört med PMU som hade kontinuerlig kontakt med det tillhandahållande företaget.

Bristen på hjälpmedel var även ett hinder som tycks ha kunnat reduceras ifall support och stöd funnits mer lättillgänglig. Även detta anses ha försämrat förutsättningarna för övergången på Amningsmottagningen då medarbetarna i studien upplevde problem med tekniken och hade begränsade kontaktmöjligheter till någon som kunde bistå med hjälp. Tekniska komplikationer upplevdes även på PMU och bidrog enligt respondenterna till mer jobb och mindre tid över till värdeskapande aktivitet i form av vårdmöten trots deras möjlighet till support. Det uppgavs av respondenter från PMU att de tekniska problemen inte alltid kunde lösas med de hjälpresurser de erhöll, därmed kvarstod hindret i viss mån även fast kommunikationen fungerade väl. Kommunikationens vikt styrks istället av den större frustration gentemot systemet som upplevdes på Amningsmottagningen vid övergången. Ledningen på båda avdelningarna tycks dock inte ha lyckats fullständigt med att reducera hinder i och med att teknisk fel ibland omöjliggjorde vårdmöten vilket försvårade övergången. Reducering av hinder anses vara en framgångsfaktor i samband med att skapa bra förutsättningar för övergången vilket Hayes (2014) och Nadler och Tushman (2004) belyser. Vidare verkar båda avdelningarna ha blivit försedda den utrustning som krävdes för att klara av de digitala vårdmötena vilket kan ses som reducerande av hinder och skapar goda förutsättningar för att kunna genomföra digitala vårdmöten, däremot verkar nackdelarna kring de tekniska komplikationerna väga tyngre än fördelarna med att all utrustning fanns på plats.

Någon tydlig vision som Kotter (2007) och Hayes (2014) främjar har inte lyckats kommuniceras ut till medarbetarna vilket har föranlett att majoriteten av medarbetarna på avdelningarna har varit skeptiska till införandet av ytterligare ett system.

Däremot har medarbetarna på båda avdelningarna tagit sig an systemet med inställningen att det var nödvändigt för mottagningen. På Amningsmottagningen såg man behovet att minska på resor och skapa tillgänglighet medan det inför övergången på PMU inte existerade andra likvärdiga vårdalternativ i och med restriktionerna runt Covid-19-pandemin. Känslan av att införandet var nödvändigt i samband med att det var väldigt bråttom med övergången kan liknas vid känslan av benägenhet som Kotter (2007) lyfter som bidragande faktor till en lyckad förändringsprocess och tycks i enlighet med Kotters teori ha motiverat medarbetarna till att arbeta tillsammans för att klara av omställningen. Denna känsla av benägenhet till att kunna möta patienter är också det som uppfattats vara anledningen till de anställda på PMU arbetade tillsammans i en gemensam riktning vid införandet vilket både Kotter (2007) och Hayes (2014) anser vara viktigt i en förändringsprocess.

På Amningsmottagningen fanns inte samma känsla kring att övergången var nödvändig i den mån att de annars inte hade möjlighet att erbjuda vård utan förändringen var av mer strategisk karaktär. Känslan av benägenhet baserades istället på att starten för projektet med det tillhandahållande företaget var förbestämt samt att ledningen förmedlade vikten av att ligga i framkant i digitala utvecklingen inom sjukvården. På så sätt formulerade ledningen en argumentation för förändringen som bidrog till att medarbetarna arbetade mot en gemensam riktning vilket stämmer överens med Higgs och Rowlands (2011) teori gällande att ett väl underbyggt case för en förändring underlättar förändringsarbetet. Argumentationen och riktningen skiljer sig mot den vision som Kotter (2007) och Hayes (2014) nämner då den syftar på en visionerande bild av det slutgiltiga målet med förändringen vilket i studien inte påvisats på någon av avdelningarna.

Amningsmottagningen hade även chansen att gemensamt besluta ifall de ville testa på de digitala vårdmötena och var därav mer delaktiga i processen, även om alla inte upplevde det som ett helt demokratiskt beslut. Däremot så verkar inte medarbetarna på Amningsmottagningen ha sett denna delaktighet som motiverande och de nämner heller inte ifall de har fått chans att påverka införandet senare, vilket även kan tyda på att det inte heller var något de saknade. Däremot tycks en känsla av deltagande under förändringen bidra till engagemang likt Nadler och Tushman (2004) beskriver då respondenter upplevde minskad motivation till att vara med och påverka förändringen vid brist på respons att inskickade synpunkter mottagits.

