



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Bara fysisk distans?

– En kvalitativ intervjustudie om hälso- och sjukvårdskuratorers upplevelser av stödsamtal över videolänk under Covid-19 pandemin

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Termin/år: HT2020

Författare: Emelie Fasth & Astrid Rundberg

Handledare: Daniel Ståhl

Antal ord: 19 824

Abstract

Heading: Bara fysisk distans?

Authors: Emelie Fasth and Astrid Rundberg

The purpose of this study was to describe the experience of health social workers who have worked with telehealth counselling during the Covid-19-pendemic.

A qualitative study was undertaken and seven interviews were implemented. Our empirical data was analysed and compared with previous research and theories. The qualitative research interviews illustrated how the respondents experience telehealth during Covid-19. The brief time that telehealth had been a method of counselling has made an impression on the health social workers. They discussed how implementing video calls as a counselling approach have had consequences such as a better alternative for those who live far away from the hospital, or the access to a health social worker from the patients home, in case they cannot leave or as possibility to stay in their home, their safe space. A few of the health social workers also discussed how there is a phenomenon where there is a lack of emotional attachment to the patient. There was something, that cannot be explained, which affected the health social worker and patient relationship while counselling through telehealth.

Further our study acknowledges the risks that can occur during a video call where intimate details or taboo subjects are discussed. One component such as the health social worker cannot be assured that the conversation is between only her/him and the patient. Another component that was discussed is when the patient or children are experiencing violence in their home.

Keywords: Covid-19, health social workers, telehealth, professional-patient relationship

Innehållsförteckning

Förord.....	4
1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Avgränsningar	6
1.4 Definitioner	6
1.5 Studiens relevans för socialt arbete och samhällsrelevans	7
2. Bakgrund.....	9
2.1 Kuratorsyrket	9
2.2 Covid-19	10
2.3 Hälso- och sjukvårdskuratorns arbetsfält.....	11
3. Kunskapsläge	13
3.1 Kunskapsläge före Covid-19.....	13
3.2 Kunskapsläge under Covid-19.....	17
4. Teoretiska utgångspunkter	19
4.1 Behandlingsrelationen.....	19
4.2 Icke-verbale kommunikation	20
4.3 Antiförtryckande förhållningssätt	22
5. Metod	23
5.1 Metodologisk utgångspunkt.....	23
5.2 Metodval	24
5.2.2 Litteratursökning.....	24
5.3 Urvalsprocess	25
5.4 Genomförandet av intervjuer	26
5.5 Bearbetning av intervjuer.....	29
5.6 Analysmetod	29
5.7 Etiska överväganden	30
5.8 Reflektion kring studiens genomförande och tillförlitlighet.....	32
5.9 Arbetsfördelning	34
6. Resultat och analys	35

6.1 Distans.....	35
6.1.1 Fysisk distans	35
6.1.2 Emotionell distans.....	37
6.2 Kommunikation	42
6.3 Störande moment	45
6.3.1 Tekniska svårigheter	45
6.3.2 Störande moment i omgivningen.....	47
6.4 Makt	50
7. Diskussion.....	53
7.1 Upplevelsen av stödsamtal via videolänk	53
7.2 Konsekvenserna av samtal via videolänk	54
7.3 Vidare forskning	56
Referenser	57
Bilaga 1	62
Bilaga 2	63

Förord

Vi vill börja med att tacka alla de personer som deltagit i våra intervjuer, och som delat med sig av sina erfarenheter och tankar till oss. Utan Er hade denna studie inte gått att genomföra. Vi vill även tacka vår handledare Daniel Ståhl, som har väglett oss genom denna process. Du har bidragit med mycket kunskap och kloka ord på vägen, samt hjälpt oss tro på oss själva och att vi kan slutföra denna kandidatuppsats.

Slutligen vill vi även passa på att tacka varandra för ett gott samarbete.

Tack!

Göteborg, november 2020

Emelie Fasth & Astrid Rundberg

1. Inledning

Avsnittet syftar till att ge en inledande förståelse kring studiens ämne. Avsnittet börjar med en problemformulering där studiens vetenskapliga problem framställs och förklaras.

Problemformuleringen mynnar ut i studiens syfte och frågeställningar, som följs av studiens genomförda avgränsningar, definitioner och till sist relevans för socialt arbete.

1.1 Problemformulering

Under våren 2020 drabbades världen av en pandemi, Covid-19. En pandemi är oftast en infektionssjukdom, som sprids över flera världsdelar (Nationalencyklopedin, u.å.). Detta ledde till en rad restriktioner från Folkhälsomyndigheten (2020), bland annat att minska sociala kontakter samt hålla social distans. I sin tur medförde detta att många fick göra förändringar i sin vardag. Inte minst drabbas människobehandlande yrken, exempelvis de sacionomer som arbetar som kuratorer inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdskuratorn anses vara en länk mellan vården och andra samhällsaktörer, samt är den enda yrkesgruppen med psykosocial kompetens i sin kontext (Akademikerförbundet SSR, 2020).

Enligt en beräkning av Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] (2020), har utbudet av digitala tjänster inom vården tiodubblats sedan mars månad. Detta har skett till följd av Covid-19 pandemin, och utvecklingen av digitala vårdtjänster har varit nödvändig för att vården ska kunna anpassas efter de beteendeförändringar hos samhällets individer som pandemin lett till. Enligt Wihlborg (2020) har den psykiska ohälsan ökat i samhället till följd av distanseringen och isoleringen pandemin framtvingat. Främst har den psykiska ohälsan ökat hos de grupper som drabbas främst av isoleringen, exempelvis skolungdomar som haft distansundervisning, men kanske främst äldre och sjuka personer som befinner sig i riskgruppen. Vidare menar Wihlborg (ibid) att många äldre tackar nej till exempelvis hemtjänst, då de är rädda för smittspridningen. Att därför erbjuda människor i riskgrupp ett alternativt sätt att få vård menar SKR (2020) är nödvändigt, och man ser att dessa människor nyttjar de digitala vårdtjänsterna. Vårdens digitalisering är en viktig del av omställningen till tillgänglig vård.

Covid-19 har förändrat tillvägagångssättet för många hälso- och sjukvårdskuratorer, då deras arbete i stor utsträckning handlar om att erbjuda stödsamtal till patienten och hens närstående (Lalos et. al., 2014: 79). Innan Covid-19 kunde dessa möten ske på kuratorns mottagning,

men efter restriktioner från myndigheter och sjukhus begränsades denna möjlighet för många. Detta har resulterat i att nya arbetssätt har fått träda fram för att stödsamtal fortsatt ska kunna erbjudas, även när fysiska möten inte är möjliga. Stödsamtal via telefon har länge varit ett komplement till fysiska möten, men nu har hälso- och sjukvårdskuratorer även kunnat erbjuda stödsamtal via videolänk, där patient och kurator både kan se och höra varandra men på distans. Detta som en ny arbetsform men aktuell i sin era. Implementeringen av videolänk som nytt arbetssätt har skett under en kort tidsperiod, men har också blivit ett snabbt växande arbetssätt som alltid ska kunna erbjudas. Vi vill därför undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorn i sin yrkesroll har upplevt denna förändring i takt med Covid-19 pandemin.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syfte:

Syftet är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer på ett sjukhus i Sverige upplever stödsamtal via videolänk under Covid-19-pandemin. Detta i relation till det tidigare etablerade arbetssättet fysiska besök.

Frågeställningar:

Hur upplever kuratorerna stödsamtal över videolänk?

Vad menar kuratorerna blir konsekvenserna av att ha samtal över videolänk?

1.3 Avgränsningar

Socionomyrket är ett brett yrke där man kan arbeta inom en mängd olika fält, institutioner och myndigheter. Vi har därför valt att avgränsa oss till en specifik yrkesgrupp inom socionomyrket, och valet hamnade på hälso- och sjukvårdskuratorer. Detta eftersom denna yrkesgrupp väckt störst intresse hos oss, kanske främst då vi båda gjort vår verksamhetsförlagda utbildning som kurator under vårterminen 2020. Vi är medvetna om att arbetet med patienter och klienter via videolänk är någonting som implementerats i de flesta verksamheter till följd av Covid-19-pandemin, men har sett till studiens omfång avgränsat oss till en specifik yrkesgrupp.

1.4 Definitioner

I problemformuleringen nämns människobehandlande yrken. Detta syftar till Johanssons et. al. (2016: 28) definition av människobehandlande organisationer. Människobehandlande organisationer definieras som de organisationer som finns inom välfärdssektorn, främst vård, skola och omsorg. Det beskrivs att dessa organisationers huvuduppdrag är att skydda,

bibehålla eller förbättra människors personliga välbefinnande. Detta görs genom att definiera, förändra eller bibehålla människors egenskaper. Exempel på sådana verksamheter är försörjningsstöd, äldreomsorg, sjukhus eller socialt behandlingsarbete. Vidare beskriver Dellgran (2016: 167) att de människobehandlande organisationerna vilar på en teoretisk och specialiserad kunskap för att kunna hantera olika typer av problem och behov. Denna kunskap finns hos välutbildade yrkesutövare inom den specifika organisationen, så kallade människobehandlande professioner. Människobehandlande yrken i denna studie syftar alltså på just detta, yrken där professionella arbetar för att tillgodose människors välbefinnande och egenskaper. Exempelvis då sjukvården, där hälso- och sjukvårdskuratorer är ett människobehandlande yrke.

En kurator kan arbeta i flera olika verksamheter, men främst inom skolan och hälso- och sjukvården. I denna studie kommer benämningen kurator syfta på just de kuratorer som arbetar inom hälso- och sjukvården, det vill säga hälso- och sjukvårdskuratorer. En kurator inom hälso- och sjukvården arbetar i enlighet med hälso- och sjukvårdens preventiva, behandlande, rehabiliterande och palliativa ansvar (Lalos & Olsson, 2014: 71).

Kuratorsarbetet här bedrivs både direkt och indirekt, där det direkta handlar om arbetet med enskilda eller grupper av patienter, och det indirekta arbetet snarare syftar till konsultationer med annan personal inom vården. En mer djupgående definition av hälso- och sjukvårdskuratorn följer i bakgrundsavsnittet.

1.5 Studiens relevans för socialt arbete och samhällsrelevans

Studiens relevans för socialt arbete kan ses ur ett utvecklingssyfte, genom att bidra till en ökad förståelse för en specifik yrkesgrupp och deras initiala upplevelser kring arbetssättet. Det kan också antas vara något som kan ses som överförbart för andra socionomyrken, exempelvis inom socialtjänsten. Då Covid-19 är ett nytt virus finns det en begränsad mängd forskning som påvisar följderna av detta, inte minst ur en kurators perspektiv. Detta blir på så sätt något relevant och bidragande till forskning, samt förhoppningsvis andra instanser som kan ta till sig upplevelserna hos de kuratorer som deltagit i studien.

Dagens samhälle kan idag kallas för ett digitalt samhälle, där vårt sätt att kommunicera med varandra förändrats till följd av den tekniska utvecklingen som skett under de senaste 40 åren (Birkler & Dahl, 2014: 11). Vi spenderar mycket tid vid våra datorer och telefoner, där handskrivna brev bytts ut till mejl, vi hanterar våra bankärenden via olika nätbanker och får push-notiser om dagens mest aktuella nyheter direkt i telefonen. När samhället förändras,

förändras även dess invånare. Det är därför viktigt att de myndigheter och institutioner som har hand om samhällets invånare också följer utvecklingen, och anpassar sig till invånarnas nya behov. Ett exempel på en sådan förändring som skett inom hälso- och sjukvården är övergången från pappersjournaler till de digitala journalsystemen som idag används av alla professioner inom vården (ibid: 23).

Till följd av Covid-19-pandemin som härjat över större delar av världen under år 2020, har samhället ställts inför ytterligare en förändring. Invånarna i Sverige, och andra länder där en "lockdown" inte trätt in, har uppmanats att vistas så lite som möjligt i stora sammanhang, bland annat vad gäller att åka kollektivtrafik och vistas på arbetsplatser. Utöver detta har sjuka samt äldre människor varit extra utsatta för det nya viruset, och många har upplevt en rädsla för viruset och till följd av detta inte velat lämna sina hem. Genom hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30, 3 kap., 1§) och socialtjänstlagen [SoL] (SFS 2001:453, 1 kap., 1§) går det att utläsa att alla samhällets invånare ska erbjudas vård på lika villkor, samt att de insatser socialtjänsten har att erbjuda ska främja invånarnas aktiva deltagande i samhället. Denna förändring i kombination med digitaliseringen har möjliggjort, och kanske även krävt, alternativa arbetssätt för att vård ska kunna erbjudas till alla i samhället. Denna studies relevans för socialt arbete blir således att visa att patient-/klientkontakt inte nödvändigtvis behöver ske fysiskt, utan kan även, tack vare den tekniska utvecklingen, ske på distans. Att kunna erbjuda individer en vård som är anpassad efter deras personliga behov, bidrar till att fler kan ta del av vården, vilket gynnar såväl individer som samhället och dess verksamheter och myndigheter.

2. Bakgrund

Detta avsnitt berör olika delar som rör vårt forskningsområde. Första delen kommer att beskriva kuratorsyrket inom sjukvården, medan den andra delen handlar om Covid-19-viruset som bidragit till ökat användande av att stödsamtal hålls via videolänk. Den tredje och sista delen kommer att handla om stödsamtal som metod.

2.1 Kuratorsyrket

Socialt arbete inom sjukvården har i Sverige, såsom i många andra länder, vuxit fram genom läkarnas syn på patienternas behov. Från början har kuratorns roll inom hälso- och sjukvården handlat om att se efter patientens sociala och ekonomiska situation, och skydda deras rättigheter under sjukhusvistelsen (Blom et. al., 2014: 24f). Detta var inom psykiatrin på 1910-talet. Den första kuratorn inom den somatiska vården tillkom först på 1920-talet. Syftet med att anställa kuratorerna här var att effektivisera sjukvården, samt att kuratorn skulle hålla kontakt med patientens yttre instanser, privata som offentliga. Detta för att göra utskrivningen lättare samt att hålla koll på patientens eftervård. År 1944 bildades Svensk Kuratorsförening som belyste vikten av kuratorsyrket och betydelsen av att vara påläst samt ha rätt kompetens för att kunna utföra arbetet. I takt med välfärdens och samhällets utveckling, har kuratorsyrket vidgats både i storlek och som profession (Blom et al. 2014: 24f; Lundin et al. 2019: 19f).

Inom ramarna för HSL (SFS 2017:30) ska sjukvården vara lättillgänglig för alla samt tillgodose patientens behov. Detta rymmer både individens somatiska och sociala behov. Inom hälso- och sjukvården är kuratorn ensam med sin kompetens, och genom denna kan kuratorn tillgodose patientens behov genom sina arbetsätt (Blom et. al., 2014: 18ff). Kuratorns kompetens inrymmer en helhetssyn av patienten, inte bara det medicinska utan även det sociala, psykiska, fysiska och de existentiella faktorerna (Lundin et. al., 2019: 52). Att ta hänsyn till alla dessa faktorer hjälper till att få en helhetsbild av patientens mående och behov.

Utöver sin helhetssyn av patienten kan en kurator även arbeta på olika nivåer inom sin yrkesprofession. Det delas upp i individ, grupp samt samhällsnivå. På individnivån kan kuratorsrollen syfta till att tillhandahålla patienten information, rådgivning eller hänvisa till rätt instans. Det kan även vara sociala åtgärder och stöd i det psykosociala för att uppnå en förändring hos patienten (Lundin et. al., 2019: 53; Gåfvels, 2014: 51ff). Gruppnivån

innehåller samma arbetsmetoder som på individnivå, men man arbetar med patienter i grupp snarare än enskilt. Denna nivå kan även syfta på att utbilda eller konsultera andra yrkesgrupper inom och utanför hälso-och sjukvården (Lundin et. al., 2019: 54). Ett exempel på detta är att arbeta inom tvärprofessionella team, alltså team där olika professioner arbetar tillsammans med patienter med komplexa behov, där alla samverkar för att vården ska bli så bra som möjligt för patienten (Socialstyrelsen, 2011). När en kurator arbetar på samhällsnivå fokuserar kuratorn på de brister hen ser inom sin organisation för att sedan kunna rapportera detta till rätt instans och på så sätt påverka organisationen och samhället till en förändring.

2.2 Covid-19

Under sen höst år 2019 utbröt SARS-CoV-2 i Kina (Folkhälsomyndigheten, 2020). Detta är en ny variant av det coronavirus som tidigare främst funnits hos djur. Det finns sju olika typer av coronavirus som kan smitta människor, och SARS-CoV-2 är alltså det senaste som upptäcktes. I början av 2020 började viruset spridas över världen, och idag finns viruset i så gott som alla länder, med över 37 miljoner insjuknade (World Health Organization, WHO, 2020). Det officiella namnet för det nya coronaviruset är Covid-19, som står för coronavirus disease 2019.

Viruset ger främst vanliga influensasymptom, så som hosta, feber och snuva. Allvarliga fall av sjukdomen kan leda till svårigheter att andas och lunginflammation. Viruset överförs i första hand mellan människor genom droppsmitta. Droppsmitta innebär att smittan överförs till slemhinna i mun, näsa eller ögon från droppar som sprids i luften när en smittad person nyser eller hostar (Folkhälsomyndigheten, 2020). För att förhindra smittspridning har Folkhälsomyndigheten (ibid) kommit med råd samt infört vissa restriktioner. Exempelvis rekommenderas det att man tvättar händerna ofta med tvål och varmt vatten, undviker att röra vid ansiktet, hålla noga avstånd till andra människor i offentliga miljöer samt stanna hemma när man är sjuk. Restriktionerna har under 2020 skiftat till följd av detta och kan exemplifieras med att större sammankomster på över 50 personer har förbjudits, resor till och från landet har reglerats samt man avråds från att träffa personer i riskgrupp.

