



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV DIGITALA VÅRDMÖTEN INOM DIABETESVÅRDEN

En kvalitativ intervjustudie

**Therese Schagerlind
Magdalena Stosic**

Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot diabetesvård 15hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom Diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/VT 2020/2021
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel svensk:	Sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården
Titel engelsk:	Nurses´experiences of digital care meetings in diabetes care
Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/VT 2020/2021
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	Digitala vårdmöten, diabetesvård, diabetes mellitus, sjuksköterska, erfarenheter, personcentrerad vård

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus är en sjukdom som innebär upprepade och långvariga vårdrelationer – där diabetessjuksköterskan ska stå för kontinuitet, stöd och handledning av patienter med diabetes mellitus. Digitala vårdmöten ska bidra till att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd. Denna vårdform anses även främja kommunikationen och vårdrelationen mellan patienten och vårdaren. Farhågor och utmaningar med digitala verktyg finns beskrivet i tidigare forskning, till exempel hur digitaliseringen påverkar vårdrelationen. I samband med koronapandemin 2020 ökade användning av digitala vårdmöten och genom att studera sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården, kan vi få en större förståelse för hur verktyget kan användas och utnyttjas på bästa sätt.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården.

Metod: En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer användes. Sex sjuksköterskor med erfarenhet av digitala vårdmöten inom diabetesvården intervjuades med hjälp av en intervjuguide. Insamlade data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Erfarenheterna kring digitala vårdmöten mynnade ut i ett tema; ”Digitala vårdmöten i diabetesvården -ett komplement till fysiska vårdmöten”, med fyra kategorier och fjorton subkategorier. *Implementering av digitala vårdmöten*; pandemin som katalysator och införandeprocessen. *Fördelar med digitala vårdmöten*; ökad flexibilitet, effektivare uppföljning, fördelaktigt ur ett samhällsperspektiv, främjad delaktighet och möjlighet att dela patientdata. *Utmaningar med digitala vårdmöten*; begränsningar gällande fysiska kontroller,

administrativa hinder, negativa interaktionsaspekter och tekniska utmaningar.

Rekommendationer för användning av digitala vårdmöten; förutsättningar för digitala vårdmöten, särskilt fördelaktigt vid täta uppföljningar och mindre lämplig för vissa patientgrupper.

Slutsats: Informanterna beskrev positiva erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården. Verktöget beskrevs som flexibelt och upplevdes bidra till delaktighet och jämlikhet för patienterna. Att den tekniska utrustningen fanns på plats och fungerade var en förutsättning samtidigt var det en begränsning att inte kunde genomföra fysiska undersökningar. Därför beskrevs digitala vårdmöten som ett komplement till de fysiska vårdmötena inom diabetesvården, speciellt gynnsamt vid täta uppföljningar.

Nyckelord: Digitala vårdmöten, diabetesvård, diabetes mellitus, sjuksköterska, erfarenheter, personcentrerad vård.

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a disease that involves repeated and long-term patient – caregiver relationships – where the diabetes nurse should provide continuity, support and guidance for patients with diabetes mellitus. Digital healthcare meetings aim to help people achieve good and equal health and welfare. This form of care is also considered to promote both communication and the caregiver - patient relationship. Concerns and challenges with digital tools are described in previous research, such as how digitalisation affects the healthcare relationship. Due to the corona pandemic 2020, there was an increased use of digital care meetings, and by studying nurses' experiences of digital care meetings in diabetic care, we can gain a more profound understanding of how the tool can be used and utilized in the best way possible.

Purpose: To describe nurses' experiences of digital care meetings in diabetic care.

Method: A qualitative method of semi-structured interviews was used. Six nurses with experience in digital care meetings in diabetic care were interviewed with the help of an interview guide. The collected data was analysed using qualitative content analysis.

Results: The experience of digital healthcare meetings resulted in a theme; "Digital care meetings in diabetic care - a complement to physical care meetings", with four categories and fourteen subcategories. *Implementation of digital healthcare meetings*; the pandemic as a catalyst and the implementation process. *Benefits of digital healthcare meetings*; increased flexibility, more effective follow-ups, beneficial from a societal perspective, promoted participation and the ability to share patient data. *Challenges with digital healthcare meetings*; limitations on performing physical examinations, administrative barriers, negative interaction aspects and technical challenges. *Recommendations for the use of digital healthcare meetings*; conditions for digital care meetings, especially beneficial in frequent follow-ups and less suitable for certain patient groups.

Conclusion: The informants described positive experiences of digital healthcare meetings in diabetic care. The tool was described as flexible and was perceived to contribute to participation and equality for patients. The availability and functioning of the technical equipment were a prerequisite and at the same time was it a limitation that physical examinations could not be performed. Therefore, digital care meetings were described as a complement to the physical care meetings in diabetic care, especially favourable in frequent follow-ups.

Keywords: Digital care meetings, diabetes care, diabetes mellitus, nurse, experiences, person centred care.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Diabetes mellitus	2
Egenmätning för att uppnå glukoskontroll	4
Diabetesvård	5
Vårdrelationen.....	7
Personcentrerad vård.....	8
Digitala vårdmöten.....	9
Vision 2025 - att tänka nytt	10
Tidigare forskning om vårdpersonals erfarenheter om digitala vårdmöten	10
Problemformulering.....	12
Syfte	12
Metod	12
Design.....	12
Urval	12
Datainsamling	13
Forskarnas förståelse.....	13
Dataanalys	14
Etiska överväganden.....	15
Resultat.....	16
Implementering av digitala vårdmöten.....	16
Pandemin som katalysator	16
Införandeprocessen	17
Fördelar med digitala vårdmöten.....	18
Ökad flexibilitet	18
Effektivare uppföljningar.....	18
Fördelaktigt ur ett samhällsperspektiv	19
Främjad delaktighet	19
Möjlighet att dela patientdata.....	20
Utmaningar med digitala vårdmöten	20