Sammanfattningsvis så styrker studien betydelsen av en plan för införandet för att minska desorientering hos medarbetarna samt reducera deras ovisshet kring situationen. Ytterligare påvisas Kotters teori kring att forma en stark vägledande gruppkonstellation ha haft positiv inverkan på övergången på PMU. Däremot bör det tas i beaktning att PMU var en prestigelös arbetsplats där den generella stämningen var att man hjälpte varandra vilket kan vara en bidragande faktor till gruppkonstellationens framgång. Ytterligare tycks avsaknaden av vision i de studerade fallen ha vägts upp av känslan av benägenhet som trots ovisshet kring slutdestinationen fick medarbetarna att jobba tillsammans i en gemensam riktning. Däremot upplevde merparten av respondenterna stor stress inför och under övergången vilket kan ha

orsakats av känslan av benägenhet vilket Venkateswaran (2014) menar på. Utifrån denna studie är det svårt att avgöra ifall en vision hade skapat denna gemensamma riktning med mindre påfrestning då ingen vision förmedlats på någon av avdelningarna. En öppen och välfungerande kommunikation tycks ha skapat en trygghet hos medarbetarna och motiverat till deltagande i förändringsarbetet. De främsta hinder som påvisades gällde tekniken vilket ledningen hade svårt att reducera och tycks ha varit en försvårande omständighet i övergången.

5.3 Motstånd

Från resultatet framkommer det att medarbetarna på de båda mottagningarna till stor del saknade inblick i att en digital omställning skulle ske. Att vara delaktig i ett beslut beskrivs vara viktigt om organisationen inte vill att motstånd ska uppstå (Hayes, 2014). För PMU återfanns motstånd till förändringen framförallt genom kritik mot de tekniska lösningarna, omställningen i sig motiverades genom att digitala vårdmöten var det enda alternativet för mottagningen. Kritiken mot omställningen dämpades i stor uträkning genom en förståelse för problematiken och de restriktioner pandemin förde med sig. Många av de mest kritiska medarbetarna uttryckte hur de inte hade fått information innan omställningen medan de mer positivt inställda ansåg att informationen var tillräcklig. Det kan tyckas att informationen således var för knapphändig för vissa av medarbetarna. Att motståndet skulle minska genom mer information hos PMU blir svårt att veta. Aspekten av Covid-19-pandemin som ett incitament verkar minska motståndet hos flera medarbetare, samtidigt som ett motstånd till de digitala vårdmötena kan blossa upp om arbetet fortsätter på samma vis när pandemin är över.

I många artiklar inom området motstånd hävdas det attvana minskar motstånd till en förändring (Dubovskiy, uå; Senior & Fleming, 2016), i fallet med framtidsutsikterna inom PMU skulle det kunna finnas logik i att tänka sig att motståndet framöver minskar, dock blir det svårt att sia om framtiden när det kommande användandet av digitala vårdmöten inte är fastslaget. Dock är de flesta medarbetarna överens om att digitala vårdmöten troligtvis kommer få en större roll inom organisationen. På Amningsmottagningen pekar flera medarbetare på att omställningen skedde snabbt och utan ett gemensamt beslut om detta. Hos en del fanns det en negativ inställning till arbetssättet som inte underlättades av pandemin. Många i personalen anser att det tagit ett tag att vänja sig vid de digitala vårdmötena, men nu när de har använt de ett tag, är motståndet mindre. Eftersom vana kan tänkas minska motståndet i framtiden.

Till skillnad från PMU inledde Amningsmottagningen omställningen innan pandemin. Många medarbetare hävdar istället att det bara är att gilla läget inom vården. Flera nyanser av motstånd framkommer, men lösningen är enligt medarbetarna att bita ihop. Enligt den presenterade litteraturen så finns det en vikt med att få med alla att delta i förändringsarbetet samt att låta medarbetarna komma till tals. Motstånd är inte enbart negativt för organisationen.

Det kan visa på medarbetare som är måna om arbetsplatsen. Det blir viktigt för personer i ledningsställningar att ta hand om motståndet på ett bra sätt för att göra omställningen bättre. På PMU finns ett öppet klimat där medarbetarna som en ventilfunktion får dela svårigheter med varandra, dock har de svårt att få hjälp av ledningen, då ledningen inte kan göra någonting åt orsakerna till omställningen. De tekniska problemen anses vara möjliga att lösas genom en nära kontakt med supporten. Även på Amningsmottagningen upprätthålls en god kommunikation med support för att lösa tekniska problem dessutom löser de problem genom att testa sig fram och fråga varandra.

Covid-19-pandemin verkar på PMU fungera som ett sätt att styra om kritiska tankar kring den digitala omställningen till ett mer pragmatiskt förhållningsätt. Den bryter i viss mån den inlåsning individen annars kan uppleva. På Amningsmottagningen verkar istället kritiken vara sekundär. Personalen som förvisso upplever positiva effekter av omställningen till digitala vårdmöten har i mångt och mycket varit kritiska till de tekniska aspekterna av omställningen. Någon slags generell inlärd hjälplöshet när det kommer till förändringsarbeten inom vården verkar finnas, som separerar medarbetarna från ledningen. En slags diskrepans mellan medarbetarnas och organisationens värden verkar uppkomma dels genom svårigheten att kunna göra sig hörd, dels genom skillnaden i synen på vårdarbetet.