Internationellt uppskattar man att dödligheten hos de som smittas av Covid-19 ligger någonstans mellan 0,5-1 procent (Folkhälsomyndigheten, 2020). Det finns samband mellan den allvarliga varianten av Covid-19 och hög ålder samt andra underliggande sjukdomar. Dessa människor hamnar i den så kallade riskgruppen, då de är extra känsliga för viruset. Detta har i sin tur lett till att isoleringen hos äldre och sjuka människor har ökat. Enligt

Giddens & Sutton (2016: 294) leder ökad isolering till hälsoproblem. Whilborg (2020) beskriver också att främst den psykiska ohälsan ökat, främst hos riskgrupperna, till följd av distanseringen och isoleringen som Covid-19 medfört.

Människor i riskgrupp rekommenderas vara extra försiktiga gällande Covid-19. Detta har lett till ökad rädsla för viruset hos dessa människor (Whilborg, 2020). Denna rädsla leder till att dessa människor mår allt sämre på grund av isoleringen, men att de kanske inte heller vågar söka den hjälp de behöver. Ett sätt att lösa detta på, för att skydda både vårdpersonal och personerna i riskgrupp, har varit att öka användandet av alternativa arbetssätt (SKR, 2020). Till följd av Covid-19 har användandet av digitala arbetssätt inom vården nästintill tiodubblats. För hälso- och sjukvårdskuratorerna har detta inneburit att de i större utsträckning har arbetat med stödsamtal över videolänk, på plattformar som exempelvis Zoom eller Mitt vårdmöte. Detta är inte ett helt nytt arbetssätt, utan detta har använts i viss utsträckning tidigare. Covid-19 har dock drivit fram en väldigt snabb adaptation till en digital verklighet. När man inte kunnat mötas på traditionellt sätt, ansikte mot ansikte, har både utnyttjandet och förståelsen för och behovet av digitalisering ökat (Bodinger Larsson, 2020).

2.3 Hälso- och sjukvårdskuratorns arbetsfält

Stödsamtal är en av de viktigaste arbetsmetoderna inom kuratorsyrket (Forinder & Olsson, 2014: 37). Socialstyrelsen (2005) definierar stödjande samtal som ett samtal utan terapeutisk behandling, men som syftar till att minska individens problem eller svårigheter. Det stödjande samtalet bygger på en helhetsbild där kuratorn arbetar psykosocialt utifrån hela patienten livssituation (Lundin et. al., 2019: 55ff). Detta kan innefatta att kuratorn hjälper patienten att bearbeta känslor och tankar kring varaktiga eller plötsliga svårigheter som kommer med eller till följd av sjukdomen (Gåfvells, 2014: 54). För att en kurator ska kunna uppfatta och kartlägga patientens situation och svårigheter är interaktionen mellan kuratorn och patienten viktig under de stödjande samtalen. Detta kan kuratorn göra genom att lyssna aktivt på vad patienten säger, samt visa det aktiva lyssnandet med hjälp av sitt kroppsspråk (Eide & Eide 2006: 21ff & Rautalinko, 2013: 20ff). Det är även viktigt att kuratorn kan uppfatta om det finns något underliggande i samtalet som kan vara nödvändigt för att förstå patientens situation (Ek et. al., 2015: 214). Genom att delta aktivt i samtalet skapas en ömsesidig respekt, samtidigt som patienten får en känsla av att kuratorn utifrån sin kunskap och erfarenhet kan vara till hjälp (Lundin et. al., 2019: 106). Genom ett sådant tillvägagångssätt skapas en relation mellan patient och professionell.

Ett stödsamtal kan också handla om att patienten vill bli tagen på allvar, och behöver få tala om sina svårigheter med en utomstående som normaliserar och bejakar känslan utan att bagatellisera den (Ek et. al., 2015: 209). Lennéer Axelsson (2010: 209) beskriver också vikten av att som professionell vara den trygga basen, som patienten i fråga kan luta sig mot och delge sina svårigheter.

I ett stödsamtal kan kuratorn kartlägga patientens behov och se vilka som är mest centrala i nuläget (Ek et. al., 2015: 210). Eftersom kuratorn har kompetens inom det psykosociala området samt vetskap om vad hälso- och sjukvården kan erbjuda för stöd, är ett stödsamtal med en kurator en grund för att kunna erbjuda patienten rätt typ av stöd eller vård (Lundin et. al., 2019: 97ff). Det är också i det stödjande samtalet som kuratorn kan se patienten i den kontext hen befinner sig i. Detta för att man genom det psykosociala arbetet ser människans inre och yttre verkligheter och hur de påverkar varandra (Bernler & Johnsson, 2001: 17f). Den yttre verkligheten syftar till den sociala kontext som patienten tillhör, medan den inre verkligheten beskriver patientens egna psykiska tillstånd.

Utöver stödsamtal erbjuder kuratorn även praktiska sociala åtgärder samt information, rådgivning och hänvisning (Lundin et. al., 2019: 99f). Praktiska sociala åtgärder innebär att kuratorn, utifrån exempelvis patientens ekonomiska situation, hjälper till med olika former av fondansökningar, fylla i blanketter och överklaganden. Detta i olika utsträckning beroende på vilket hjälpbehov patienten har. Syftet med dessa praktiska sociala åtgärder är att patienten ska få en hållbar situation och det kan ses som ett sätt att minska negativa konsekvenser som kan vara till följd av sjukdomen (ibid: 101f) Det kan förändras under patientens sjukdom och är därför beroende på kuratorns bedömning av vad patienten är kapabel till.

Ek et. al. (2015: 212) förklarar det stödjande samtalet som ett arbetssätt som kan ske under en kortare period med täta tillfällen, eller en varaktig period men med glesa besök. Detta är individuellt, och kuratorn avgör vad som är bäst för varje individ utifrån sin pragmatiska ståndpunkt med teoretiska metoder som hjälpmedel.

3. Kunskapsläge

I detta avsnitt kommer tidigare forskning inom området presenteras. Avsnittet kommer att delas upp i före och under Covid-19 pandemin, främst på grund av att den forskning som publicerats före Covid-19 utbrottet inte har detta i åtanke, och därför ibland tar ett annat perspektiv.

3.1 Kunskapsläge före Covid-19

McCarthy och Clancy (2002) belyser frågan om videosamtal som besöksform. Detta var nästan 20 år sedan, men då digitalisering har varit ett omtalat fenomen sedan dess utan en stor efterfrågan inom vården, anser vi att påvisandet av att denna form av arbetssätt har funnits länge är viktig att poängtera. I artikeln beskriver författarna för- och nackdelar med stödsamtal via digitala hjälpmedel i USA. En genomgående diskussion i artikeln är huruvida digitala och fysiska stödsamtal är jämlika och jämförbara sett till kvalitet och maktförhållanden. Det diskuteras om relationen mellan patient och kurator blir densamma genom en skärm som den skapas som vid fysiska möten (ibid: 155) Artikeln beskriver även den maktobalans som kan uppkomma genom digitalisering. Maktobalansen i detta fall handlar om patientens tillgång till digitala hjälpmedel, där patienter med lägre socioekonomisk klasstillhörighet kanske inte har tillgång till en dator eller smartphone, vilket gör det svårt för denne att kunna delta vid digitala möten. Artikeln belyser alltså hur ekonomin påverkar patienternas möjlighet ta del av den digitala utvecklingen. Författarna (ibid: 156) diskuterar dock att detta arbetssätt även kan jämna ut maktobalansen mellan professionell och patient genom att patienten själv kan ha en större form av självbestämmande i hur hen vill lägga upp sina stödsamtal. Artikeln problematiserar även att det inte går att försäkra att det som sägs i samtalet stannar mellan de berörda parterna när man har digitala samtal, och menar att detta kan tänkas bli ett limbo för socialarbetaren gällande etik och lagfrågor kring vad hen får och kan göra inom ramarna för arbetsuppgifter och digitalisering.

Likt McCarthy och Clancy (2002: 156) diskuterar Stureson och Groth (2018) bland annat problemet med att det som sägs mellan professionell och patient i ett digitalt samtal inte kan garanteras stanna mellan parterna. Stureson och Groth (ibid) identifierar situationer där yrkesprofessionella upplevt störningar och begränsningar vid videobesök, och kom fram till att dessa antingen relaterade till omgivning eller teknik. Störningar i omgivningen kopplas till både patientens och den professionellas omgivning. Vad gäller patientens omgivning

handlade störningarna främst om att inte veta vem som var i rummet med patienten, samt att det kan vara svårt att avgöra om tekniska problem var slumpmässiga eller om de var orsakade avsiktligt av patienten. Vidare beskrivs att det kan vara svårt att ha videosamtal med patienter som har en orolig eller otrygg omgivning, vilket är svårt för den yrkesprofessionella att avgöra på video. Angående den professionellas omgivning handlade störningarna främst om hur rummet såg ut, där den professionellas omgivning och hur denna ser ut kan påverka patientens beteende. Störningar i tekniken kunde till exempel handla om ljudbortfall eller bildbortfall som mest störande för samtalet. Detta bidrar till att videosamtalen inte får samma flyt som ett fysiskt besök. Författarna tar också upp vissa positiva effekter av dessa videosamtal, däribland att det är positivt för patienterna att kunna ha möten som inte är platsbundna. Detta är särskilt fördelaktigt om patienten har lång resväg till sjukhuset eller om patienten har ont om tid, till exempel har svårt att komma från sitt arbete. I dessa fall kan patienten avsätta 30 minuter av sin arbetsdag för ett samtal men ändå vara kvar på sitt arbete. Detta är någonting som tas upp i flertalet andra nämnda artiklar i detta avsnitt, exempelvis beskriver Kajander och Storm (2017) att patienterna var positiva till digitala möten eftersom dessa ökade tillgängligheten kring vården.

Sturesson och Groth (2018) tar upp konsekvenser kopplat till omgivningen, vilket även Alftberg (2012: 108) beskriver i sin studie. Ofta förbinds hemmet för äldre personer med livskvalitet, värdighet, självbestämmande och god hälsa. Det sistnämnda beror på att hemmet har anknytning till trygghet, aktivitet och delaktighet. För att förstå detta används begreppet "dwelling", som i direkt översättning betyder bostad. Detta begrepp handlar om känslan av hemmahörande på en särskild plats, oftast det egna hemmet. Människan skapar en relation till denna plats, och vi formas efter platsen på samma sätt som platsen formas efter oss. Hemmet blir en plats dit vi kan relatera, vi känner oss hemma, och det är där som vi kan vara oss själva fullt ut. Det är även den plats vi alltid utgår från. Människan utgår från det egna hemmet när de upplever och bedömer andra platser, samt är en plats vi utgår från och återvänder till.

Alftberg (2012: 109) beskriver vidare att hemmahörande, den människan strävar efter att känna på en viss plats, skapas under vissa förutsättningar. För att känslor av hemmahörande ska uppstå krävs det att vi anser hemmet vara en plats med skydd eller avskildhet från omvärlden, hemmet är varken för stort eller för litet, för varmt eller kallt samt att hemmet är inrett med ting som speglar den boendes personlighet, erfarenheter och historia. Det som

betonas här är alltså hemmets känsla av trygghet och skydd. Det är här människan känner sig som allra tryggast, mest som sig själv samt skyddad från omvärlden. När vi känner oss hemmahörande på en viss plats känner vi oss alltså även trygga. Här blir hemmet en synonym till trygghet.

De båda artiklarna belyser hur miljön och den fysiska omgivningen påverkar interaktion och människans beteende. De olika artiklarna belyser dock detta ur olika vinklar, Stureson och Groth (2018) försöker problematisera hur professioner inte kan utföra sitt arbete fullständigt utifrån omgivningen, att det kan vara svårare att genomföra det man ska när ens patient befinner sig i sitt hem, medan Alftberg (2012: 108) antar en annan vinkel och istället menar att hemmet är en stor trygghet i människans liv, vilket kanske snarare gynnar samtalet.

Kajander och Storm (2017) syftar till att få kunskap om hur videosamtal med vårdpersonal kan bidra till egenvård för äldre samt kroniskt sjuka personer som bor hemma i Norge. Resultatet delades upp i fyra kategorier; "kontakt med en knapptryckning", "som att prata ansikte mot ansikte", "fråga och få svar" och "det lindrade trycket mycket" (ibid: 11). Ett återkommande resultat i denna studie är just att videobesöken ökar tillgängligheten för patienterna. Det är enklare för patienterna att komma i kontakt med sin vårdgivare, vare sig det är en läkare eller en kurator, eftersom det ibland kan vara svårt att få en tid för ett fysiskt besök. Ett annat återkommande resultat var att intervjupersonerna ansåg att det inte var någon större skillnad på att ha ett videosamtal gentemot att ha ett fysiskt besök (ibid: 13). Att kunna se personen man pratade med var till stor vikt för samtalen, då man kunde se varandras kroppsspråk samt hålla ögonkontakt. Vilket hjälper till vid relationsskapandet samtidigt som detta kan stärka bedömningen av vårdpersonal och hjälpa dem att följa upp tecken på att något var fel. Att se varandra är även en fördel för de patienter som har svårt att uttrycka sig verbalt, då man kan visa med kroppen vart man har ont till exempel. Det ansågs därför vara bättre med videosamtal än telefonsamtal, även om vissa intervjupersoner ändå ansåg att fysiska besök var mer positivt än videosamtal. Vidare tyckte många av intervjupersonerna även att videosamtalen ökade tryggheten för dem i hemmet (ibid: 14). Många upplevde ångest och tvivel inför att åka hem och bo ensam igen, men videosamtalen bidrog till att de fick utlopp för denna ångest, de hade helt enkelt tillgång till en person att prata med även hemifrån. Intervjupersonerna uttryckte också att detta ökade känslan av trygghet inför att bo ensamma, då de både kunde få information de behövde på ett enkelt sätt utan att behöva ta sig någonstans, och att de hade en person att prata med om ämnen som ibland tyngde dem.

Guzman et. al. (2019) artikel belyser ämnet kring patienter inom palliativ vård och deras behov av psykologiskt stöd under behandling och sjukdomsförlopp. Syftet med studien är att undersöka hur patienter inom en viss klinik genom öppenvården upplevde stödsamtal via telefon och videolänk gentemot de inom deras rådgivningsprogram (ibid, 2019: 133). Studien lyfter ett antal framstående resultat. Guzman et. al. (ibid) menar att en del patienter hade vissa svårigheter att ta sig till sin klinik, vilket också bidrog till att de hade svårt att ta sig till sina stödsamtal. Digitala arbetssätt har enligt författarna bidragit till patienterna i högre grad fått tillgång till stödsamtal, samt att antalet uppföljande samtal ökat. Detta i sin tur har bidragit till att patienterna känner högre tillfredsställelse angående vården. Guzman et. al. (ibid) beskriver också att kvalitén på vården ökade när man började erbjuda stödsamtal via digitala hjälpmedel. Likt Guzman et.al (ibid) tar även Kahn (2015) upp möjligheten för en ökad kvalitet inom vården med videobesök som arbetssätt. Dock belyser artikeln också utmaningarna med att bedriva vård med tekniska hjälpmedel. Denna artikel tar upp att arbetssättet har potential att öka kvaliteten av vården, då den kan erbjudas till alla oavsett vart man bor eller vilken socioekonomisk status man har (ibid: 1685). Det finns också en del negativa konsekvenser med detta arbetssätt, varav en är att man inte vet vilka effekter detta kan ge i framtiden. Eftersom detta är ett relativt nytt arbetssätt är det svårt att veta vilka effekter arbetssättet kommer att ge. Möjliga effekter som tas upp i artikeln är att det kan utmana det traditionella sättet vi arbetar i team kring en patient, det tvingar patienten att ta medicinska råd från vårdpersonal utan att ha fått bygga tillit till personen. Att använda exempelvis videosamtal som arbetssätt kan också komma att påverka relationen mellan patient och vårdgivare på oförutsägbara sätt.

A. Osuji et. al. (2020: 221f) beskriver hur kliniskt arbetande sjuksköterskor och läkare upplever besök med patienter och närstående via videolänk. Deltagarna i studien ansåg det inte vara någon större skillnad mellan videosamtal och fysiska samtal, och menade att de hade den kompetens som behövdes för att kunna genomföra ett besök med en patient över videolänk på samma sätt som de skulle göra vid ett fysiskt besök. Studien visar att båda professionerna var mer positiva till videobesök vid uppföljning snarare än vid ett initialt besök. Dock var professionerna eniga om att denna typ av besök var en bra addering till sjukvården, samt att videobesök kommer få en stor roll inom vården i framtiden. Alltså kunde A. Osuji et. al. (2020: 223f) konstatera att tillvägagångssättet inte anses bättre eller sämre än fysiska besök. Komponenter som spekulerades kunna påverka detta var bekvämligheten för läkare med minskad restid men också den negativa aspekten med tekniksvårigheter. Som

avslutning på sin artikel poängterar A. Osuji et. al. (2020: 225) att man under pandemin borde fokusera på att få tekniken att fungera optimalt, för att vårdgivare ska kunna tillgodose patienternas vårdbehov oavsett om det råder en pandemi eller inte.