Omställningen till digitala vårdmöten skedde med ett visst mått av motstånd på de båda avdelningarna. Något som verkade minska motståndet var Covid-19-pandemin, i enlighet med resonemanget i det teoretiska ramverket verkade motståndet öka genom en bristande kommunikation i inledningsstadiet.

5.4 Lärandeprocessen

De individer som menade att de hade ett tidigare teknikintresse eller var med i ett pilotprojekt bemästrade de nya tekniska verktygen bättre än övriga. Resultatet överensstämmer med teorin av Avgar et al. (2018) om att personal som är skicklig och engagerad lättare kan lära sig ett nytt IT-system. Det visade sig också att medarbetarna tagit hjälp av varandra och försökt dela med sig av sina kunskaper vilket även detta korresponderar med det som Avgar et al. (2018) konstaterar kring att lärande främjas när individer arbetar tillsammans.

Från båda avdelningarna lyftes att merparten av utbildningen skedde i samband med implementeringen och en önskan om mer teknisk support därefter framfördes. En mer kontinuerlig utbildning var alltså efterfrågad och skulle kunnat innebära en mer framgångsrik implementering, vilket överensstämmer med det Teunissen (2015) hävdar om att kontinuerligt lärande krävs för att upprätthålla nya handlingsmönster. Teunissen (2015) uppger även att utmärkande för sjukvården är att medarbetarna lär sig genom att faktiskt göra saker i praktiken. När det kommer till lärandeprocessen under avdelningarnas digitala övergång så förklarades dock att den, utöver medar-

betarnas egna initiativ att öva på varandra, till stor del har bestått av manualer som varje individ själv fick läsa. Att tillhandahålla manualer som varje individ uppmunrades ta till sig teoretiskt lär därmed ha avvikit från det mer praktiska lärande som vanligtvis sker inom sjukvården. Medarbetarnas egna övningar på varandra ter sig å andra sidan likt sjukvårdens mer konventionella, praktiska lärande.

Under det pilotprojekt som introducerade den digitala övergången på PMU fick ett par medarbetare vara delaktiga i hur de digitala vårdmötena skulle ske. Likt det Nevalainen (2018) konstaterar i sin artikel kan makt flyttas nedåt i sjukvårdens hierarkiska struktur för att uppmuntra individuellt sökande efter lärande, vilket detta ger ett tydligt exempel på.

En ytterligare central aspekt som lyftes fram av många anställda var tidsbristen som infann sig från lärandeprocessens start fram tills den faktiska övergången därav det kan konstateras att mer tid sannolikt hade underlättat implementering.

5.5 FN:s globala mål relaterade till studiens resultat

Flera av de globala målen som nämndes i teoriavsnittet visar sig vara aktuella inom denna studies område. Från de intervjuade har tankar och åsikter som berör dessa mål framkommit. På de båda mottagningarna menar medarbetarna att digitala vårdmöten underlättar för många patienter, det kan vara svårt att ta sig till mottagningen, rent geografiskt men även på grund av svårigheter att lämna hemmet. Vården blir i enlighet med resonemanget under mål 3, säkerställa hälsa, mer tillgänglig. Dock verkar inte alltid vården fungera lika bra genom de digitala verktygen och det finns en risk att kvaliteten blir lidande. Dessutom har det framkommit att det är svårt för patienter som inte talar svenska eller engelska att få hjälp under samma förutsättningar som när möten skedde i fysisk form. Mål 10, som relaterar till minskad ojämlikhet verkar uppfyllas i mindre grad då flera patientgrupper exkluderas, framför allt individer som har svårt att kommunicera på svenska eller engelska. Patienter som har svårt att resa gynnas å andra sidan.

För personalen verkar det funnits flera fördelar med de digitala mötena. Patientflödet visade sig bli mer förutbestämbar på Amningsmottagningen och flera medarbetare ansåg att det var enklare att strukturera upp arbetet. Omställningen på båda avdelningarna verkar å andra sidan ha varit svår och stressfylld för somliga medarbetare. I motsats till resonemanget kring det 8:e målet, anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt, verkar inte de digitala vårdmötena i sig bidragit till tryggare anställningsförhållanden, i alla fall inte i det inledande skedet. Medarbetarnas risk för att utsättas för sjukdomar minskade och kan sägas ge en viss trygghet dock verkar det primärt som om de digitala vårdmötena gynnade patienterna. Patienters som tidigare nämnt har svårt att komma till avdelningen kan genom de digitala verktygen ändå få tillgång till vården. De digitala vårdmötena gav för- och nackdelar

för medarbetarna, en del upplevde att arbetet blev enklare medan andra ansåg att arbetet blev lidande. Huruvida de anställda kommer uppleva bättre arbetsförhållanden i framtiden är svårt att veta, dock är det få signaler som uppfattat i och med denna studie som tyder på att de digitala vårdmötena enkom bidrar till bättre arbetsförhållanden.