Likt A. Osuji et. al. (2020: 221f) kommer även Tasneem et. al. (2019) fram till positiva åsikter kring stödsamtal via videolänk. Denna studie tar dock patienternas perspektiv, och inte de professionellas. Resultatet delas in i fem teman, "Impact on Health Information Management", "Impact on Patient–Provider Relationship", "Impact on cost", "Impact on Travel Time and Risk" och "Impact on Efficiency and Access" (ibid: 791ff). Resultatet visade att majoriteten av deltagarna var positiva till videobesöken, de ansåg att relationen mellan dem som patient samt deras vårdgivare inte förändrades. Däremot menade patienterna att dessa möten inte skulle ersätta fysiska möten, de ville fortfarande ha sådana, men videomöten var ett bra komplement. Deltagarna tyckte även att videobesöken sparade dem tid, då de bland annat slipper resan till sjukhuset. Deltagarna nämnde också att videobesöken var fördelaktiga när det gällde deras dagsform. Många deltagare led av avancerad cancer och hade till följd av detta problem med smärta. Det är därför enklare för dessa patienter att slippa klä på sig och ta sig ut för att ta sig till sjukhuset.

3.2 Kunskapsläge under Covid-19

Banks et. al. (2020: 572) artikel utgår från intervjuer av socialarbetare runt om i världen för att ta del av deras överväganden gällande etiska dilemman de mött till följd av sitt arbete och Covid-19. Framförallt fokuserar artikeln på hur socialarbetare som inom en svensk kontext hade arbetat på socialtjänst eller liknande instans. Banks et. al. (2020: 572) konstaterar att det finns många olika etiska dilemman som en socialarbetare möter. Ett exempel är att inte kunna utvärdera en hemsituation där det kan förekomma våld, på grund av att socialarbetaren genom sina digitala tillvägagångssätt inte får samma helhetsbild eller kan försäkra sig om att personen hen pratar med är ensam i rummet. Artikeln lyfter även socialarbeters oro kring att själv bli smittade av Covid-19 i mötet med sina klienter. Trots denna oro tyckte de flesta av de intervjuade att fysiska möten med klienterna blir bättre, då det ger mer än de digitala. Anledningen till detta är kopplingen till helhetsperspektivet, man får bättre tillgång till hela bilden av klienten i ett fysiskt möte (ibid: 573ff). Avslutande i artikeln skriver författarna om hur socialarbetare ser sina etiska dilemman och valen de gjort som en lärdom inför situationer vid senare tillfällen, att denna pandemi kan vara en lärdom. Men att de fortsatt kollektivt måste rannsaka sig själva för att hantera dessa dilemman och svårigheter tillsammans som yrkesgrupp (Banks et. al., 2020: 579ff).

Likt Banks et. al. (2020) beskriver Truell (2020) i sin artikel att socialarbetare redan från att Covid-19 sågs som en pandemi har varit adaptiva i sina tillvägagångssätt att hjälpa människor under omständigheterna. Att denna adaptivitet också enligt honom har hjälpt länder och dess styre att förstå att denna pandemi, måste bekämpas även psykosocialt och inte bara ur en medicinsk synvinkel (ibid: 545f). Vidare beskriver artikeln att många professionella socialarbetare runt om i världen har uttryckt en oro kring nybesök när det gäller etiska aspekter av vem som närvarar vid möten (ibid: 547). Det på grund av oro för våld i hemmet och svårigheterna det orsakar kring kommunikationen under samtal med klient/patient

Gemensamt för artiklarna är svårigheten att införskaffa sig en helhetsbild för socialarbetare under Covid-19. Båda artiklarna lyfter aspekten kring att det känns som något saknas vid videobesök, att de på så sätt inte kan bilda sig en komplett uppfattning. I samma linje värdesätter de även tillvägagångssättet som ett komplement och något som kan vidareutvecklas och bli något mer användbart i framtiden.

4. Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt kommer vi presentera våra teoretiska utgångspunkter och begrepp som har relevans för vår studie. Vi kommer ta upp olika teoretiska begrepp och teorier då vi anser att det är viktigt att belysa studerat fenomen utifrån olika infallsvinklar. De teorier och begrepp som vi valt att fokusera på är behandlingsrelation, icke-verbal kommunikation samt antiförtryckande förhållningssätt, för att få en bred förståelse kring vår insamlade data som kommer att presenteras i avsnittet "Resultat och analys".

4.1 Behandlingsrelationen

Behandlingsrelationen mellan två personer ses som dyad, där den ena parten i dyaden är den som erbjuder hjälpen, kuratorn i detta fall, och den andra personen är den som tar emot hjälpen, patienten (Bernler & Johnsson, 2001: 122ff). En sådan typ av relation är inte symmetrisk då parterna inte har samma funktion gentemot varandra, men det krävs ändå en viss grad av symmetri för att hjälprelationen ska fungera. Bernler och Johnsson (2001: 130f) förklarar att asymmetrin bara fungerar om patienten, den som är i behov av hjälp, försöker upprätthålla relationen mer än kuratorn anser sig behöva göra. Vidare förklarar dem att för att en behandlingsrelation ska fungera krävs även att båda parterna inom dyaden accepterar och är medvetna om vilken relation respektive part tillhör (ibid: 131f). När asymmetrin minskar och jämlikheten inom dyaden hjälpare och hjälpsökande ökar, så avslutas behandlingsrelationen då denna relation har sin grund i att den ena parten är i större behov av den andre (ibid: 137). Det vill säga, när patienten inte längre uttrycker ett hjälpbehov enas dyaden om att avsluta behandlingsrelationen. Den konstanta asymmetrin som ryms inom behandlingsrelationen skapar och upprätthåller en arbetsallians, vilken kan tänkas se olika ut mellan kuratorn och olika patienter då arbetsalliansen bygger på medmänsklighet (ibid: 141). Bernler och Johnsson (2001: 137) menar att en relation är en förutsättning för hjälpanDET, och menar att det inte finns någon behandling om det inte finns någon relation mellan patient och professionell. Det diskuteras även att relationen är en hjälp i sig, vilket leder till att relationen både "är och bär behandlingen" (Bernler & Johnsson, 2001: 137). Det är alltså ytterst viktigt att mycket tid och omsorg läggs ner på just relationsskapandet, för att behandlingen ska nå de mål som satts.

Ett relationsskapande innefattar även emotioner, både från den hjälpsökande men också från den som erbjuder hjälp (Helkama et. al., 2000: 141f). Emotioner och dess karaktär beror på vad för kunskap individen har kring världen och situationen. Det vill säga vad för typ av

kunskapsfält samt världsåskådning personen har, i relation till hur allvarligt personen skattar dessa specifika situationer (ibid: 143). Det bidrar till att olika situationer kommer att påverka olika individer på skilda sätt, just på grund av vad som anses viktigt för den det berör. Vidare beskrivs även hur emotioner är tätt anknutna till mål, det som individen ser som viktiga milstolpar, situationer eller händelser för sig själv. För att förstå andras emotioner kan människan även fundera kring vad för händelse som varit betydelsefull för den andra, som orsakat emotionen hen genomgår (ibid: 144).

Att göra en sammanhangsmarkering är ett kommunikationsverktyg som används mycket inom samtal med patienter. En sammanhangsmarkering används enligt Petitt och Olson (2013: 146f) för att uppmärksamma och klargöra det som görs inom ramen för den gemensamma relationen. Syftet med sammanhangsmarkeringen är att tydliggöra vilka förväntningar som finns inom behandlingsrelationen och vilken avsikt som finns med att träffas. Att göra en sammanhangsmarkering är alltså viktig för att tydliggöra relationen samt vad man förväntas göra under mötena. Detta för att undvika oklarheter som kan leda till att mötena känns svårhanterliga. Sammanhangsmarkering är ett verktyg för professionella, som hjälper till att hantera, kontrollera och reda ut vad som händer i ett pågående samspel med patienten. Sammanfattningsvis handlar detta om att definiera vår position, våra roller samt förväntningar.

4.2 Icke-verbal kommunikation

Social interaktion kan kortfattat beskrivas som en interaktion mellan individer och grupper (Giddens & Sutton, 2014: 201). En faktor som ofta studeras när man talar om social interaktion är den icke-verbala kommunikationen (ibid: 202). Icke-verbal kommunikation innefattar flera olika signaler som förmedlar mening, bland annat gester, ansiktsuttryck och kroppsrörelser. Icke-verbal kommunikation är alltså, till skillnad från verbal kommunikation, kommunikativa signaler som inte förmedlas genom tal eller skrift.

En central del inom den icke-verbala kommunikationen är ansiktsuttryck (Giddens & Sutton, 2014: 202). Detta är någonting som anses vara medfött, och som är väldigt viktigt för att vår kommunikation ska fungera. Vi använder ansiktsuttryck för att förmedla hur vi känner oss, vi ler när vi upplever någonting vi anser vara behagligt, när vi är ledsna uttrycks detta i våra ansiktsdrag. Kroppsrörelser eller gester däremot, anses inte vara naturligt, utan är någonting vi lär oss när vi vistas i sociala sammanhang. Däremot används både ansiktsuttryck och kroppsrörelser i samma syfte, att förstärka eller komplettera det vi uttrycker verbalt, oavsett

om det är medvetet eller inte. Därför kan den icke-verbala kommunikationen vara till hjälp för att avgöra om det någon säger är uppriktigt eller går att lita på (ibid: 203).

Den vanligaste icke-verbala kommunikationen är ögonkontakt (Giddens & Sutton, 2014: 204). Ögonkontakt används oftast för att söka uppmärksamhet hos någon eller för att inleda en social interaktion. Att ha ögonkontakt med någon är också ett sätt att visa att man lyssnar aktivt och är intresserad av vad personen man samtalar med har att säga (ibid: 210).

Giddens & Sutton (2014: 218) diskuterar även social interaktion över nätet. Detta kallar de för datorförmedlad kommunikation, som är en form av indirekt kontakt med andra individer. De diskuterar att denna typ av sociala interaktion kan ge upphov till en mängd nya problem som inte förekommer vid fysisk social interaktion. Bland annat kan det vara lättare att gömma sig bakom en falsk identitet, vilket kan leda till känslomässig vilseledning eller manipulation. Att man är mer anonym kan däremot även leda till positiva effekter. Exempelvis kan detta göra att individen känner sig mer fri att prata om svåra saker. Det är däremot viktigt att komma ihåg att människan fortfarande värdesätter fysisk social interaktion, och att detta är viktigt för oss eftersom vi är sociala varelser samt flockdjur (ibid: 221). Detta är någonting som kallas närhetsbehovet, som innebär att människor har en önskan om att träffas fysiskt på samma plats. Detta eftersom man i dessa möten får långt mer utförlig information om andras tankar och känslor jämfört med möten som sker över internet.

En viktig del i relationen med patienten är att den professionella kan anpassa sig och skapa en samstämmighet med patienten (Petitt & Olsson, 2013: 286). Detta är viktigt för att en god relation ska kunna skapas till patienten, och för att det ska upplevas att samspelet flyter på ett lätt sätt. Ett sätt att skapa en samstämmighet är att spegla patientens beteende (ibid: 290). Detta kan göras genom att den professionella matchar patientens kroppsspråk, andningsrörelser eller andra beteenden såsom patientens sätt att förhålla sig till den professionella genom ögonkontakt, vart de tittar eller sitter, om de använder sig av beröring eller inte. Det finns alltså många olika sätt att spegla sin patient på, och den professionella behöver inte matcha patienten i allt. Däremot kan en spegling av vissa beteenden leda till att umgängesklimatet förbättras (ibid: 292). Det kan även leda till att patienten känner sig uppmärksammas, förstådd och trygg, vilket förbättrar behandlingsrelationen.

Petitt och Olsson (2013: 290) nämner ovan att ett exempel på spegling är att anpassa sig efter patientens sätt att använda beröring i mötet. Eide och Eide (2006: 145) beskriver att

kroppsberöring är en form av icke-verbal kommunikation som kan vara väldigt laddad, och det kan vara svårt att veta när man som professionell ska använda sig av detta. Däremot är just beröring någonting som vi människor tidigt kopplar ihop med trygghet, och att använda sig av detta i en behandlingsrelation kan föra parterna närmare varandra under en kortare tid. Undersökningar visar att mycket sjuka patienter i högre grad uppskattar beröring. Vidare diskuteras att beröring har flera funktioner, däribland förmedla kontakt, sympati och omsorg, vilket är viktiga delar i relationen patient-professionell. I en arbetsallians är det viktigt att patienten känner sig bekräftad samt att patienten upplever att den professionella bryr sig om hen (Bernler & Johnsson, 2001: 141).

4.3 Antiförtryckande förhållningssätt

Ett antiförtryckande förhållningssätt definieras enligt Larson (2008: 41) som ett förhållningssätt där man erkänner den maktobalans som finns mellan en professionell och dess patienter. Detta görs genom självreflektion och utvärdering av den professionellas egna beteenden och relationer. När man erkänt dessa går arbetssättet även ut på att försöka minska maktobalansen. Detta kan bland annat göras genom att bemöta individen med öppenhet och att visa respekt för individens självbestämmanderätt. Vidare ska den professionella alltid sträva efter individens aktörskap och egenmakt.

Det finns olika sätt att agera enligt ett antiförtryckande förhållningssätt i mötet med patienter (Larson, 2008: 44). Ett sådant sätt är att man inbjuder patienten till en större delaktighet inom ett flertal aspekter rörande den vård de erbjuds. Detta bidrar även till att man behandlar patienten som kompetent och som expert på sin egen situation, vilket också är en viktig aspekt att ta hänsyn till i ett antiförtryckande förhållningssätt.

5. Metod

I följande avsnitt kommer vi att redogöra för våra metodologiska överväganden. Här kommer vi gå igenom vårt metodval, vårt tillvägagångssätt vid insamling av empiri, genomförandet av studien samt etiska överväganden.

5.1 Metodologisk utgångspunkt

Fenomenologin menar att all fakta eller kunskap vi besitter om fenomen är subjektiva, det vill säga tolkningsbara av människan (Justesen & Mik-Meyer, 2011: 18ff). Denna tolkning skapas genom mänskliga erfarenheter, och det är på så sätt som dessa fenomen blir till eller framställs. Det är alltså en teori om mänsklig erfarenhet (Malterud, 2009: 29). Den vetenskapsteoretiska ansatsen i sig ser den mänskliga erfarenheten och dess subjektivitet som giltig kunskap. Människan befinner sig i en livsvärld som är beroende av tid och rum, men i denna är det subjektets erfarenheter och tolkningar som är det intressanta (Justesen & Mik-Meyer, 2011: 19). Vårt forskningsområde blir därför en ansats, att våra intervjupersoners upplevelser och erfarenhet är det relevanta. Inte för att det behöver konstateras som den absoluta sanningen men det kan anses vara en väsentlig metod inom kvalitativ forskning. Genom att använda oss av en fenomenologisk ansats kommer vi inte att generalisera eller anta att vår studie är applicerbar och generaliserbar till landets alla kuratorer, vi vill istället undersöka specifika upplevelser hos en liten skara individer som kan vara överförbart till flera kontexter. Hade vi antagit och generaliserat upplevelsen av vad våra intervjupersoner svarat hade en större studie behövt göras som sträcker sig till fler i antal men också i en geografiskt större utsträckning.

Denna uppsats har en abduktiv inriktning, vilket är en kombination av de två dominerande ansatserna, det vill säga induktiv och deduktiv (Larsson, 2005: 23). Den induktiva metoden innebär att man efter att man samlat in empirin, försöker hitta passande teorier eller teoretiska begrepp (David & Sutton, 2016: 83). Deduktion innebär istället att man innan man börjar samla in empiri har bestämt sig för en teori eller ett teoretiskt begrepp som man vill använda, och försöker därefter applicera sin empiri i teorin. Alltså går man här från teori till empiri, medan man i den induktiva metoden går från empiri till teori. En abduktiv ansats innebär således att man pendlar mellan den insamlade empirin och teoretiska antaganden (Larsson, 2005: 23). Inför arbetet med denna studie och våra intervjuer hade vi en bild av vilka teoretiska begrepp som skulle kunna vara aktuella. Däremot gick vi in i våra intervjuer med öppna sinnen, för att inte rikta intervjuerna åt något specifikt håll. Efter att vi samlat in vår

empiri försökte vi därefter finna mönster och koder i empirin, som i sin tur kan kopplas till teori. Det kan antas som problematiskt att vi redan i förstadiet av studien hade kunskap kring möjligen applicerbara begrepp och teorier, dock anser vi att det kommer från vår utbildning och dels vart vi haft våra VFU-platser. Med reflexivitet kring den förkunskap inom ämnet vi besitter och våra egna utgångspunkter ansträngde vi oss därför för att inte prägla våra intervjuer med egna slutsatser.

5.2 Metodval

Vår studie är en kvalitativ studie, som bygger på en semistrukturerad kvalitativ intervjumetod. Enligt Kvale och Brinkmann (2009: 17) används intervjuer till fördel när man i sin forskning vill undersöka ett tema ur intervjupersonens eget perspektiv. Kopplat till denna studie blir alltså metoden relevant eftersom vi är intresserade av kuratorers faktiska upplevelser av stödsamtal samt konsekvenser av samtal via videolänk. I studien undersöks alltså individers upplevelser och berättelser av det valda studiefenomenet, eller temat.