De primära målen som verkar stärkas i och med omställningen till digitala vårdmöten är de som berör den minskade transporten i och med digitala vårdmöten samt enkelheten för medarbetarna att planera arbetsdagen. En del faktorer gör i stället att avstånden till målen ökar, det är bland annat den svårighet flera anställda upplevt när det kommer till hanterandet av övergången som enligt en del tillfrågade påverkat kvaliteten i vårdmötet negativt.

5.6 Sammanfattande diskussion

Nedan följer en sammanfattning med utgångspunkt i ovanstående diskussion.

Förändringen uppges ha skett abrupt på båda mottagningarna och bristen av förberedelse försvårade förändringsprocessen samt var en källa till ökat motstånd och ökade svårigheter i lärandeprocessen. Samarbetet mellan kollegorna på avdelningarna verkar dock ha varit en framgångsfaktor både när det kom till att lära sig systemet och implementationen av förändringen, vilket tycks ha mildrat de annars svåra omständigheterna gällande otillräckliga förberedelser och i Amningsmottagningens fall även brist på stöd vid införandet. Den knapphändiga introduktionen upplevs dock fortfarande som problematisk utifrån alla fyra undersökta perspektiv.

Utöver det tycks möjliggörandet av vårdmöten under en pandemi med rådande besöksrestriktioner haft en positiv inverkan på både motstånds- och lärandeaspekten. Den pressade situationen verkar ha förenklat förändringsarbetet trots den upplevda försämrade vårdkvaliteten gällande försämrade interpersonella kommunikationer och omöjliggörandet av fullständig bedömning via digitala medel.

Den gemensamma nämnaren som tycks haft positiv påverkan på förändringen på PMU utifrån alla fyra aspekter är Covid-19-pandemin. I och med restriktionerna har digitala vårdmöten till att upprätthålla vårdkvaliteten under pandemin i den benämning att vårdmöten inte hade varit möjligt överhuvudtaget annars. Det har följaktligen bidragit till ökat engagemang bland medarbetarna vilket minskat motståndet och skapat motivation till att lära sig. Det har även reducerat behovet av en tydlig vision förmedlad från ledningen då den istället tycks varit uppenbar hos medarbetarna. Dock säger detta inte mycket om situationen kommer se ut när pandemin inte längre är ett faktum. Däremot kan det konstateras att utan pandemin hade bättre förberedelser för införandet av digitala medel på PMU kunnat genomföras vilket kunnat bidra positivt till implementationen genom att öka lärandet och minska motståndet. På Amningsmottagningen startade införandet innan pandemin men blev påskyndat av andra anledningar och därmed har inte pandemin mildrat

det motstånd som uppstått i och med de otillräckliga förberedelserna.

För att tydliggöra skillnaderna mellan den planerade respektive forcerade förändringen utifrån vad som framkommit i rapporten kan det fastställas att utbildningen var mer gedigen och stödet från ledningen mer närvarande i det sistnämnda fallet. Det berodde främst på att även om Amningsmottagningens övergång var planerad så skedde den precis innan sommaren och de få anställda som fanns på plats under semestertiden fick klara sig själva. På PMU där övergången blev forcerad av pandemin kunde de anställda som varit delaktiga i pilotprojektet hjälpa de andra vilket innebar att även om övergången i sig var forcerad så innebar de förberedelser som gjorts i form av pilotprojektet att utbildning och stöd kunde säkerställas i större grad än på Amningsmottagningen.

Utöver ovanstående har även de av FN:s globala mål som presenterades i den inledande teorin analyserats i relation med det som framkommit i denna rapport. I den analysen har det konstaterats att de digitala vårdmötena berör det tredje målet kring att säkerställa hälsa eftersom vården blir mer lättillgänglig. Även det tionde målet gällande minskad ojämlikhet blir relevant i sammanhanget då de digitala vårdmötena kan exkludera vissa patientgrupper, och därmed motverkar en minskad ojämlikhet. Det åttonde målet, anständiga arbetsvillkor, blir dock mindre närvarande i sammanhanget då de digitala vårdmötena snarare gynnar patienter än personal.

6

Slutsats

I denna avslutande del besvaras rapportens inledande frågeformuleringar och därmed även syftesformuleringen. Slutsatsen utgår från övriga delar av rapporten och bygger framförallt på föregående analysdel. Nedan besvaras de två frågeställningarna var för sig följt av ett avslutande stycke gällande de digitala vårdmötenas framtid.