Vidare kan en intervju vara mer eller mindre strukturerad. Våra intervjuer är semistrukturerade, eller halvstrukturerade som Kvale och Brinkmann (2009: 43) benämner det. Detta innebär att intervjun både är planerad och flexibel. Till våra intervjuer skapades en intervjuguide där frågorna är kopplade till studiens tema och frågeställningar. Intervjuguiden ger även en översikt över de ämnen som bör tas upp, samt förslag till frågor (ibid: 146). Justesen och Mik-Meyer (2011: 46f) menar att en semistrukturerad intervju öppnar upp för att intervjupersonerna ska kunna göra egna reflektioner kring frågorna. Det finns alltså ett visst utrymme i intervjuguiden som tillåter egna reflektioner, samtidigt som intervjuguiden hjälper till att stanna kvar till det bestämda temat. Enligt Kvale och Brinkmann (2009: 146) är det vanligt samt fördelaktigt att skapa just en intervjuguide som man mer eller mindre strikt följer.

Vi har valt att använda oss av denna typ av intervju då den möjliggör mer varierande och djupgående svar hos intervjupersonerna. Alltså är syftet med studien att få tillgång till intervjupersonernas egna tankar om studerat tema.

5.2.2 Litteratursökning

För att få fram våra artiklar har vi sökt i olika databaser som vi fått tillgång till via Göteborgs Universitet, såsom ProQuest Social Sciences, Swepub samt Supersök. Vi har använt oss av sökord och kombinationer av sökord som "telehealth", "telemedicine", "social worker", "video visits", "virtual visits" och "counselling". Detta för att kunna ta del av internationell

forskning men också på grund av att socialarbetare inom hälso-och sjukvården även i Sverige skriver på engelska. Därav ansåg vi att ovan nämnda databaser var de mest användbara för att söka efter det materialet vi sökte. Utifrån redan existerande kunskap ville vi få största möjliga utbud av data vilket gjorde att de mesta artiklarna är internationella. Vi har även använt sökorden ovan på svenska för att kunna kontextualisera kuratorns arbete i Sverige. Vår översättning av dessa ord har resulterat i “kurator”, “stödsamtal”, “digitala stödsamtal”, “videobesök”, dock var det svårt att direkt översätta orden telehealth samt telemedicine, så dessa användes som sökord utan översättning.

Vi har sökt efter artiklar som kan hjälpa oss att förstå forskningsfältet och som har koppling till denna studies syfte. Covid-19 pandemin är en ny faktor som bidragit till detta forskningsfält. Eftersom pandemin bröt ut i början av 2020 finns det begränsat med forskning kring detta, vilket har bidragit till att det för oss ibland varit problematiskt att hitta artiklar på ämnet. Vi har därför fått söka artiklar på olika teman, exempelvis artiklar om Covid-19, artiklar om hälso- och sjukvårdskuratorer som yrkesgrupp, samt artiklar om videosamtal som arbetsmetod. Det har varit svårt att hitta artiklar som kopplar ihop dessa på det sätt som denna studie vill göra.

5.3 Urvalsprocess

Då vår studie syftar till att undersöka hur hälso- och sjukhuskuratorer upplever arbetet med stödsamtal via videolänk har vår studie således två stycken inklusionskriterier. För det första krävdes att personen är just en hälso- och sjukvårdskurator, det andra krävs också att personen arbetat med stödsamtal via videolänk.

Vidare behövde vi göra ett övervägande gällande antal intervjupersoner. Eftersom vi använt oss av en kvalitativ metod krävs det att man genomför tillräckligt många intervjuer för att kunna identifiera mönster, likheter och skillnader mellan de olika intervjupersonerna samt intervjuerna. Däremot behövde vi också ta hänsyn till den rådande tidsbegränsningen, det vill säga att vi hade en deadline att förhålla oss till.

Inhämtning av data i uppsatsen är i form av intervjuer. Vi har här valt att välja intervjupersoner utifrån vår frågeställning, för att på bästa sätt kunna belysa vikten av och djupet av frågeställningarna (Malterud, 2009: 56ff). Vi har alltså utgått från ett målstyrt urval. Det var även fastställt från början av uppsatsen att det var kuratorer på ett sjukhus i Sverige som skulle tillfrågas om deltagande. Detta innebär att vi även gjorde det målstyrda urvalet

ningen snävare (Bryman, 2016: 498). Då vi aktivt valt våra intervjupersoner har vi även försökt åstadkomma en variationsbredd, genom att tillfråga kuratorer inom olika områden på sjukhuset (Malterud, 2009: 57). Det går här att problematisera vårt tillvägagångssätt då vi använder oss av målstyrt urval. Vi har varit noggranna med att inte välja alla intervjupersoner från samma enhet, och tillfrågade därför flertalet olika enheter. Vi har också genomgående valt att inte vara påstridiga eller få de tillfrågade att känna något tvång till att vara med.

Enligt Malterud (2009: 62) kan ett strategiskt urval med en målsättning problematiseras. På grunder att forskaren själv skulle välja personer utifrån sin egen vinning, en urvalsbias. Vi har därför metodiskt valt att inte intervju endast kuratorer inom ett specifikt område utan tillfrågade kuratorer runt hela sjukhuset för att säkerställa att möjligheten för olika tolkningar kring vår frågeställning skulle vara möjlig att undersöka.

5.4 Genomförandet av intervjuer

Totalt hölls sju stycken intervjuer till denna studie. Intervjuerna var runt 30 minuter långa och hölls genomgående över zoom med undantag från en intervju som hölls på telefon. Jacobsen (2012: 105) menar att intervjuer på 30 minuter är för korta för att ordentligt komma ner på djupet. Däremot upplevde vi att vi fick svar på det vi ville, trots att intervjuerna inte var längre. Eftersom stödsamtal via videolänk är ett nytt arbetssätt för många, och att de flesta av våra intervjupersoner hade begränsad erfarenhet av arbetssättet, ansåg vi inte kunna få fram mer information än vad vi fick fram under de ungefär 30 minuter som intervjun hölls. Alla intervjuer spelades in med hjälp av zooms inspelningsverktyg, förutom den som hölls på telefon, då användes det inspelningsinstrument som finns på telefonen. Under intervjuerna där båda deltog delades ansvarsområdet upp mellan oss, det vill säga att en ansvarade för att hålla intervjun medan den andra antecknade. Den person som antecknade hade även ansvaret för inspelningsverktyget. Anledningen till att vi antecknade redan under intervjun var för att öka vår förståelse kring respondentens upplevelser, men även för att tidigt kunna urskilja gemensamma teman hos de olika intervjupersonerna. Det kan därför påstås att vi påbörjade en form av kodning redan under den initiala intervjun. Detta underlättade för oss att hitta teman, vilket påskyndade processen senare. Detta kan såklart även ha bidragit till att vi i de nästföljande intervjuerna aktivt letat efter teman vi identifierat sedan tidigare, och därför lett intervjun åt ett särskilt håll. Vi har dock varit noga med att följa vår intervjuguide, vilket hjälpte oss ställa samma frågor till samtliga intervjupersoner, vilket hjälpte oss att leda intervjuerna i samma riktning.

Inför intervjuerna har vi lämnat mycket utrymme för intervjupersonerna att bestämma hur intervjun ska se ut. Vi har, i vårt informationsmejl, satt en tidsintervall där vi velat hålla våra intervjuer, under oktober månad. Därefter har intervjupersonerna själva fått komma med förslag på när de kan delta, detta för att på största möjliga sätt ta hänsyn till att dessa intervjuer sker på deras arbetstid. Vi har alltså valt tider som intervjupersonerna föreslagit, snarare än att föreslå tider till dem. Vi har även låtit intervjupersonerna avgöra om de vill ha en fysisk intervju eller en intervju över videolänk/på telefon. Detta har vi erbjudit dem på grund av den rådande pandemin, där man rekommenderas att minska sina sociala kontakter. Under planeringen av intervjuernas genomförande tillkom nya skärpta restriktioner till följd av Covid-19, bland annat att undvika att träffa andra än de man bor med, samt att undvika offentliga miljöer såsom kollektivtrafik (Folkhälsomyndigheten, 2020). Vi höll alla våra intervjuer på distans, men tyckte för vår skull att det blev enklare om vi studenter satt på samma ställe under intervjuerna. Till följd av de nya restriktionerna fick vi tänka om, och vi höll därför vissa intervjuer enskilt, eftersom vi inte ville vistas i kollektivtrafik. Detta i relation till att vi påbörjade en kodnings-process under intervjun kan anses problematiskt då endast en av oss närvarande. Vi har försökt minska inflytande av egna åsikter inom denna process genom att den andre tog del av detta material och kunde utifrån transkribering förhålla sig till initiala koder som den andra markerat.

David och Sutton (2016: 118) beskriver att det är viktigt att man inför en intervju ser till att man hittar en tid och plats som passar just intervjupersonen, för att hen ska känna sig trygg och väl till mods. Genom att vi lät intervjupersonerna föreslå tider, samt att intervjuerna skedde icke-fysiskt, kunde vi tillgodose denna trygghet. Intervjupersonerna befann sig genomgående på sin arbetsplats när intervjuerna genomfördes, vilket David och Sutton (ibid) beskriver som en naturalistisk miljö, en miljö där intervjupersonerna ofta känner trygghet.

Innan intervjuerna genomfördes utformade vi en intervjuguide, något som Jacobsen (2012: 101f) menar bör användas i en kvalitativ intervju. Detta för att säkerställa att man kommer in på de viktiga teman som man vill belysa. Att ha en intervjuguide förenklar även arbetet med att koda och kategorisera den insamlade intervjun. Detta kallas förkategorisering, och innebär att man samlar kategorier både från det insamlade materialet, men också i sin intervjuguide (ibid: 147).

När det kommer till själva intervjufrågorna har vi använt oss av öppna frågor genomgående. Eftersom vi använt oss av en öppen intervjumetod, samt en semistrukturerad intervjuguide,

har guiden även gett oss utrymme till att ställa följdfrågor samt inkludera andra frågor som i stunden väcker intresse. Jacobsen (2012: 109) menar att målet med en öppen intervju är att få fram så mycket information från intervjupersonen som möjligt. För att detta ska uppnås är det viktigt att man tänker på valet av frågor. Om man använder sig av för snäva, konkreta frågor finns en risk att intervjupersonen endast ger de svar som hen tror man är ute efter, och det som intervjupersonen själv tror är det viktiga. Att använda sig av mer öppna och generella frågor minskar denna risk. Jacobsen (ibid) menar även att det är viktigt att fundera kring vilken fråga man ska öppna intervjun med. En alldeles för snäv fråga kan leda till att intervjupersonens svar inte blir så nyanserat. Men det är heller inte bra att ställa en för komplex eller svår fråga, då detta kan leda till att hela samtalet låser sig. Man vill därför börja med en öppen och generell fråga, för att senare, i följdfrågor, nyansera det som intervjupersonen berättar. Genom att vi börjar våra intervjuer med en fråga gällande den utsträckning intervjupersonen arbetat med videosamtal, riktar vi in samtalet på ett visst tema, utan att snäva av samtalet för mycket (se bilaga 1).

Kvale och Brinkmann (2009: 146ff) beskriver att intervjufrågor kan delas upp i en tematisk och en dynamisk dimension, där de tematiska frågorna bidrar till kunskapsproduktionen och de dynamiska frågorna skapar en god intervjuinteraktion. I vår intervjuguide använder vi oss främst av de dynamiska frågorna, då vi vill uppmuntra intervjupersonen att samtala om sina upplevelser och känslor. Det är även syftet med denna studie, att undersöka hur kuratorerna upplever det valda studiefenomenet, videosamtal. En bra intervjuguide menar Kvale och Brinkmann (ibid) innehåller både dynamiska och tematiska frågor, och vi har därför även tematiska frågor som syftar mer på att undersöka själva arbetsmetoden, alltså stödsamtal via videolänk. Vidare beskriver David & Sutton (2016: 115) ett antal olika frågetyper. Av dessa frågetyper har vi använt oss av uppvärmningsfrågor innan vi startat inspelningen. Detta för att göra situationen mer avslappnad, samt att skapa förtroende hos intervjupersonen. Här ställdes frågor främst om personen samt personens yrkesroll, det fokuseras alltså på hur personen i sitt yrke upplever arbetssättet och inga personliga frågor ställdes till någon av respondenterna. Vidare använde vi oss främst av kärnfrågor och följdfrågor under intervjun, där man försöker få fram så mycket information gällande studiens centrala teman som möjligt. Vi använde oss också av klargörande frågor, där man närmar sig samma ämne fast från en annan synvinkel. Följdfrågorna samt de klagörande frågorna ställdes spontant när det passade, och finns alltså inte med i intervjuguiden.

Som avslut vid varje intervju ställde vi frågan om det var någonting mer intervjupersonen ville berätta, eller om det fanns någon fråga vi missat att ställa. Detta gjorde vi för att få fram information som vi kanske inte tänkt på, samt ge intervjupersonen utrymme till att komplettera sina tidigare svar eller ta upp andra viktiga aspekter hen fungerat på. Här märkte vi att intervjupersonernas svar i vissa fall fördjupades, då intervjupersonen fick en chans att tala mer fritt om ämnet. Vi fick en positiv upplevelse av detta då det kom fram information som vi annars hade gått miste om.

5.5 Bearbetning av intervjuer

Alla intervjuer har transkriberats ordagrant, inklusive pauser och observationer som kroppsspråk och gester som tillförde någonting till det intervjupersonen berättade. Dock har sådant som kön, namn och platser oidentifierats direkt för att bevara anonymiteten hos intervjupersonerna. Vi har även valt att ta bort uttryck som kanske kan kopplas till en specifik person. Alltså personliga uttryck som den specifika individen kanske använder sig flitigt av, som då i sin tur skulle kunna riskera att röja identiteten anonymiteten. Dessutom har dialektala ord tagits bort av samma anledning, samt för att inte avslöja vilket sjukhus kuratorerna är yrkesverksamma vid. Även ord som “typ” “alltså” och “liksom” är borttagna ur citaten, då vi ansåg att dessa inte tillför något för analys och resultat.

Vi har valt att utföra transkriberingarna av intervjuerna på tu man hand, då detta är ett moment som tar mycket tid. Vi har alltså gjort på detta sätt för att effektivisera tidsåtgången för varje transkribering. Vi har även delat upp transkriberingarna mellan oss, så att båda gjort lika många. Eftersom vi genomförde sju intervjuer blir detta ojämnt, och vi gjorde därför uppdelningen av transkriberingarna efter intervjuernas längd.

5.6 Analysmetod

Vi har valt att använda oss av en innehållsanalys som analysmetod till denna studie. Denna typ av analys handlar om berättelsens innehåll, alltså som intervjupersonen beskriver och säger (Rennstam & Wästerfors, 2015: 59). Innehållsanalysen handlar både om att förenkla och berika den empiri man inhämtat (Jacobsen, 2012: 146). Man behandlar empirin i olika steg eller faser, där man först förenklar empirin för att skapa överskådlighet, för att sedan berika empirin genom att applicera den i ett större sammanhang. I stora drag handlar dessa steg om att tematisera och kategorisera det som nämns i berättelserna. Innehållsanalysen kräver alltså att mycket tid läggs på den insamlade empirin, samt handlar om att utvinna teman från empirin snarare än att tvinga på empirin teman som härstammar från författarens

egna föreställningar (David & Sutton, 2016: 292). För att kunna utvinna teman av empirin menar Bryman (2016: 702-709) att en eller flera koder måste utläsa utifrån samma empiri. Detta kan till en början ses som en initial kodning, där flera koder dyker upp samtidigt. När man ser ett mönster i de koder man fått fram ur empirin, alltså när koderna bildar kluster, kan man börja använda dessa för att analysera empirin. Dessa kluster av koder kan formas utifrån olika principer, exempelvis genom antal eller repetitioner (Bryman, 2016: 705). Detta är dock inte tillräckligt, utan dessa teman måste även vara relevanta för forskningens frågor och fokus för att vara användbara till analysen.

I praktiken innebär denna analysmetod att vi, när vi transkriberat intervjuerna, kunnat hitta liknande kategorier mellan och inom intervjuerna (Bryman, 2011: 291). De teman vi fick fram och som vi sedan använt oss av är följande; "distans", "störande moment", "kommunikation", och "makt", där distans och störande moment har följande subteman; "fysisk distans" och "emotionell distans" samt "tekniska svårigheter" och "störande moment i omgivningen". Anledningen till att dessa teman valdes är främst då dessa är de teman som nämndes flest gånger i flest intervjuer. Det var även de teman som vi ansåg mest intressanta för vår studie.

5.7 Etiska överväganden

Denna studie förhåller sig till de fyra etiska huvudprinciperna formulerade av Vetenskapsrådet (2002). Nedan redovisas dessa, samt hur de tillämpats i studien.

Den första etiska huvudprincipen är informationskravet. *Informationskravet* innebär att forskaren är skyldig att ge den tillfrågade intervjupersonen information angående studiens syfte, alltså vad studien handlar om, samt vad deltagandet i studien innebär (Vetenskapsrådet, 2002: 7). Denna princip innefattar även att intervjupersonen ska informeras om att deltagande är frivilligt och att intervjupersonen när som helst kan dra tillbaka sitt deltagande.

Denna princip har uppfyllts i vår studie genom att vi i ett informationsblad presenterat just studiens syfte, vad som förväntas av deltaganden, frivillighet, inklusionskriterier samt kontaktuppgifter (se bilaga 2).

Efter informationskravet följer samtyckeskravet. *Samtyckeskravet* innebär att intervjupersonen ska ge sitt samtycke till att delta i studien (Vetenskapsrådet, 2002: 9). Detta betyder även att varje intervjuperson har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande, utan att detta ska få negativa följder för intervjupersonen. Vi informerade intervjupersonerna om

deras rätt att ta tillbaka sitt deltagande både i informationsbladet, samt vid intervjutillfället. Någon samtyckesblankett signerades inte. Då vi intervjuade professionella räckte det med ett muntligt samtycke. Utöver detta var vi även noga med hur vi formulerade vårt informationsblad. Vi var noga med att inte lägga några värderingar i deltagandet, och har medvetet haft en neutral ton vid interaktioner med de tillfrågande.