Hur påverkades de anställda av övergången från fysiska till digitala möten med patienter?

Utifrån vad som framgått ur utbildningssynpunkt kan det konstateras att det som medarbetarna upplevt har saknats är en mer kontinuerlig och praktisk utbildning. Genom att tillhandahålla en mer kontinuerlig utbildning hade lärandet lättare kunnat upprätthållas och utvecklas, och med praktiska moment hade medarbetarna fått mer kontroll över de nya digitala verktygen. I slutändan hade det sannolikt resulterat i en mer kunnig personalstyrka som varit tryggare i sin digitala kompetens, och följaktligen mer lyckade digitala vårdmöten.

När det kommer till svårigheter som övergången medfört och det motstånd som medarbetarna uppvisat är det nära kopplat till utbildning. Flera medarbetare har uttryckt ett skepsism och stress över övergången, framförallt de individer som fått mindre utbildning eller upplever sig ha en sämre teknisk förmåga. Somliga medarbetarna verkar ha blivit negativt påverkade initialt och gett uttryck för detta genom en frustration över systemet. Andra medarbetare upplevde övergången som helt naturlig och fann lättnad i den. Motståndet på båda avdelningarna verkar dock ha minskat till följd av Covid-19-pandemin och de följande restriktionerna samt gemenskap i gruppen där normen blivit att riktlinjer som kommer från chefer är till för att följas.

Relaterat till teorierna kring Change Management tycks avsaknaden av plan för genomförandet vara en stor bidragande faktor som försvårat förändringsarbetet på båda avdelningarna. Studiens resultat tyder ytterligare på att den tidigare introducerade pilotgruppen på PMU underlättat förändringsprocessen. Stöd från ledning och kunniga inom övergången påvisas också ha betydelse för förändringsarbetets framgång då Amningsmottagningen som haft begränsad tillgång till stöd från både ledning och Visiba Care upplevs ha stött på fler hinder i sin övergång. En generell känsla av benägenhet inför förändringen på båda mottagningarna upplevs ha reducerat ledningens ansvar kring att skapa en vision och förmedla denna, medarbetarna på PMU har i och med rådande restriktioner själva insett allvaret och motiverats

av detta, medan en argumentation ur strategisk synpunkt skapade denna känsla på Amningsmottagningen. Att förändringen skedde så snabbt tycks vara den gemensamma faktorn som haft stört negativ påverkan på övergången då merparten av medarbetarna upplevde otillräcklig förberedelse.

Gällande övergångens effekt på vårdkvaliteten kan det konstateras att medarbetarnas förutsättningar att leverera en högkvalitativ vård påverkats i varierande mån. Trots att tillgängligheten försämrats för vissa patientgrupper, har den i stort ökat vilket inneburit en positiv utveckling på vårdkvaliteten i detta avseende. Gällande medarbetarnas möjligheter att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling verkar effekterna variera mellan fallen. För vissa patienter uppges bedömningar genom de digitala vårdmötena fungera lika väl som vid fysiska möten, medan möjligheterna i andra fall försämrats. Effekten på möjligheten att bedöma tillstånd och ge bäst lämpad behandling kan därav i stort anses vara av en negativ karaktär.

Vilka är skillnaderna mellan hur medarbetarna upplevt implementeringen på de två avdelningarna?

Överlag är det framförallt likheter mellan avdelningarna snarare än skillnader som har blivit tydliga efter att medarbetarna på de två avdelningarna fått komma till tals. Mycket av det som lyfts fram av medarbetarna på ena avdelningen bekräftas av den andra. En snabb övergång med bristfällig utbildning, en önskan om fysiska möten som komplement och en frustration kring att inte kunna ge bästa möjliga vård beskriver båda avdelningarnas medarbetares inställning till implementeringen av digitala vårdmöten.

Det finns dock vissa skillnader som identifierats efter att intervjuerna analyserats komparativt. Båda övergångarna skedde väldigt abrupt men trots att PMU blev påtvingade en övergång i samband med Covid-19 så verkar de ha varit bättre förberedda genom den pilotgrupp som introducerats till systemet några månader tidigare. Även fast Amningsmottagningens beslut att införa digitala lösningar var av mer strategisk karaktär så upplevdes det abrupt eftersom det var ett projekt de hoppade på med kort varsel. Timingen för införandet verkar också ha haft stor påverkan på hur själva övergången gick i och med de tekniska hinder som inte kunde lösas på grund av semestertider när Amningsmottagningen påbörjade sina digitala vårdmöten. PMU hade liknande tekniska problem men hade enklare att få kontakt med Visiba Care.