Nästa huvudprincip kallas för *konfidentialitetskravet*, och handlar om att de uppgifter som samlas in gällande intervjupersonerna är etiskt känsliga uppgifter som bör hanteras på ett tryggt sätt (Vetenskapsrådet, 2002: 12; Kalman & Lövgren, 2012: 14). Ett exempel på hur detta kan göras är genom att man avidentifierar uppgifterna.

I vår studie har vi varit tvungna att vara extra noga med detta, då vår handledare potentiellt har en professionell relation till några av våra tillfrågade deltagare. Det är därför endast vi som haft tillgång till intervjupersonernas uppgifter. De citat som vi skickat till vår handledare för granskning har vi anonymiserat i förväg för att garantera att de inte kan härledas till en specifik person. Utifrån detta är det alltså endast vi skribenter som vet vilka som deltagit i studien och vilka som tillfrågats att delta. Mailkonversationer samt allt insamlat material som kan kopplas till individer kommer efter bearbetning och godkännande av uppsats att förstöras.

Exempel på hur vi har gjort för att hålla anonymiteten är att vi valt att inte skriva ut vilket sjukhus eller avdelning kuratorn arbetar på. Vi har också valt att benämna våra intervjupersoner som just intervjuperson 1, intervjuperson 2 och så vidare. I citaten har vi tagit bort dialektala uttryck, eller andra språkliga uttryck som kan vara säregna för en viss person. Utöver detta har vi även valt att inte benämna någon vid kön, utan har skrivit "hen".

Den fjärde och sista etiska huvudprincipen enligt Vetenskapsrådet (2002: 14) är nyttjandekravet. *Nyttjandekravet* innebär att den insamlade empirin endast får användas i forskningssyfte, inte i några andra sammanhang. Detta är någonting vi tagit i beaktning, bland annat genom att förvara empirin skyddat hos oss studenter. Vår handledare har endast fått ta del av bearbetad empiri för att skydda deltagarnas anonymitet. Att empirin förvaras skyddad hos oss innebär även att den inte kommer kunna användas av något annat eller till något annat än just denna studie. Något annat som kanske går in i nyttjandekravet är att vi endast samlat in och använt oss av material som är relevant för denna studie. Vi har använt oss av en frågeguide som hjälpt oss hålla intervjuerna inom vårt valda forskningsområde. Utöver detta

har den insamlade empirin endast använts av oss till denna studie, och inte till någonting annat. Efter att studien fått ett godkänt betyg förstörs den insamlade empirin, så som transkriberingar och anteckningar från intervjuerna.

Utöver dessa etiska principer från Vetenskapsrådet har vi även varit tvungna att ta hänsyn till andra etiska aspekter som påverkat vår studie. Ett exempel på ett annat etiskt övervägande som vi haft i åtanke är att de intervjuade kan komma att vara våra framtida kollegor, och att de kan känna personer som vi känner. Därav kommer vi särskilt beakta deras professionalitet samt aktualisera varför vi ställer de frågor vi gör under intervjun. Vi kommer också noggrant berätta vilka vi är, samt vad vår funktion och inställning till studien gör med innehållet och bemötandet gentemot deltagarna, då de sätt vi kommunicerar på kan utstråla och fördela makten i samtalet olika (Kjellström, 2012: 37). Det kan finnas vissa potentiella risker kring att vi tillfrågat individer som kan komma att bli våra kollegor. Exempelvis skulle detta kunna öka känslan av tvång till att delta hos de tillfrågade. Det finns även en risk att vi blir igenkända hos de tillfrågade eftersom vi haft VFU-platser inom organisationen, vilket också kan påverka känslan av tvång inför deltagandet. Med detta i åtanke skickade vi därför ut deltagandeförfrågan till olika områden inom organisationen, samt var noggranna med att inte vara påstridiga för att tydliggöra frivilligheten i deltagandet.

5.8 Reflektion kring studiens genomförande och tillförlitlighet

Validitet förstås som en form av mätning i hur nära exempelvis en studie kommer att förklara det studerade begreppet, hur bilden av detta porträtteras (Bryman, 2016: 834). Validitet delas upp i intern och extern validitet, där den interna validiteten handlar om materialet inom studien är skriven på ett sådant sätt att det är relevant för forskningsområdet (Malterud, 2009: 22). Det handlar också om huruvida de frågor som ställs uppfattas lika av de som ställer frågan och de som är mottagare av frågan. Den interna validiteten blir alltså lägre om studiens metod inte matchar studiens syfte, de är två komponenter som måste stämma överens. Intern validitet försöker då påvisa relevansen inom ämnet samt giltigheten i hur studien är utformad och genomförd. Det vill säga om resultatet vi tagit fram har genererat giltig kunskap (ibid: 179).

Den interna validiteten är genomgående under studiens genomförande och något som konstant ska beaktas (Malterud, 2009: 179ff). Det har vi gjort genom att stämma av med intervjupersonerna att vi under intervjun förstått dem rätt, men även i analysen där vi dekontextualiserade deras upplevelser för att sedan re-kontextualisera dem igen. Genom att

kontinuerligt efter intervjufrågorna återberätta vissa delar vi ansåg vara av vikt till respondenten för att ge dem möjlighet att rätta oss vid potentiell initial misstolkning men också bejaka vår uppfattning av deras svar på frågan. Alltså kunde vi under intervjuerna upprepa det respondenten svarat för att förstärka att vår kommande tolkning blev riktig.

Det kan inte försäkras att den tolkning vi gör överensstämmer med intervjupersonernas upplevelser, att vi trots åtgärder för att höja den interna validiteten ändå inte tolkar den insamlade datan på det sätt som intervjupersonerna tänkt. Det kan i sin tur relateras till vilken bakgrund vi skribenter har och vad för kunskap vi redan besitter (Malterud, 2009: 23). Denna bakgrund kan komma att påverka vilken kunskap vi väljer att lyfta fram och därav inser vi mångfalden i kunskapsbegreppet och kunskap som stort. Vad vi väljer att belysa och lyfta i uppsatsen är därav medvetet och till viss del omedvetet valt, något som vi anser vara oundvikligt då vår förkunskap kommer att prägla arbetet i stort men också analysen och tolkningarna.

Extern validitet är enligt Bryman (2016: 466f) en mätning på hur generaliserbar studien är för andra kontexter än vad studien är utförd på. I detta fall kan det tänkas vara hur generaliserbart upplevelserna hos våra intervjupersoner stämmer överens med andra kuratorer inom hälso- och sjukvården. Det vill säga om studiens resultat hade blivit detsamma om man gjort studien under en annan tid eller i ett annat forum (Malterud, 2009: 23). Det genom att skapa en tät och fyllig analys och beskrivningar inom den som hjälper till med att kunna öka överförbarheten (Bryman, 2016: 467f).

Begreppet överförbarhet är en del av tillförlitligheten som en studie kan ha (Bryman, 2016: 465). Vidare menar Bryman (ibid) att trovärdighet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera är de andra delarna för att uppnå tillförlitlighet. Dessa begrepp används för att validitet inom kvalitativ forskning är svårt att påvisa, då är dessa begrepp något som kan hjälpa läsaren och skribenten att påvisa validitet eller en strävan efter det (Malterud, 2009: 22f). *Trovärdighet* rymmer förklaringen att studien är genomförd enligt de regler som finns och att resultatet ska presenteras för andra, antingen läsare eller respondenter (Bryman 2016: 467). *Pålitlighet* som begrepp inom tillförlitlighet syftar på att skribenten på ett granskande synsätt skapar en tillgänglig och komplett förklaring till metod och tillvägagångssätt (ibid: 468). Det har vi i vår studie gjort med underlag i litteratur samt genom att skriva en så transparent och utförlig process som möjligt för att kunna påvisa pålitligheten i vår studie. Pålitlighet som begrepp används inom kvalitativ forskning istället för reliabilitet.

Det sista begreppet Bryman (2012: 470) beskriver är möjlighet att styrka och konfirmera, där syftet är att påvisa att skribenten inte medvetet har låtit personliga värderingar och inriktningar visas uppenbart i studien, att det inte har påverkat slutsatserna i studien. Vilket vi tänker är problematiskt då en skribent inte kan åsidosätta sina värderingar och världssyn helt och hållet. Med det i åtanke har vi kontinuerligt genom uppsatsen gått igenom text och formuleringar för att försäkra oss om att det som skrivs är anknutet till forskning och litteratur och inte endast våra egna åsikter och tyckande. Genom vald litteratur och kunskapsläge tar vi därmed en ställning i vad vi väljer att belysa i en uppsats och blir därmed ett indirekt ställningstagande.

5.9 Arbetsfördelning

Vi har gemensamt tagit fram allt använt material och diskuterat all skriven text. Därav kan vi inte redogöra för vem av oss som skrivit vad men arbetsfördelningen har varit jämlig och båda har bidragit till uppsatsens struktur och utförande.

6. Resultat och analys

Under detta avsnitt kommer studiens resultat samt analys av resultaten att presenteras. Vi har valt att dela upp avsnittet i underrubriker kopplade till de teman vi tog fram när intervjuerna transkriberades.

6.1 Distans

Det första avsnittet i resultat- och analysdelen kommer att delas upp i två stycken underrubriker: fysisk distans samt emotionell distans. Detta på grund av att intervjupersonerna nämner två olika upplevelser av distans som vi anser ska presenteras för sig.

6.1.1 Fysisk distans

Under Covid-19 pandemin har sättet att arbeta för kuratorer inom hälso- och sjukvården ändrats till följd av de restriktioner som satts. Det har varit svårare eller kanske inte möjligt för kuratorerna att träffa sina patienter på det sätt de vill eller är vana vid. Utifrån ett antiförtryckande förhållningssätt är det viktigt att man är medveten om de maktskillnader som finns mellan en själv som professionell och patienten (Larson, 2008: 41). Det kan man göra bland annat genom att man bjuder in patienten till delaktighet i största möjliga utsträckning i sin vård. Ett exempel på detta skulle kunna vara att man låter patienten själv utforma hur hen vill ha sina stödsamtal. Under den rådande pandemin har man dock stött på svårigheter kring detta, då många mottagningar stängt ner helt eller delvis när det gäller fysiska besök.

Det är ju en del patienter som är väldigt irriterade på att de inte... eller ledsna eller besvikna på att de inte kan komma hit under rådande förutsättningar.

– Intervjuperson 7

Det kan ses som att en del av bestämmanderätten över sin egen vård tas ifrån patienterna. Vilket det till en viss grad har gjort. Tasneem et. al. (2019: 791) konstaterar i sin artikel att relationen mellan behandlare och patient inte nödvändigtvis behöver förändras i och med videobesök. Men likt patienterna i den studien har vår intervjuperson ovan reflekterat över att ett videobesök inte kan ersätta det fysiska mötet. Det är på så vis inget fel på möten patienter har via video men möjligheten att kunna välja fysiska besök har nu försvunnit. Att se videosamtal som ett komplement till redan befintlig och etablerade arbetssätt tros vara bra enligt Kahn (2015). Dock problematiseras det även i artikeln att konsekvenserna och vad

denna form av interaktion gör med relationer när de förs på distans. Genom att relationerna under rådande pandemi inte varit frivilliga, kan det vidare diskuteras hur en sådan påtvingad relation påverkas. Det kan på så sätt argumenteras kring om valmöjligheten har minskat eller ökat. Det i relation till andra kuratorer inom vår studie som upplevt en ökad tillgänglighet, som intervjuperson 2 exemplifierar nedan.

Det som kan vara bra det är ju att man inte behöver åka utan man kan ha kontakt även... Det blir ju mer lika vård, vart man än bor i regionen. Det är bra att man kan nå oss, även om man bor utanför och får sin behandling här eller har sin doktor här, det är jättebra att man kan mellan behandlingstillfällen få kontakt med oss.

– Intervjuperson 2

Kajander och Storm (2017: 13) beskriver just detta i sin artikel. De menar att användandet av videosamtal ökar patientens tillgång till vården. Både för patienter som bor långt bort, men även för patienter som av andra anledningar har svårt att ta sig till sjukhuset. Guzman (2019: 133) beskriver i samsyn med Kajander och Storm (2017: 13), genom att erbjuda patienter som bor långt bort alternativa sätt att få vård, ökar man också patienters tillfredsställelse angående vården, och att detta även är ett sätt att öka vårdens kvalitet över lag. En annan aspekt att lyfta är att videosamtal kan gynna patienter som är extra känsliga för andra sjukdomar. Att inte behöva sitta i väntrummet tillsammans med andra patienter, och därigenom undvika att eventuellt bli smittad av dessa, beskrivs som en viktig fördel gällande videosamtal. Detta kan jämföras med de rådande omständigheterna kring Covid-19, där äldre människor samt människor med bakomliggande sjukdomar är extra känsliga för viruset (Tasneem et. al. 2019: 792). Detta skulle vidare kunna kopplas till att man arbetar antiförtryckande, eftersom man tar hänsyn till de omständigheter som finns kring patienten genom att erbjuda alternativa vägar till vård (Larson, 2008: 44). Detta är någonting som intervjuperson 5 diskuterar i samtal kring fördelar och nackdelar kring videosamtal via videolänk.

Jag har varit med en patient som var ute och tog en promenad för att patienten behövde det och det funkade ju också, en annan patient brukar sitta i soffan och mysa med en kopp te för vi har morgontid. Så att man märker att det är större valmöjlighet för patienten (...). Valmöjligheterna och tillgängligheten har blivit bättre.

– Intervjuperson 5

Intervjuperson 5 diskuterar ovan att videosamtal ger patienten möjlighet att själv välja vart hen vill befinna sig under samtalet. Genom att erbjuda patienten denna möjlighet, ger man också patienten en ökad delaktighet i sin vård, vilket i sin tur är en viktig del i att arbeta med ett antiförtryckande förhållningssätt (Larson, 2008: 41). Citatet ovan visar på en ökad tillgänglighet för de patienter eller närstående som inte har tid att åka in till mottagningen eller för de patienter som trivs med att vara i sitt hem eller kunna föra ett samtal när de även gör annat.

Den (makten) finns ju när det är digitalt också men kanske inte på samma sätt. För då måste jag ta hänsyn till den miljön som patienten befinner sig i, och så är det inte när de kommer hit. Så på så sätt kanske det bli mer jämvikt.

– Intervjuperson 4

Intervjuperson 4 spekulerade även kring om digitala samtal påverkar maktbalansen mellan de olika parterna. Att hen själv inte förmedlar samma auktoritära roll som hen har vid fysiska besök, genom att hen behöver anpassa sig mer utifrån patienten och dess miljö snarare än sin egen. Detta påvisar en reflexivitet och medvetenhet hos kuratorn gällande maktbalansen som finns mellan professionell och patient (Larson, 2008: 44).

6.1.2 Emotionell distans

Utöver den fysiska distansen till patienterna som råder till följd av restriktionerna kopplade till Covid-19, poängterade några av intervjupersonerna en emotionell distans till patienterna under videosamtalen. Under fysisk distans diskuteras just det faktum att patienterna inte längre kan fysiskt delta vid sina stödsamtal, och vilka följder detta får för såväl patient som professionell. Diskussionen om detta kommer fortsätta under detta avsnitt, men på ett mer känslomässigt plan. Många intervjupersoner beskriver att det saknas någonting vid videosamtalen, men att detta är någonting som är svårt att ta på eller definiera.

Det blir en annan känsla när de är här fysiskt, det är svårt att ta på det. Det blir inte den här distansen, det blir mer personligt, mer närvarande. Och det tappar man lite under videobesök.

– Intervjuperson 7

Det är alltså för denna studies intervjupersoner en betydande skillnad mellan fysiska och videobesök, något som säger emot A. Osuji et. al. (2020: 221), där det inte ansågs vara något markant skillnad mellan dessa arbetssätt. Däremot är detta just en känsla som de

professionella har när de deltar vid ett digitalt möte, men är denna känsla någonting som faktiskt påverkar hur samtalet blir? Intervjupersonerna i denna studie diskuterar vidare känslan av att någonting saknas i mötet. Det handlar om att kontakten med patienten blir annorlunda, samt att avståndet gör att man kanske får hantera patientens känslor på ett annat sätt än vad man hade gjort i ett fysiskt möte. I samtal kring skillnaden mellan fysiska samtal och videosamtal berättar intervjuperson 1 om att avståndet till patienten påverkar hur hen hanterar svåra känslor från patientens sida.

När patienten blir väldigt ledsen och berörd... Då är det så långt bort, man känner ett väldigt avstånd, hade de suttit här i rummet hade jag kanske kunnat krama dem när de gick om de hade velat, och jag hade kunnat följa med dem till dörren eller man hade kunnat visa en annan omsorg.

– Intervjuperson 1

Eide och Eide (2006: 145) beskriver att beröring kan vara ett sätt att snabbare skapa en tillitsfull relation till patienten, så länge det är å patientens vägnar. Intervjuperson 1 nämner ovan att hen upplever att avståndet försvårar för hen när det kommer till att visa extra omsorg för patienten vid svåra samtal. Detta bekräftar att beröring i vissa fall är viktigt för relationsskapandet. Behandlingsrelationen som vinkel belyser vikten av att skapa en god relation till sin patient, för att behandlingen ska bli så fördelaktig som möjligt (Bernler och Johnsson 2001: 137). Den goda relationen skapas genom att visa empati, bekräftelse och omsorg för patienten, vilket då, enligt intervjuperson 1, försvåras en aning på grund av att patienten inte befinner sig i rummet. En annan aspekt inom relationen kan vara kurators emotioner gentemot patienten. Kuratorn kan föreställa sig vad patienten genomlider och hur detta påverkar hen, vilket skapar en emotion som förstärks när kuratorn inte kan använda de verktyg som är användbara vid fysiska besök (Helkama et. al., 2000: 141f).