Trots alla svårigheter så verkar båda avdelningarna främst drivits av att de såg nödvändigheten med övergången och därmed tagit sig an de nya systemen trots svårigheterna och nackdelarna som påvisats.

De digitala vårdmötenas framtid

Från i princip samtliga medarbetare uttrycktes en ambition om att använda digitala vårdmöten som ett komplement till digitala vårdmöten i framtiden. Att kunna

erbjuda fysiska möten när det krävs konstaterades dock vara nödvändigt för att kunna tillhandahålla vård av tillräckligt hög kvalitet.

Referenslista

- [1] Abrahamsson, C., & Fastén, E. (2020). *Primärvården under förändring - Upplevelsen av ett digitaliserat arbetssätt* (Examensarbete). Östersund: Avdelningen för kvalitets- och maskinteknik, Mittuniversitetet. Hämtad från: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1477135/FULLTEXT01.pdf>
- [2] Accenture. (2020). *How can leaders make recent digital health gains last? Re-Examining the Accenture 2020 Digital Health Consumer Survey US Findings*. https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-130/Accenture-2020-Digital-Health-Consumer-Survey-US.pdf#zoom=40
- [3] Adams, W.C. (2015). *Conducting semistructured interviews*. In: Newcomer, K.E., Hatry, H.P., Swoley, J.S. *Handbook of practical program evaluation, 4th edition, 492-505*. <https://doi.org/10.1002/9781119171386>
- [4] Ancona, D.M., Thomas, W., Orlikowski, W.J. & Senge, P.M. (2007) In praise of the incomplete leader, *Harvard Business Review*, 85(2): 92–100.
- [5] Andersen, S. (2019). eHealth Systems' User Experiences from Healthcare Workers. *Research in Social Sciences and Technology* , 51-72.
- [6] André, B., & Sjøvold, E. (2017). What characterizes the work culture at a hospital unit that successfully implements change- A correlation study. *BMC Health Services Research*. https://www.researchgate.net/publication/318508605_What_characterizes_the_work_culture_at_a_hospital_unit_that_successfully_implements_change_-_A_correlation_study
- [7] Avgar, A., Tambe, P., & Hitt, L. (2018). Built to Learn: How Work Practices Affect Employee Learning During Healthcare Information Technology Implementation. *MIS Quarterly*, 42(2), 645-659. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2018/13668>
- [8] Bergman, B. & Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning..* Lund: Studentlitteratur
- [9] Brall, C., Schröder-Bäck, P., & Maeckelberghe, E. (2019). Ethical aspects of digital health from a justice point of view. *European Journal of Public Health*,

18-22.

- [10] Calton, B., Abedini, N., & Fratkin, M. (2020). Telemedicine in the Time of Coronavirus. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(1), 12-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019>
- [11] Campbell, S. M., Roland, M., & Buetow, S. (2001). Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-25. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- [12] Carlström, E. (2013). *Förändringsarbete i hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- [13] Chen, E. (2017). Considerations of Telemedicine in the Delivery of Modern Healthcare. *American Journal of Management* 17(3), 20-28. Tillgänglig på: www.na-businesspress.com/AJM/ChenET_17_3_.pdf
- [14] Cook, S., & Yanow, D. (1993). Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 373-390. <https://doi.org/10.1177/105649269324010>
- [15] Craig, J. & Patterson, V. (2005). Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(1), 3-9. https://www.researchgate.net/publication/7908096_Introduction_to_the_practice_of_telemedicine
- [16] Dorsey, E. R. & Topol, E. J. (2020). Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet*, 395(10227), 859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4)
- [17] Dubois, A. & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal of business research*, 55(9), 553-560. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- [18] Dudovskiy, J. (u.å.). Implications of Individual Resistance to Change. *Business Research Methodology*. <https://research-methodology.net/implications-of-individual-resistance-to-change/>
- [19] Duncan, R., & Weiss, A. (1979). Organizational learning: Implications for organizational design. In Edited by: B. M. Staw (Ed.), *Research in organizational behavior* (Vol. 1, pp. 75–123). Greenwich, CT: JAI.
- [20] Ehälsomyndigheten. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2020/02/vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf>
- [21] Ehälsomyndigheten. (2016). *Vision for ehealth 2025*. <https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/vision/vision->