De största skillnaderna känns väl som att de blir att man inte får samma kontakt typ via video, att det blir någon sorts distans (...). Jag tänker att man kan få en annan känsla eller helhetskänsla på något vis när man ser personen framför sig, (...) som man inte får på samma sätt när man ser i kameran.

– Intervjuperson 4

Intervjuperson 4 uttrycker i diskussion kring skillnaden mellan fysiska samtal och videosamtal en svårighet kring att vidhålla den etablerade eller påbörjade

behandlingsrelationen. Vilket överensstämmer med Bernler och Johnsson (2001: 137), att relationen inom dyaden är en viktig hjälp i sig. Intervjuperson 4 nämner här flera orsaker till denna svårighet, där det övergripande är att det är svårt att få samma kontakt med patienten. Återigen tas denna känsla av distans upp, som är svår att sätta fingret på, men som ändå påverkar både samtalet i sig, men också den upplevda kontakten med patienten. Många intervjupersoner upplever just det som intervjuperson 4 berättar ovan, att det är svårt att hitta helhetskänslan av patienten, som man annars ganska snabbt kan få sig en uppfattning av när man sitter mittemot varandra. Detta kommer att diskuteras vidare i avsnitt 6.3.2, störande moment i omgivningen.

A. Osuji (2020: 223) kommer i sin artikel fram till att yrkesprofessionella inte anser att det är någon större skillnad mellan fysiska och digitala patientbesök. Detta är däremot någonting intervjupersonerna i denna studie sagt emot. Som i A. Osujis (ibid) artikel kommer även våra intervjupersoner fram till att digitala besök är ett bra komplement till fysiska besök, men att de aldrig kommer kunna ersätta fysiska besök. De fysiska besöken är för viktiga för att ersättas helt, men det är också viktigt att man kan erbjuda alternativa besökstyper till patienter som av någon anledning inte kan eller vill delta vid fysiska besök. Giddens och Sutton (2014: 221) tar upp närhetsbehovet som en förklaring till detta. Trots att videobesök beskrivs som ett bra komplement till fysiska besök, går de fysiska besöken inte att ersätta eftersom människor är flockdjur som är i behov av att träffa andra människor. I samtal kring intervjupersonens erfarenhet av stödsamtal via videolänk, säger intervjuperson 7 följande.

(...) Det är liksom ingenting som går upp mot ett fysiskt besök, det kommer man nog aldrig ifrån tror jag. Men det är ett bra komplement.

– Intervjuperson 7

Som nämnt tidigare kommer A. Osuji (2020: 223) fram till att det inte är någon större skillnad mellan fysiska och digitala besök. Vid samtal kring detta med denna studies intervjupersoner, anser intervjupersonerna att det finns en påtaglig skillnad mellan fysiska och digitala besök. Denna skillnad handlar främst om den emotionella distansen som blir när man inte träffas fysiskt, samt om den icke-verbala kommunikationen som försvåras när professionell och patient separeras av en skärm. Den icke-verbala kommunikationen kommer att diskuteras djupare i nästföljande avsnitt.

Vidare förklaras att en av de främsta anledningarna till varför de personer han intervjuade inte upplevde någon större skillnad mellan de olika arbetssätten, var för att de upplevde att de hade den kompetens som behövdes för att genomföra ett samtal över videolänk (A. Osuji 2020: 223). Det är här viktigt att framföra att yrkesgrupperna i denna artikel inte var kuratorer utan andra professioner inom sjukvården. Det kan därmed tänkas att ett annorlunda samtal, som kan vara mer privat och intimt, inte fungerar lika bra med tanke på patientens integritet likt kuratorerna i empirin beskriver. En av intervjufrågorna i denna studie handlar om ifall upplägget ser annorlunda ut vid ett fysiskt och ett digitalt samtal. Genomgående svarar intervjupersonerna att det inte ser särskilt annorlunda ut, exempelvis säger intervjuperson 7 följande:

Det är ju som ett vanligt fysiskt stödsamtal, egentligen. Det är väl ingen större skillnad tänker jag, faktiskt. Jag träffar ju alltså, både patienter enskilt och par ibland per videolänk. Så jag skulle inte säga att det är någon skillnad från när de är här faktiskt.

– Intervjuperson 7

Däremot svarade andra intervjupersoner att upplägget oavsiktligt kan ha förändrats. Vissa beskriver att det varit svårt att applicera det upplägg man brukar använda sig av vid fysiska samtal på de digitala samtalen. Eftersom att arbetet med videosamtal är nytt, kan det vara svårt att hålla sig till den ram man brukar, eftersom det finns mycket annat att tänka på, till exempel tekniska svårigheter eller att samtalet inte får samma naturliga uppstart som fysiska samtal. Detta är någonting vi kommer gå närmare in på i avsnitt 6.3, störande moment.

(...) Eftersom det här blev helt nytt för mig så tror jag att jag tappade ramarna lite, jag brukar ju ändå prata om hur många gånger vi förväntas kunna träffas, och det pratar vi naturligtvis om med en patient som jag har regelbunden kontakt med, men det blev lite som att man fick uppfinna något nytt, så jag tror att det såg lite annorlunda ut. Det inte kom lika naturligt som det gör i ett fysiskt besök så sitter det ju lite mer i kroppsminnet också.

– Intervjuperson 6

Ovan beskriver intervjuperson 6 i samtal kring om det är någon skillnad på upplägget mellan fysiska och digitala möten, att det nya arbetssättet fått hen att tappa ramarna. Intervjuperson 6 beskriver det som att ramarna vid fysiska möten sitter i kroppsminnet, något som är svårare

att applicera på digitala möten. Eftersom hen inte haft videosamtal tidigare beskriver hen det som att hen var tvungen att uppfinna något nytt, och att detta nya inte helt stämde överens med de ramar hen brukar hålla sig till i fysiska möten. Just dessa ramar som man följer i ett samtal kan kopplas samman med det som Petitt och Olsson (2013: 146) beskriver som sammanhangsmarkering. I en sammanhangsmarkering förklarar man för patienten vem man är och vad man tänker att mötet ska handla om. Att göra en sammanhangsmarkering är viktig för att tydliggöra mötets karaktär och förhindra missförstånd, men även för att sätta ramar för relationen mellan patient och professionell. Genom att kuratorn sammanhangsmarkerar påvisas även vad för typ av hjälp som kan erbjudas samt vad patienten kan ha för förväntningar på relationen mellan parterna (Bernler & Johnsson, 2001: 141) När man missar att göra en bra sammanhangsmarkering kan detta leda till oklarheter i såväl samtalet som relationen. Det kan även leda till att samtalet känns svårhanterligt eftersom det inte står klart varför samtalet ska hållas.

Andra beskriver att skillnaden mellan uppläggen berodde på att samtalet inte fick en naturlig start på grund av att mötet var just på video.

Största skillnaden är nog starten skulle jag säga, att vanligtvis går man ju ut och hämtar patienten och (...) det blir liksom en tydlig uppstart av mötet på det sättet. När man ringer till någon så blir det ju först det här att ”ser du mig, hör du mig?”.

– Intervjuperson 3

Intervjuperson 3 beskriver här ramarna på ett annat sätt än intervjuperson 6 i tidigare citat, men citaten går ändå att koppla ihop. En sammanhangsmarkering kan tänkas börja redan när man hämtar patienten i väntrummet. Här är det vanligt att man bygger tillit i relationen (Bernler & Johnsson 2001: 144), genom att ställa enkla frågor som hur det gick för patienten att ta sig till sjukhuset, samtala om vädret eller liknande. Detta kan vara en del av den ram som intervjuperson 6 beskriver, som nu byts ut mot det intervjuperson 3 beskriver, att man måste försäkra sig om att patienten ser och hör snarare än att ställa frågor som kan lätta upp stämningen innan samtalet börjar.

Sammanfattningsvis anser våra intervjupersoner att det finns en viss skillnad, både i hur samtalet faktiskt är, men också hur det är uppbyggt. Detta till skillnad från det A. Osuji (2020: 223) beskriver i sin artikel, att skillnaderna knappt är befintliga.

6.2 Kommunikation

Det som kom fram i allra störst utsträckning under de intervjuer som hölls var frågan om hur kommunikationen påverkas av att samtalen hålls på videolänk istället för i fysisk form.

Intervjupersonerna var överens om att den verbala kommunikationen fungerar på samma sätt som vid fysiska samtal, bara tekniken fungerar som den ska. Telefonsamtal är någonting som intervjupersonerna är bekanta med, och detta är någonting de flesta använt regelbundet i sitt arbete.

Man kan ju läsa av patienten på ett sätt som inte går på telefonen. Då får man ju fråga uttryckligen hur det landar och man behöver verkligen uttryckligen fråga ofta vad som händer och hur det landar och "vad tänker du om det?". Man måste verkligen uppmana patienten att berätta.

– Intervjuperson 6

Intervjuperson 6 beskriver ovan att det är svårt att veta hur någonting man säger landar hos patienten när man har telefonbesök. Detta eftersom man inte kan se patienten, utan bara höra. I stödsamtal handlar samtalen ofta om svåra händelser eller tankar som man kanske inte pratar om så ofta. Det man säger eller de frågor man säger kan därför röra upp starka känslor hos patienten, och det är viktigt för behandlaren i fråga att fånga upp dessa för att kunna bemöta dem på ett bra sätt.

Dåliga (konsekvenser) kan ju vara att man inte alltid snappar upp någonting. Jag har ju personer nu som har blivit nya nu under pandemin och då har jag aldrig träffat dem. Och det kan vara svårt att bedöma ett tillstånd hos någon ibland om man inte träffar dem fysiskt, för man ser liksom inte hela kroppen och alla rörelser och ansiktsuttryck på samma sätt.

– Intervjuperson 3

Vid samtal om vad videosamtal kan få för konsekvenser beskriver intervjuperson 3 ovan att det kan vara svårt att göra en bedömning av någons mående eller hur någon har det när man inte ser hela personen. Social interaktion handlar inte endast om den verbala kommunikationen (Giddens & Sutton, 2014: 202). Mycket av den information vi tar del av i ett samtal tolkar vi in genom den icke-verbala kommunikationen. Detta kan handla om allting som inte yttras i ord, men som ändå innehåller mening, exempelvis gester, ansiktsuttryck, hur man sitter eller vart man har blicken. Ansiktsuttryck är kanske den viktigaste icke-verbala kommunikationen (ibid: 203f). Denna använder vi, ofta omedvetet, för att förstärka känslor.

Ofta kan man genom att studera någons ansiktsuttryck avgöra om personen talar sanning eller inte. Säger en person att hen inte är ledsen, men ser ledsen ut, avslöjar troligtvis ansiktsuttrycket sanningen. Dessa icke-verbala uttryck kan tänkas hjälpa kuratorn i sina tolkningar och sin förståelse för att sedan kunna agera utifrån patientens emotioner (Helkama et. al., 2000: 143). Vidare menar Giddens och Sutton (2014: 221) att man i fysisk kontakt med andra människor får mer utförlig information om andras tankar och känslor jämfört med möten som sker på distans.

Det (samtalet) är bättre tycker jag att ha det när man ser varandra. (...) Just det där att man får se varandra, man ser om vederbörande blir ledsen, man ser ansiktsuttryck.

– Intervjuperson 2

Intervjuperson 2 berättar i samtal kring skillnaden mellan telefon- och videosamtal just detta, att samtalet blir bättre om man kan se varandras ansiktsuttryck. I ett videosamtal får man ta del av den andra personens ansiktsuttryck i princip på samma sätt som man får i ett fysiskt samtal. Kameran blir här ett hjälpmedel för att tolka det patienten säger på ytterligare ett plan. Vid ett telefonsamtal utgår tolkningen endast från var patienten säger med ord, medan vid ett videosamtal får man även ta del av personens ansiktsuttryck, som kan bidra till en bredare tolkning av det patienten vill få fram. Det är även en fördel för patienterna att de får se den professionella, menar flertalet av intervjupersonerna i denna studie.

Man läser ju mycket i ansiktsuttryck, och om jag säger något så reagerar patienten i uttryck. Och man kan förmedla medkänsla och empati tänker jag, med sitt ansiktsuttryck.

– Intervjuperson 4

Intervjuperson 4 berättar ovan i samtal kring hans erfarenheter av stödsamtal via videolänk, att man som professionell även använder sig av sina ansiktsuttryck för att förmedla någonting, i detta fall medkänsla och empati. Den icke-verbala kommunikationen är alltså viktig åt båda håll, för att skapa en trygghet för både patient och professionell i samtalet. Just tryggheten är även det någonting som flertalet intervjupersoner nämner som en fördel i att ha samtalen just på video. I samtal kring erfarenhet av stödsamtal via videolänk berättar intervjuperson 1 följande.

När det är nya patienter som man inte har träffat innan så har det varit bra (med videosamtal), för då har man fått ett ansikte. Dels för mig på patienten, men de

(patienterna) har också fått ett ansikte på mig och jag tror att det har varit en trygghet för patienterna att se mig.

– Intervjuperson 1

Relationsskapandet är en viktig del i att behandlingen ska fungera. Även om stödsamtal oftast inte är av terapeutiskt behandlande karaktär, är relationen mellan patient och professionell ändå viktig för att man ska få ut någonting av samtalet (Bernler och Johnsson 2001: 137). Vidare beskriver Petitt och Olson (2013: 290) att spegling av patientens verbala och icke-verbala kommunikation är en viktig del i att skapa en bra relation till patienten. När man gör detta, skapar man en samstämmighet till patienten som bidrar till att patienten känner sig uppmärksam, förstådd och trygg i samtalet. Detta är någonting som i stora drag går att genomföra i samtal som sker via videolänk. Däremot finns det vissa aspekter av speglingen som blir svårare att genomföra när samtalet är via videolänk. Ett exempel som många intervjupersoner tar upp som en skillnad mellan dessa två arbetssätt är att ögonkontakten saknas.

(...) Man kan ju inte se personen i ögonen. Man kan ju se personen, men får inte den ögonkontakten egentligen som man är van vid.

– Intervjuperson 7

Intervjuperson 7 diskuterar just detta i samband med frågan kring erfarenhet av arbetssättet. Hen menar att det är fördelaktigt med videosamtal eftersom man kan se patienten i fråga. Trots att detta är det samma som vid fysiska samtal, blir det ändå inte på samma sätt eftersom ögonkontakten försvinner. Giddens och Sutton (2014: 204) beskriver att ögonkontakt är den vanligaste icke-verbala kommunikationen som används vid samtal. Att hålla ögonkontakt med någon i ett samtal visar på att man är intresserad av det som sägs och att man lyssnar aktivt, samtidigt som det är ett hjälpmedel till att initiera social interaktion med en annan människa. Man kan även spegla patientens ögonkontakt (Petitt & Olson, 2013: 290). Som tidigare nämnt används spegling i samtal med patienter för att skapa en samstämmighet samt en trygghet i samtalet. När samtalet är via videolänk är det svårt att spegla ögonkontakten, eftersom man som professionell både vill kunna se hur patienten reagerar samtidigt som man håller ögonkontakt. I praktiken innebär detta att man vid videosamtal måste titta i kameran och på skärmen samtidigt, vilket inte är möjligt.

Vidare diskuterar majoriteten av intervjupersonerna hur miljön påverkar kommunikationen. Genom att patienter är bakom en skärm, även om de syns, så är det en distans som kan liknas med Giddens och Suttons (2014: 2018) diskussion kring hur människor agerar annorlunda på nätet eller via digitala hjälpmedel. Detta exemplifieras av intervjuperson 3 nedan i samtal kring om videosamtal passar bättre eller sämre med vissa patienter.

Men sen upplever jag att vissa har lättare att fokusera, för att de är just hemma och i en trygg miljö. Jag kan tänka folk som är lite nervösa för att komma hit... att man kan vara lite tryggare hemma.

– Intervjuperson 3

Intervjuperson 3 jämför hur personer agerar bakom en kamera gentemot vid fysiska besök, där kommunikationen i språk kanske inte är förändrad men hen uppmärksammar att för en del patienter är det en trygghet att ha kontroll över miljön. Bernler och Johnsson (2001: 137) menar som tidigare nämnt att relationen mellan patient och professionell är viktig för att samtalet ska fungera. Vi har tidigare belyst att ett sätt att få en bra relation till patienten är att skapa en trygghet i samtalet. Genom att ha videosamtal ger man patienten möjlighet att befinna sig i en miljö där hen känner sig trygg i från början, vilket kan underlätta relationsskapandet. Det är dock viktigt att påpeka att alla inte är trygga i sitt hem, någonting som kommer att problematiseras under nästkommande avsnitt.

6.3 Störande moment

Detta avsnitt innefattar störande moment i relation till stödsamtal via videolänk. Under intervjuerna framlades två stycken olika moment som störande, tekniska svårigheter samt störande moment i omgivningen. Detta är sådana moment som man i vanliga fall inte stöter på i fysiska samtal, utan är starkt sammanlänkade till videosamtal som arbetssätt.

6.3.1 Tekniska svårigheter

Tidigare forskning angående videosamtalets begränsningar belyser vikten av att den tekniska delen fungerar (Sturesson & Groth, 2018). När detta inte fungerar påverkas både samtalets kvalitet såväl som de roller som patient och professionell antas ha i samtalet. Att störningar uppstår i ljud eller bild påverkar även flytet i samtalet, vilket är något som inte riskerar hända i fysiska samtal.

Vid samtal kring erfarenheter av stödsamtal via videolänk kommer tekniska svårigheter upp som en nackdel kring arbetssättet. Överlag beskriver intervjuperson 4 arbetssättet som positivt, men det är just när tekniken inte fungerar som samtalet påverkas till det negativa.

Tekniskt strul och så, att komma in i mötet ibland och att det inte funkar med länken av någon anledning. Och så måste man ringa patienten, eller att man är mitt uppe i ett samtal och helt plötsligt så, loggas man ut. (...) Jag har tänkt på att det kan vara lite som att man har ett fysiskt besök och någon kommer in i rummet, det blir ett sådant avbrott.

– Intervjuperson 4

Sturesson och Groth (2018) belyser hur tekniskt strul upplevs som störande och försvårande i samtal med patienter. I samtal med intervjuperson 4 uttrycker hen just detta, hur vissa tekniska svårigheter påverkar samtalet, och liknar det med att någon skulle störa under ett fysiskt besök, vilket kan tänkas påverka dynamiken i samtalet.

Intervjuperson 3 poängterar att om samtalen är jämlika är individuellt, och att det är olika från person till person, men tar upp tekniska svårigheter som en aspekt kring varför samtalen ibland inte är jämlika.

Vissa personer som är i kris kan ju vara lite “taggarna utåt”, och det kan ju förstärkas när den tekniska irritationen som kan bli ibland, om det hackar lite eller så. Så det kan ju bli skillnaden, här kanske de hade känt sig mer bekväma på det sättet.

– Intervjuperson 3

En stor del av kuratorns arbete med patienter och närstående är att visa ett lugn och en icke-dömande förhållning kring känsliga ämnen. Det handlar om att kunna skapa en relation med patienten där hen känner sig bekväm i att dela sina tankar och funderingar med kuratorn. Bernler och Johnsson (2001: 141) beskriver arbetsalliansen mellan kuratorn och patienten och hur den påverkar relationen. Föreställningen parterna har kring möten som kommer att träda plats, förväntningar på den andra samt samtalet som stort (ibid: 143). För en patient eller närstående som redan befinner sig i kris och agerar inom ramen av detta tillstånd med en förväntan på att kuratorn kan hjälpa hen med detta, kan det tänkas att det tekniska strulet kan komma att påverka relationen inom dyaden. Detta utifrån att föreställningarna kring mötet inte kan nås i verkligheten till följd av tekniska störningsmoment.

6.3.2 Störande moment i omgivningen

De flesta kuratorerna nämner i sina intervjuer att ett störande moment är att de inte vet vem som är i rummet med patienten. Det kunde vara som intervjuerson 5 beskriver, där hen fick ändra sitt sätt att prata eller ämnen att ta upp utifrån att patienters närstående kunde höra samtalet, eller att ett visst språkbruk inte anses acceptabelt kring barn.

(...) Det hänger också mycket på att patienten har fokus på att nu ska vi göra det här jobbet. Så att man tänker att jag ska kanske inte ha mina barn i samma rum, för att då kan ju inte jag prata ordentligt heller för då måste jag ta hänsyn till att nu är det småbarn här som inte ska höra allting.

– Intervjuerson 5

Mycket av det som togs upp under intervjuerna handlade just om störningar i patientens omgivning som direkt kunde påverka samtalet. Som ovan nämnt att patienten kanske var tvungen att ändra sitt sätt att prata, eller att patienten kanske inte vågade prata om känsliga ämnen då det finns en risk att anhöriga överhör samtalet. Men de tog också upp andra störande moment i intervjuerna, kopplade till vardagliga sysslor som görs i hemmet. Nedan exemplifieras följande i samtal kring om kvaliteten påverkas när man har samtal via videolänk.

(...) Vissa är uppe i annat, alltså om de är ute och går eller lagar mat eller håller på med någonting hemma, också inte lika respektfulla i det här att man inte svarar kanske i mobilen, eller om det plingar på hemma eller sådär. Det finns ju mycket mer moment som kan störa när man inte är fysiskt på plats.

– Intervjuerson 2

Detta är någonting som tas upp sparsamt i tidigare forskning, där Sturesson och Groth (2018) beskriver att dessa saker kan komma att påverka samtalets kvalitet, mycket med fokus på om tekniska störningar är slumpmässiga, eller om patienten i fråga medvetet skapar dessa störningar för att undkomma samtalet. Främst beskrivs dock oroligheter i hemmet eller patientens omgivning och hur det påverkar samtalet. Oroligheter eller otrygghet behöver inte nödvändigtvis handla om våld eller misär utan det kan vara inom ramen av att patienten inte har en trygg och lugn miljö att kunna avhålla för att kunna ha ett enskilt samtal kring sin aktuella situation. Hemmets brister och distraktioner kopplat till behandlingsrelationen och det mellanmänniska mötet kan tänkas vara sammankopplat. Alliansen inom dyaden och

vikten av den (Bernler & Johnsson, 2001: 130), hur relationen mellan kurator och patient i sig är viktig, och att den kan tänkas bli bristfällig i och med att båda parterna inte anstränger sig lika mycket i situationer som denna.

Intervjuperson 4 problematiserar bristen på att se hela patientens omgivning ytterligare då hen tar upp frågan kring sekretess men också problematiken kring de patienter som lever i ett hem där våld finns som komponent.

(...) Det kan också vara patienter som kanske sitter hemma, att man vet inte om det sitter någon annan i rummet. Det kan vara patienter som kanske är utsatta för våld i hemmet. Det vet man inte alltid, men att det kan vara någon som lyssnar när dem pratar kanske, och att påverkar vad de vill prata om eller vågar prata om sådär. Och det blir också jättesvårt för oss som sitter här och kan inte göra så mycket åt det, om vi inte vet att det är någon där. Men om de hade varit här fysiskt så kanske de hade pratat om saker som de inte lyfter hemma.

– Intervjuperson 4

Banks et. al. (2020: 572) skriver i sin artikel om hur en socialarbetare ska utvärdera hemsituationen som primär uppgift så kan en kurators arbete handla om att se dessa tecken och belysa problematiken kring det. Att motivera personen till att försöka förändra sin livssituation eller hjälpa patienten att få kontakt med myndigheter och organisationer som specialisera sig kring just våld i hemmet eller i nära relationer. Banks et.al. (ibid) beskriver hur socialarbetare upplever en minskad helhetsbild i relation till videosamtal. Det kan tänkas vara något som intervjuperson 4 också upplever utifrån citatet ovan. Att dynamiken hade varit annorlunda om patienter som upplever våld i hemmet hade fått komma på fysiska besök, där både kuratorn och den utsatta personen kan försäkra sig om att ingen annan hör deras samtal eller att det som sägs inte kommer att lämna samtalsrummet. Det kan i sig tänkas handla om kuratorns förväntningar på sig själv och sin egen förmåga i utövandet av hjälp. Att parterna inom en behandlingsrelation båda har förväntningar på vad för hjälp som skall erbjudas eller vad som skall lyftas under samtalen (Bernler & Johnsson, 2001: 143ff). Om kuratorn har en föreställning om hur hen kan hjälpa patienten utifrån ett samtal kring våld i hemmet, men att det samtalet inte går att genomföra till följd av att kuratorn inte vet vem som lyssnar på samtalet, kan föreställningarna kring samtalet och verkligheten inte överensstämma. Det kan vara ett vanligt fenomen, att verklighet och föreställning inte

stämmer överens, men när det är till följd av restriktion som intervjuperson 4 befunnit sig i kan det öka och påvisa en problematik till hur arbetssättet är utformat.

Alftbergs (2012: 108f) forskning gällande hemmet och dess trygghet, belyser inte denna problematik. När en person utsätts för våld i hemmet är det inte längre en trygg och säker plats, vilket ovanstående och nedanstående citat påvisar. Att det i dessa fall kan tolkas som att ett samtal på ett sjukhus hade infunnit mer trygghet för dessa personer än vad ett samtal i hemmet hade gjort.

Jag har patienter som man kan vara orolig för deras barn till exempel hur de har det, om man skulle göra en orosanmälan, då har man inte lika mycket att gå på, utan man kanske gör (...) fler orosanmälningar för att man inte får hela bilden av personen. Det är svårt att bedöma om någon skulle ha behov av en psykiatrisk utredning kanske... I och med att man inte får hela bilden.

– Intervjuperson 3

Intervjuperson 3 tar ovan fram en annan aspekt av oroligheter i hemmet, denna gång kring barn som under rådande pandemi kan vara svårare att omfamna och få en helhetssyn kring. Likt Truell (2020) och artikelns påvisande av den problematiska aspekten i att inte kunna se personen i sin omgivning som är socialarbetarens spetskompetens.

I tidigare forskning och i de intervjuerna som genomförts till denna studie tas störningar i omgivningen främst upp från patientens sida. Det är alltså ofta störningarna handlar om patientens omgivning. Stureson och Groth (2018) tar upp i sin artikel att omgivningen kring den professionella kan påverka patientens beteende. Här tar de främst upp utseendet av omgivningen, bland annat hur mycket insyn patienten får i rummet eller om det ser stökigt ut. Men störningarna kan också komma från den professionellas på andra sätt, vilket kanske är kopplat till både omgivning och teknik.

Det kanske är mycket andra bakgrundsljud till exempel när folk går förbi här utanför, det kan ju bli förstärkt i... vad mikrofonen i datorn snappar upp, så det kan skapa lite irritation och det är ju inte så bra om man ska ha stödsamtal, att det finns liksom en irritation så emellan.

– Intervjuperson 3

Som Stureson och Groth (2018) beskriver i sin studie är det viktigt att den professionella ser till att hen sitter på en bra plats där samtalet inte blir stört. Omgivningen ett samtal sker i har en viktig betydelse för hur samtalet blir, och det är viktigt att såväl patienten som den professionella känner att de kan samtala ostört.

6.4 Makt

Bernler och Johnsson (2001: 130f) menar att behandlingsrelationen till stor del bygger på en maktasymmetri, eftersom parterna i relationen har olika syfte med relationen. Patienten har en roll som hjälpsökande, medan den professionella axlar rollen som hjälpare, vilket naturligt skapar en obalans i maktaspekten eftersom parterna inte har samma funktion gentemot varandra. Maktförhållandet mellan hjälparen och den hjälpsökande kan anses som en underliggande förväntning inom behandlingsrelationen (Bernler & Johnsson, 2001: 130). Genom att båda parterna har förväntningar på den andre kan det även tänkas att en föreställning om den andre som individ skapas, som påverkar hur man tänker att motparten kommer att agera och reagera vid möten. Intervjuperson 3 nämner i samtal kring skillnaden mellan fysiska samtal och videosamtal att maktasymmetrin tenderar att bli mer påtaglig när samtalet sker på kurators arbetsplats.

Jag tänker att när man är i ett rum så här så är det så tydligt att du har kommit till mig och att det här är min arbetsplats och jag äger det här rummet på något sätt. Att det kan ge sådana signaler i alla fall.

– Intervjuperson 3

Flertalet intervjupersoner är inne på samma spår, och diskuterar att maktobalansen som finns mellan professionell och patient kanske jämnas ut när patienten inte befinner sig på den professionellas arbetsplats, utan istället befinner sig i ett hem.

När patienterna är i sitt eget hem tror jag att (...) maktförhållandet jämnas ut mer på ett sätt, för att de är i sitt eget hem och de är trygga. De kommer inte till sjukvården, som kanske till och med är en okänd plats sedan innan eller ändå en miljö där det är massa yrkespersoner. På ett sätt så upplever jag att de är mer avslappnade och på det sättet tror jag att maktpositionerna jämnas ut lite mer eftersom de faktiskt får vara i sin trygga miljö.

– Intervjuperson 6

I samtal kring om fysiska besök och videobesök kan anses jämlika reflekterade intervjuperson 6 över hur den trygga miljön som finns i patientens eget hem skapar en plats där patienten kan vara mer avslappnad och tendera att dela med sig av mer intima och svåra saker. Detta kan kopplas till det Alftberg (2012: 108ff) beskriver, att individer känner en ökad trygghet i sitt hem. Hemmet kopplas ofta ihop med trygghet, eftersom hemmet är en plats dit människor känner tillhörighet. Till följd av detta blir hemmet en plats där människan fullt ut kan vara sig själv.

Dels det att man möter dem hemma hos sig själva. Så de blir ju tryggare på det sättet, att maktbalansen inte blir lika stor då. Så det är väl ändå, att folk pratar på ett annat sätt kan man uppleva ibland, att de känner sig tryggare.

– Intervjuperson 3

I diskussion kring erfarenheter av videosamtal diskuterar även intervjuperson 3 trygghetsaspekten. Som Bernler och Johnsson (2001: 137) nämner, är det viktigt att man arbetar med relationen för att behandlingen ska ge resultat, och ett sätt att göra detta på är att öka tryggheten mellan parterna. Att kuratorerna vidare är medvetna om detta, är ett sätt att arbeta med ett antiförtryckande förhållningssätt, där man aktivt förstår att maktasymmetrier är ett faktum, och aktivt försöker jämna ut den (Larson, 2008: 41). Detta likt en trygg plats där patienten eller hens närstående kan samtala om sina svårigheter men också finna en trygghet dels i rummet (Alftberg, 2012: 108) men också en trygghet i den mellanmänniska relationen som behandlingsrelationen medför (Bernler & Johnsson, 2001: 138).

För annars har det ju varit en frizon för patienterna att komma hit och även de närstående då, att komma hit och liksom sitta här och prata om de här svåra sakerna.

– Intervjuperson 1

Andra kuratorer, till exempel intervjuperson 1 ovan, uppmärksammade istället möjligheten att samtalsrummet agerar som en fristad där den hjälpsökande kan prata om vad som helst utan risk för att någon annan skulle höra. Som kunde varit risken som man hade befunnit sig i sitt hem. Vilket går emot Alftberg (2012: 108) och tanken kring hemmet som en trygg miljö. Att dela med sig av svåra och intima problem kan för vissa personer vara lättare på en avtalad tid på en specifik avtalad plats. Något som intervjuperson 5 diskuterar i samtal kring vad för konsekvenser videosamtal kan medföra.

Att sitta i ett väntrum med alla andra, bli uppkallad, sätta sig hos en främmande människa (...). Men också resan hit, då förbereder man sig på något sätt, omedvetet kanske, och sen sitter man här. Här är det tryggt och tyst och, ”jag kan säga vad som helst i det här rummet”. Sen åker jag tillbaka och då stänger jag ner igen på något vis. Så det tappar man, men å andra sidan har man sin trygghet i hemmet där det kanske är lättare att öppna upp sig för en del.

– Intervjuperson 5

Samtalsrummet diskuteras av intervjuperson 5 som en fristad, en plats där det svåra kan lämnas. Vilket på ett sätt kan tänkas likna tryggheten i hemmet, den fristad som många upplever där Alftberg (2012: 109) då det bidrar till en lugn och trygg miljö i hemmet då personen kan lämna sina svårigheter någon annanstans, men det går också emot i den aspekten då personen kanske inte känner sig så pass trygg i hemmet att hen kan dela sina svårigheter när hen befinner sig där. I och med att patienterna befinner sig i hemmet tydliggör de en ny aspekt inom behandlingsrelationen (Bernler & Johnsson 2001: 140). Hjälpbehovet kan påvisas på ett annat sätt men det kan också mottas på ett annat sätt, vilket exemplifieras nedan.

Vissa samtal har nog berört mig mer... när jag har sett patienten på videolänk därför att på något sätt har det blivit så tydligt hur ensamma de har blivit... Därför att jag har sett dem i sin hemmiljö.

– Intervjuperson 1

Intervjuperson 1 berättar här i samtal om skillnader mellan videosamtal och fysiska samtal, att hen upplevde att hen berördes mer av patienterna och deras berättelse när hon såg dem i ett annat forum. Det kan tänkas bero på att behandlingsrelationen har varit utformad efter en struktur som tar hänsyn till kuratorns samtalsrum. Att förväntningen kuratorn haft på relationen nu tvingats förändras till följd av digitalisering inom stödsamtalets struktur och därför ett nytt hjälpbehov hos patienten (Bernler & Johnsson, 2001: 137). Detta kopplat till emotioner som skapas inom en relation, en dyad (Helkama et. al., 2000: 141f).

Förväntningarna på vad för emotionellt stöd kuratorn kan erbjuda sammankopplat med patientens hjälpbehov kan tänkas kollidera när kuratorns förväntningar förändras i takt med att hen får en annan syn på patienten och hens situation. Att kuratorn genom sin kunskap kring ensamhet här förknippar det med nedstämdhet och en brist i vad hen kan tillgodose för patienten.

7. Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers upplevelser av stödsamtal via videolänk under Covid-19 pandemin. Detta i relation till det redan etablerade arbetssättet fysiska besök. För att besvara syftet utgick vi från två frågeställningar:

- Hur upplever kuratorerna stödsamtal över videolänk?
- Vad menar kuratorerna blir konsekvenserna av att ha samtal över videolänk?

Följande avsnitt kommer att delas upp utifrån studiens frågeställningar, samt ett avsnitt där vi diskuterar eventuell vidare forskning på ämnet.