for-ehealth-2025.pdf

- [22] Ekholm, A., Nilsson, F., Riggare, S., Markovic, D., Wetter, E., Wahlgren, J., Olsson, J., Krohwinkel, A., Winberg, H., Rognes, J., Ahrnell, B., Jebari, K., Sundström, P., Lindencrona, F., Bokström, T. & Wieselgren, I. (2016). *Bortom IT: om hälsa i en digital tid (2:a upplagan)*. Institutet för framtidsstudier. https://www.iffs.se/media/22074/bortom-it_low.pdf
- [23] Eriksson, L.T. & Weiderheim-Paul, F. (2008). *Rapportboken – hur man skriver uppsatser, artiklar och examensarbeten*. Malmö: Liber AB
- [24] Finansdepartementet. (2018) *Handlingsplan Agenda 2030: Fi 2018:3*. <https://www.regeringen.se/49e20a/contentassets/60a67ba0ec8a4f27b04cc4098fa6f9fa/handlingsplan-agenda-2030.pdf>
- [25] Ford, J., & Ford, L. (2009). Decoding Resistance to Change. *Harvard Business Review*, 99-104. <https://hbr.org/2009/04/decoding-resistance-to-change>
- [26] Förenta Nationerna. Res. 71/313, 71:a Generalförsamlingen, *Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development*.(2017) (antagen).www.undocs.org/en/A/RES/71/313
- [27] Gilley, A., McMillan, H.S. & Gilley, J.W. (2009) Organizational change and the characteristics of leadership effectiveness, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 16(1): 38–47.
- [28] Haggerty, E. (2017). Healthcare and digital transformation. *Network Security*, 2017(8), 7-11. [https://doi.org/10.1016/S1353-4858\(17\)30081-8](https://doi.org/10.1016/S1353-4858(17)30081-8)
- [29] Hayes, J. (2014). *The theory and practice of Change Management*.(4. uppl.). Palgrave Macmillan.
- [30] Higgs, M., & Rowland, D. (2011) What does it take to implement change successfully? A study of behaviours of successful change leaders, *Journal of Applied Behavioural Science*, 47(3): 309–35.
- [31] Jones G.L., Peter, Z., Rutter, K. & Somauroo, A. (2019). *Promoting an overdue digital transformation in healthcare*. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/Promoting%20an%20overdue%20digital%20transformation%20in%20healthcare/Promoting-an-overdue-digital-transformation-in-healthcare.aspx>
- [32] Kanter, R. M. (2012). Ten Reasons People Resist Change. *Harvard Business Review*.

-
- [33] Koponen, A., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017). Quality of primary health care and autonomous motivation for effective diabetes self-management among patients with type 2 diabetes. *Health Psychol Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2055102917707181>
- [34] Kotter, J.P. (2007). Leading Change. Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2007/01/leading-change-why-transformation-efforts-fail>
- [35] Landaeta, R. E., & Rabadi, G. (2008). Identifying sources of resistance to change in healthcare. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 74-96.
- [36] Leiner, B.M., Cerf, V.G., Clark, D.D., Kahn, R.E., Kleinrock, L., Lynch, D.C., Postel, J., Roberts, L.G. & Wolff, S. (2009). A brief history of the internet. *ACM SIGCOMM Computer Communication Review*, 39(5). <https://doi.org/10.1145/1629607.1629613>
- [37] Mather, C., Cummings, E., & Gale, F. (2018). Mobile Learning in Nursing: Tales from the Profession. *Studies in health technology and informatics*, 112-117. https://www.researchgate.net/publication/326607688_Mobile_Learning_in_Nursing_Tales_from_the_Profession
- [38] Meskó, B., Drobni, Z., Bényei, É., Gergely, B. & Györffy, Z. (2017). Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth*, 3(9). 10.21037/mhealth.2017.08.07
- [39] Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-19. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- [40] Mosseveld, C., Hernández-Peña, P., Arán, D., Cherilova, V., & Mataria, A. (2016). How to ensure quality of health accounts. *Health Policy*, 120(5), 544-551. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.009>
- [41] Nadler, D., & Tushman, M. (2004). Implementing new designs: Managing organizational change. *Managing strategic innovation and change: a collection of readings*. 552-562
- [42] Nevalainen, T., Lunkka, N. & Suhonen, M. (2018). Work-based learning in health care organisations experienced by nursing staff: A systematic review of qualitative studies. *Nurse Education in Practice*, 29, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.004>

- [43] Oreg, S., Vakola, M. & Armenakis, A. (2011) Change recipients' reactions to organizational change: A 60-year review of quantitative studies, *Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4): 461–524.
- [44] Post- och telestyrelsen. (2021). *Digital omställning till följd av covid-19 (PTS-ER-2021:1)*. <https://pts.se/globalassets/startpage/dokument/icke-legala-dokument/rapporter/2021/uppdrag-digital-omstallning-till-foljd-av-covid/digital-omstallning-till-foljd-av-covid.pdf>
- [45] Region Stockholm. (2019). *Sjukvårdskostnader och läkemedelskonsumtion hos kvinnor och män i Region Stockholm VKN 2019-0210*. Hämtad från <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/vardenskunnstapsstyrningsnamnd/2019/2019-12-17/4—sjukvardskostnader-och-lakemedelskonsumtion-hos-kvinnor-och-man-i-region-stockholm.pdf>
- [46] Ricci-Cabello, I. R., Stevens, S., Dalton, A., Griffiths, R., Campbell, J., & Valderas, J. (2018). Identifying Primary Care Pathways from Quality of Care Outcomes and Satisfaction Using Structural Equation Modeling. *Health Serv Res*, 53(1), 430-449. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12666>
- [47] Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2020). Införande av Digitala vårdmöten inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Mölndal: Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- [48] Saiyed S., Nguyen A., & Singh R. (2021). Physician Perspective and Key Satisfaction Indicators with Rapid Telehealth Adoption During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0492>
- [49] Samhan, B., & Joshi, K. D. (2015). Resistance of Healthcare Information Technologies; Literature Review, Analysis, and Gaps. *Business Computer Science*.
- [50] Senior, B., & Fleming, J. (2006). Organizational Change. *London: Prentice Hall*.
- [51] Sharma A., Harrington R. A., McClellan M. B., Turakhia M. P., Eapen Z. J., Steinhubl S., Mault J. R., Majmudar M. D., Roessig L., Chandross K. J., Green E. M., Patel B., Hamer A., Olgin J., Rumsfeld J. S., Roe M. T., & Peterson E. D. (2018). Using Digital Health Technology to Better Generate Evidence and Deliver Evidence-Based Care. *Jacc Focus Seminar: Future Technology of Cardiovascular Care*, 71(23), 2680-2690. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.523>
- [52] Spil, T., Schuring, R., Michel-Verkerke, M. B., & Bangert, D. (2005). Do healthcare professionals use IT? *Electronics letters*, 127-152. Hämtat från https://www.researchgate.net/publication/254858640_Do_healthcare_pro

fessionals_use_IT

- [53] Sveriges Kommuner och Regioner. (2020, 8 Maj). *Snabb ökning av digitala vårdtjänster*. <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/snabbokningavdigitalavardtjanster.33078.html>
- [54] Teunissen, P. W. (2015). Experience, trajectories, and reifications: An emerging framework of practice-based learning in healthcare workplaces. *Advances in Health Sciences Education*, 20(4), 843-856.
- [55] Venkateswaran, D. (2014). A critique of Kotter's 8 step model for leading change - Part 1. <https://dineshvenk.wordpress.com/2014/05/19/kotter-critique-part-1/>
- [56] Villines, Z. (2020, April 20). *Telemedicine benefits: For patients and professionals*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits>
- [57] Waddell, D., & Sohal, A. K. (1998). Resistance: a constructive tool for change management. *Management Decision*, 543-548.
- [58] Wallace, J. (1995) Organizational and professional commitment in professional and non-professional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 228-225. <https://doi.org/10.2307/2393637>
- [59] Weick, K. E. & Ashford, S. (2011). *Learning in Organizations*. In: The New Handbook of Organizational Communication. Sage Publications, inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412986243>
- [60] World Health Organisation. (2016). Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=MnOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP4&dq=diffusion+ehealth&ots=agQ0J2iBui&sig=1uvfGzX_-a2duHRa-mBHalRNj1o&redir_esc=y#v=onepage&q=diffusion%20ehealth&f=false
- [61] Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods, Fourth edition, 3-21*. Sage Publications, inc.
- [62] Åker, A. (2019). *Digital vård här för att stanna - men vad är det?* . <https://www.doktorn.com/artikel/digital-vard-har-for-att-stanna-men-vad-ar-det/>

Källförteckning bilder

- [1] Trollbäck och The New Division, (2016). Sustainable-Development-Goals_icons-03-1 [Logotyp]. Globala målen. https://www.globalamalen.se/wp-content/uploads/2016/05/Sustainable-Development-Goals_icons-03-1.jpg
- [2] Trollbäck och The New Division, (2016). Sustainable-Development-Goals_icons-05-1 [Logotyp]. Globala målen. https://www.globalamalen.se/wp-content/uploads/2016/05/Sustainable-Development-Goals_icons-05-1.jpg
- [3] Trollbäck och The New Division, (2016). Sustainable-Development-Goals_icons-08-1 [Logotyp]. Globala målen. https://www.globalamalen.se/wp-content/uploads/2016/05/Sustainable-Development-Goals_icons-08-1.jpg
- [4] Trollbäck och The New Division, (2016). Sustainable-Development-Goals_icons-10-1 [Logotyp]. Globala målen. https://www.globalamalen.se/wp-content/uploads/2016/05/Sustainable-Development-Goals_icons-10-1.jpg
- [5] Trollbäck och The New Division, (2016) Sustainable-Development-Goals_icons-11-1 [Logotyp]. Globala målen. https://www.globalamalen.se/wp-content/uploads/2016/05/Sustainable-Development-Goals_icons-11-1.jpg

INSTITUTIONEN FÖR TENIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2021
www.chalmers.se



CHALMERS