7.1 Upplevelsen av stödsamtal via videolänk

Resultatet i tidigare avsnitt belyser svårigheter samt positiva aspekter som medföljt det nya arbetssättet, stödsamtal via videolänk. Genomgående var åsikten och resonemanget hos de intervjuade kuratorerna att stödsamtal via videolänk fungerar bra så länge inga tekniska besvär uppstår, men att fysiska besök inte kan ersättas. Vidare menade majoriteten av kuratorerna att det är något inom den mellanmännsliga kontakten med patienten som medför något de inte kunde beskriva, men som bidrar till ett bättre samtal för många patienter. Därav händer något med behandlingsrelationen (Bernler & Johnsson 2001: 140). Dock kunde kuratorerna inte precisera vad detta var som hände, men att det påverkar relationen negativt. De kuratorer som diskuterat att behandlingsrelationen inte påverkas och att relationen förblir jämlik oavsett besökstyp, resonerade kring en ökad trygghet för patienterna då de kan befinna sig i hemmet, där de känner sig trygga och bekväma. Detta är någonting som tidigare forskning även resonerat kring, att relationen inte påverkas utan att det i stället ökar tillgängligheten då patienter kan befinna sig i sitt hem (Kajander & Strom, 2017; Guzman et.al., 2019; Tasneem et.al., 2019).

Sammanfattningsvis upplevde kuratorerna stödsamtal via videolänk som ett bra komplement till fysiska besök. Kuratorerna upplevde att många, men inte alla patienter, är nöjda med mötessättet, då det för många innebär att slippa långa resvägar. Eftersom de flesta av kuratorernas patienter är svårt sjuka och/eller gamla, ingår de i en riskgrupp. Att ha videosamtal minskar risken för patienterna att bli smittade, något som Tasneem et. al. (2019: 791ff) också tar upp som en fördel med distansbesök.

7.2 Konsekvenserna av samtal via videolänk

Genomgående diskuterade de intervjuade kuratorerna hur tillgängligheten för de patienter som inte kan ta sig till sjukhuset på grund av lång resväg har ökat. Detta är även något som mycket av den tidigare forskning som använts visat (Tasneem et. al., 2019: 791f). Det har inom tidigare forskning diskuterats kring vad konsekvensen av samtal på videolänk kan bli (Banks et.al., 2020: 572; Kahn, 2015: 1685). Intervjupersonerna i denna studie har likt den tidigare forskningen diskuterat etiska dilemman eller konsekvenser som samtal på distans medför. Framförallt berördes oro kring vem som hör samtalet, detta kopplat till konfidentialitetskravet (McCarthy & Clancy, 2002: 156). I samband med detta aktualiserades även våld i hemmet, att den som utsätts kanske inte berättar vad som pågår för att förövaren kan lyssna när de befinner sig i hemmet. Detta knyter an till forskning gjord under Covid-19-pandemin och socialarbetares svårigheter och hantering av liknande situationer (Banks et. al., 2020: 575; Truell, 2020).

En annan konsekvens som var påtaglig i intervjuerna var att behandlingsrelationen påverkas genom att man inte är i samma rum när samtalet genomförs. Anledningen till detta är flera, men bland annat handlar det om att kommunikationen blir annorlunda när samtalen inte ser ut som de brukar. Kuratorerna nämner att den icke-verbala kommunikationen främst påverkas, eftersom man inte får en helhetssyn av patienten. Det blir svårt att spegla patientens beteende, någon som annars är viktigt för att bygga relation till patienten. Kuratorerna beskriver också att det i vissa fall kan vara svårare att visa omsorg, eftersom man inte på samma sätt kan använda sig av sådant man i vanliga fall gör, till exempel beröring eller att följa med patienten ut.

Relationen kan även bli annorlunda till följd av att samtalets struktur inte ser likadan ut som vid fysiska besök. Många kuratorer hävdar att samtalets upplägg ser likadant ut vid videosamtal som vid fysiska samtal, men vissa menar ändå att sammanhangsmarkeringen blir annorlunda. Detta kan bero på att man i ett nytt arbetssätt har svårt att applicera strategier man använder sig av i de arbetssätt man är van vid. Dessutom uteblir en del av sammanhangsmarkeringen, den som börjar när man hämtar patienten i väntrummet, vilken också hjälper till att bygga relation.

Kahn (2015: 1685) menar att det är svårt att veta vilka effekter eller konsekvenser detta arbetssätt kommer att få eftersom det är ett nytt arbetssätt för många. Kuratorerna i denna studie var tydliga med att de har en begränsad erfarenhet av arbetssättet, då de inte arbetat

med det under någon längre period. Kuratorerna kunde därför inte säkert säga vilka konsekvenser arbetssättet kommer att få, något som Kahn (ibid) också diskuterar i sin forskning. De intervjuade kuratorerna var positiva till att fortsätta arbetet med stödsamtal via videolänk även efter pandemin, då detta är ett sätt att öka vårdens tillgänglighet för patienterna. Det kan därför vara intressant att titta vidare på detta, när arbetssättet används i större utsträckning samt har använts under en längre period.

Vidare anser vi att det är relevant att diskutera den tidigare forskning som skrevs innan Covid-19 pandemin bröt ut. Tidigare har videobesök endast varit ett komplement till fysiska besök, men under den tid vår studie är genomförd är fysiska besök inte ett alternativ till följd av de restriktioner vi rekommenderas följa. Detta gör alltså att videobesöken under de omständigheter vi lever idag är ett "måste", och kan därför inte ses som ett komplement. Vi anser därför det viktigt att poängtera att den tidigare forskning som inte är skriven under Covid-19 kanske inte helt går att analyseras ur den ståndpunkt vi utgått ifrån. Resultaten i vår studie jämfört med den tidigare forskningen bygger alltså på olika grunder.

Intervjupersonerna i de olika studierna har inte samma förutsättningar och ser troligtvis på videobesöken på olika sätt, på grund av att det tidigare varit ett komplement men nu snarare är det arbetssätt som är standard.

I den tidigare forskningen kan man se att arbetet med videosamtal har funnits under en lång period, den äldsta tidigare forskning vi använt är nästan 20 år gammal. Trots detta har arbetssättet inom vården i Sverige inte använts i särskilt stor utsträckning förrän nu, när fysiska möten utesluts till följd av Covid-19. Anledningen till detta kan vi inte svara på. Däremot utifrån vad denna studie fått fram för resultat, kan vi spekulera. Kanske beror detta på att de fysiska besöken fungerar på ett så pass bra sätt att man inte känt något behov av ett alternativ. Det alternativ som funnits när fysiska besök inte genomförts, alltså telefonsamtal, har även det fungerat bra. Man kanske därför helt enkelt inte har reflekterat kring vad videosamtal kan bidra med för fördelar inom arbetet med patienter, förrän man var tvungen när ett arbetssätt föll bort. Detta är dock som sagt endast spekulationer, det är mycket möjligt att vissa delar av vården planerade för uppstart av användandet av videosamtal redan innan pandemin, men att pandemin påskyndade processen. Som denna studie visar finns många fördelar, men också vissa nackdelar med stödsamtal via videolänk, men det är mycket troligt att detta arbetssätt kommer användas inom vården även efter pandemin. Kanske behövdes en omständighet likt denna för att på allvar få igång nästa steg av digitaliseringen inom vården.

7.3 Vidare forskning

Vi anser att denna studie har potential till att utvecklas vidare. Eftersom Covid-19 bidragit till att samhället nu befinner sig i en ny situation än tidigare, har vi varit tvungna att anpassa oss, både privat och på arbetet. Videosamtal är som vi nu vet ett sätt att anpassa kuratorsarbetet efter dessa nya förutsättningar. Detta arbetssätt är nytt och har använts i en liten utsträckning, vilket gör att det även finns utvecklingspotential här. I takt med att arbetssättet utvecklas och att de yrkesprofessionella blir varmare i kläderna kring arbetssättet finns det vidare forskning som kan göras på området, eftersom området är under utveckling. Vidare forskningsområde hade kunnat vara att utveckla denna studie, exempelvis genom att använda sig av liknande intervjuguide och öka antalet respondenter för att potentiellt kunna påvisa en ökad överförbarhet, eller göra en liknande studie med en kvantitativ forskningsmetod. Ett annat alternativ är att göra en uppföljning med de intervjupersoner som deltagit i denna studie, när arbetssättet är mer etablerat och kanske mer använt, en form av longitudinell studie. Dock kan det som antas vara mest relevant inför framtiden vara att intervjua patienter som stått på andra sidan av videosamtalet. Hur de har upplevt situationen och deras upplevelser kring att samtala med en kurator genom en skärm.

Referenser

Akademikerförbundet SSR (u.å.): *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 2020-10-06 från <https://akademssr.se/yrkesfragor/socionom/kurator-inom-halso-och-sjukvard>

Alftberg, Å. (2012) *Vad är det att åldras?* Lund: Lunds universitet

A.Osuji, T., Macias, M., McMullen, C., Haupt, E., Mittman, B., A. Mularski, R., E. Wang, S., Werch, H. & Q. Nguyen, H. (2020): Clinician Perspectives on Implementing Video Visits in Home-Based Palliative Care. *Palliative Medicine Reports*. Vol. 1(1). doi: 10.1089/pmr.2020.0074

Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., M. Sobocan, A., Strom, K., Truell, R., Jesús Úriz, M., Weinberg, M. (2020): Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, Vol. 63(5). doi: 10.1177/0020872820949614

Bernler, G. & Johnsson, L. (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Birkler, J. & Dahl, M. R. (2014): *Den digitala patienten*. Malmö: Liber.

Blom, B., Lalos, A., Morén, S. & Olsson, M. (2014): *Hälso- och sjukvården - en central arena för socialt arbete*. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bodinger Larsson, A. (2020): *Coronapandemin har satt fart på digitaliseringen*. Framtidens karriär, Socionom nr. 6.

Bryman, A. (2016): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Dellgran, P. (2015): *Människobehandlande professioner*. I: Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015)(red): *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

David, M. & Sutton, C. D. (2016): *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur

Eide, T. & Eide, H.(2006): *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Liber AB.

Ek, H., Eriksson, R. & Schnelzer, L. (2015): Stödande samtal som psykologisk behandling inom Barn-och ungdomspsykiatri (BUP). *Tidskrift för psykisk helsearbete*. Vol.12(3). Universitetsforlaget.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Skydda dig och andra från smittspridning*. Hämtad 2020-10-06 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/>

Folkhälsomyndigheten (2020): *Om viruset och sjukdomen*. Hämtad 2020-10-13 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>

Folkhälsomyndigheten (2020): *Smittspridning*. Hämtad 2020-10-13 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/>

Forinder, U. & Olsson, M. (2014): Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Giddens, A. & Sutton, P. W. (2014): *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Guzman, D., Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., L. Williams, J., Najera, J., Raznahan, M. & L. Carmack, C. (2019): Enhancing Palliative care patient access to psychological counseling through outreach telehealth services. *WILEY Psycho-Oncology*. 2020;29:132-138. doi: 10.1002/pon.5270

Gåfvels, C. (2014): Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2000): *Socialpsykologi - en introduktion*. Malmö: Liber

Jacobsen, D. I. (2012): *Förståelse, beskrivning och förklaring : introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015): Inledning. I: Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015)(red): *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011): *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Kahn, J. M. (2015): Virtual Visits — Confronting the Challenges of Telemedicine. *The New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMp1500533

Kajander, M. & Storm, N. (2017): “Kontakt med ett tryck”: hemmaboende brukeres erfaringer med videosamtaler. *Nordisk sygeplejeforskning Vol. 7*. doi: 10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-02

Kalman, H. & Lövgren, V. (2012): *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Kjellström, S. (2012): Delaktighetens etik och ansvar för delaktighet. I: Bülow, P., Persson Thunqvist, D. & Sandén, I. (2012) (red): *Delaktighetens praktik: Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Malmö. Gleerups.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lalos, A. & Olsson, M. (2014): Innehåll i socialt arbete i hälso- och sjukvården. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Larson, G. (2008): “Anti-oppressive Practice in Mental Health”. *Journal of Progressive Human Services Vol. 19*(1).

Larsson, S. (2005): Teori, metod och empiri. I: Larsson, S., Lilja, J., Mannheimer, K. (2005)(red): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund. Studentlitteratur.

Lennér Axelsson, B. (2010): *Förluster- om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lundin, A., Benkel, I., De Neergaard, G., Johansson, B. & Öhrling, C. (2019): *Kurator inom hälso-och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009): *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

McCarty, D. & Clancy, C. (2002): Telehealth: Implications for Social Work Practice. *Social Work, Vol.47(2)*. doi: 10.1093/sw/47.2.153

Nationalencyklopedin, pandemi. Hämtad 2020-11-20 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/pandemi>

Petitt, B. & Olson, H. (2013): *Om svar anhålles! En bok om Interaktionistiskt förändringsarbete. Teori och Analys*. Lund: Studentlitteratur.

Rautalinko, E. (2013): *Samtalsfärdigheter- stöd, vägledning och ledarskap*. Erik Rautalinko och Liber AB.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015): *Från stoff till studie : om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur

SFS 2001:453 Socialtjänstlagen.

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen.

Socialstyrelsen - Swedish National Board of Health and Welfare (2005): *Socialstyrelsens termbank. Stödjande samtal*. Hämtad 2020-10-15 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=331&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen- Swedish National Board of Health and Welfare (2011): *Socialstyrelsens termbank. Multiprofessionellt team*. Hämtad 2020-10-16 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=477&SrcLang=sv>

Stureson, L. & Groth, K. (2018): Effects of the Digital Transformation: Qualitative Study on the Disturbances and Limitations of Using Video Visits in Outpatient Care. *Journal of medical Internet research, Vol.20(6)*. doi: 10.2196/jmir.9866

Sveriges kommuner och regioner (2020): *Snabb ökning av digitala vårdtjänster*. Hämtad 2020-10-13 från

<https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/snabbokningavdigitalavardtjanster.33078.htm>

1

Tasneem, S., Kim, A., Bagheri, A. & Labret, J. (2019): Telemedicine Video Visits for patients receiving palliative care: A qualitative study. *American Journal of Hospice & Palliative medicine*. Vol. 36(9). doi: 10.1177/1049909119846843

Truell, R. (2020): News from our societies – IFSW: COVID-19: The struggle, success and expansion of social work – Reflections on the profession’s global response, 5 months on. *International Social Work*, Vol. 63(4). doi: 10.1177/0020872820936448

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wihlborg, A. (2020): *Coronapandemin ökar den psykiska ohälsan*. Framtidens karriär, Socionom nr.6.

World Health Organization, WHO (2020): *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Hämtad 2020-10-13 från <https://covid19.who.int/>

Bilaga 1

Intervjuguide

1. I vilken utsträckning har du arbetat med stödsamtal via videolänk?
2. Har du arbetat med detta även innan pandemin? Berätta!
3. Kan du berätta mer om din erfarenhet av detta arbetssätt?
4. Kan du beskriva hur ett stödsamtal via videolänk brukar se ut?
5. Påverkas kvaliteten av samtalet när man har dem via länk? Isåfall hur?
6. Vad kan konsekvenserna bli när man träffar patienter, och anhöriga på distans? - för/nackdelar
7. Fungerar det att arbeta med alla patienter på detta sätt? Om inte, vilka fungerar det med och med vilka fungerar det inte?
8. Finns det några större skillnader på att träffa patienter fysiskt gentemot att träffa dem via videolänk?
9. Finns det några större skillnader på att ha stödsamtal via videolänk gentemot att ha stödsamtal via telefon? Om ja, vad?
10. Upplever du samtal fysisk och på distans som jämlika? - Varför?
11. Upplever du detta arbetssätt som mer effektivt?

Bilaga 2

Informationsblad

Hej!

Du har blivit inbjuden att delta i en kandidatuppsats (C-uppsats) på socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. Syftet med studien är att undersöka kuratorers upplevelse av att hålla stödsamtal via videolänk, kopplat till den rådande Covid-19 pandemin. Vi har valt att fokusera denna studie på just sjukhuskuratorer inom den somatiska vården. För att delta i studien krävs att du i någon mån arbetat med stödsamtal via videolänk.

Studien är en kvalitativ studie, och vi önskar därför utföra enskilda intervjuer. Tidsåtgången beräknas vara ungefär 30-60 minuter. Intervjuerna önskar vi hålla under oktober månad.

På grund av den rådande pandemin kommer intervjuerna erbjudas både fysiskt och på distans (via videolänk). Det är upp till Dig som deltagare i studien att avgöra vad Du känner dig trygg med. Vid fysiskt möte sker de vid Din arbetsplats. Det är viktigt att påpeka att medverkandet i studien är frivilligt, och att ditt deltagande när som helst kan avbrytas.

Alla intervjuer kommer att spelas in och sedan transkriberas och analyseras av oss författare. All information kommer att avidentifieras och ges koder så att det inte går att koppla till en enskild person. Allt inspelat och utskrivet material kommer bara att finnas tillgängligt för författarna. Vår handledare från universitetet kommer endast ta del av anonymiserade citat från intervjuerna.

Transkriberingarna och ljudfilerna kommer att hållas inlåsta under denna period och kommer efter uppsatsen godkännande att förstöras.

Är Du intresserad av att delta eller vill veta mer är Du välkommen att kontakta oss. Vi heter Emelie Fasth och Astrid Rundberg, och vi studerar sjätte terminen på socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. Vi nås via mejl samt på telefon mellan klockan 08-16.

Emelie Fasth
gusfasthem@student.gu.se
073-409 86 35

Astrid Rundberg
gusrunas@student.gu.se
073-067 88 60

Daniel Ståhl
Handledare
daniel.stahl@gu.se