Begränsningar gällande fysiska kontroller.....	20
Administrativa hinder	21
Negativa interaktionsaspekter	21
Tekniska utmaningar.....	21
Rekommendationer för användande av digitala vårdmöten.....	23
Förutsättningar för digitala vårdmöten	23
Särskilt fördelaktigt vid täta uppföljningar	23
Mindre lämpligt för vissa patientgrupper	24
Diskussion	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion	26
Slutsats	29
Referenslista	31
Bilaga 1	36
Bilaga 2	37

Inledning

Enligt siffror från WHO har 422 miljoner människor världen över diabetes och 1.6 miljoner dödsfall är direkt orsakad av diabetes varje år (World Health Organisation, u.å-a). Diabetes mellitus innebär i de flesta fall livslång sjukdom och kräver anpassning och medvetenhet om livsstilsval. Regelbunden uppföljning, stöd och undervisning är viktiga verktyg för att patienter med diabetes ska nå sina mål.

Digitalisering av olika tjänster inom hälso- och sjukvården är idag under utveckling. Drivkrafter så som tillgänglighet, effektivitet och resurshållning är faktorer bidragande till detta. Regeringskansliet samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram en vision för e-hälsa. Visionen är att Sverige ska vara ledande på att utnyttja e-hälsa och digitalisering, med målet att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd (Regeringsbeslut, 2016-03-10).

Ökade krav på besparingar, både avseende ekonomi och personal, innebär att man letar efter nya arbetssätt och metoder. Vården rör sig också mer och mer mot att sträva efter att arbeta personcentrerat – ett arbetssätt där patientens inflytande är i fokus och där patienten ses som en jämbördig partner i relation till sin vård. Digitala verktyg ger större flexibilitet både avseende tid och plats för den vården som erbjuds och ökad användning av digitala verktyg ses som en möjlighet att effektivisera och spara resurser.

WHO har undersökt hur koronapandemin påverkat diabetesvården och resultatet visade att många patienter med diabetes inte har fått den vård de varit i behov av. Enligt WHO är det av stor vikt att hitta sätt att erbjuda basal vård till dessa patienter – trots pandemin. För att fortsätta erbjuda vård till patienter med diabetes valde många vårdgivare att i ökande omfattning använda sig av digitala vårdmöten våren 2020. WHO fann att bland de länder som uppgav att de hade en påverkan på tillgängligheten till diabetesvård – använde 58 % telefon eller videosamtal för att ersätta de fysiska besöken (World Health Organisation, u.å-b).

Den pågående pandemin har alltså påskyndat processen med att arbeta digitalt och många sjukvårdsmottagningar har därigenom fått erfarenhet av att använda digitala vårdmöten. Det är viktigt att denna erfarenhet tas till vara. Inom ramen för vårt examensarbete önskar vi därför inhämta erfarenheter hos sjuksköterskor i diabetesvården som använder sig av digitala vårdmöten. Förhoppningsvis kan både vi och kollegor dra nytta av detta i det vidare arbete med patienter med diabetes.

Bakgrund

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus är ett samlingsnamn på olika diabetesformer – de två mest vanligt förekommande formerna är diabetes typ 1 och typ 2 (Hanås, 2018). I Sverige lever uppskattningsvis ca 500 000 individer med diabetes mellitus, var av ca 50 000 individer lever med typ 1 diabetes och ca 7000 av dessa är barn (Diabetesförbundet, u.å).

Typ 1 diabetes debuterar ofta i barnåren men kan även debutera senare under livet. Det är en autoimmun sjukdom med betacellsdestruktion i bukspottkörteln (som producerar hormonet insulin) vilket leder till insulinbrist. Orsakssammanhangen till sjukdomen är ej helt klarlagda men en rad olika hypoteser finns med koppling till virus, hygien, vitamin D, tarmflora, snabb viktuppgång, ämnen i kosten och stress (Landin-Olsson, 2020). Insjuknandet i typ 1 diabetes sker ofta plötsligt och föregås ofta av ökad urinmängd och törst (Östenson, 2020).

Insulinbristen bidrar till att glukos har svårt att lagras in i cellerna vilket resulterar i hyperglykemi. Hyperglykemin bidrar till att glukos inte kan absorberas i njurarna och glukosen drar till sig vatten ut i urinen, vilket leder till ökad urinmängd. Detta leder till symtom med ökad törst och urinmängd (Hanås, 2018). För att fastställa typ 1 diabetes diagnosen tas blodprov för att detektera antikroppar mot betacellsstrukturer. De mest vanlig förekommande är islet cell antibodies (ICA), glutaminsyradekarboxylas (GAD) och insulinomassocierat antigen 2 (IA-2) (Nordin, 2020). Vidare tas även blodprov på C- peptid för att detektera kvarvarande insulinproduktion. Insulinbristen innebär att den enda fungerande läkemedelsbehandlingen vid typ 1 diabetes är kort- och långtidsverkande insulin som administreras via subkutan injektion med insulinpenna eller kortverkande insulin via insulinpump (Hanås, 2018).

Vid Typ 2 diabetes sker succesivt stigande blodsockervärden över tid på grund av ökad insulinresistens i cellerna. Detta innebär att cellerna har svårt att reagera på det insulin som frisätts (Västra Götalandregionen, 2019) samtidigt är insulinfrisättningen från bukspottkörteln minskad (Eliasson, 2020). Risken att insjukna i typ 2 diabetes anses bero på många olika faktorer så som; ärftlighet, fysisk inaktivitet, kostvanor och ett högt näringsinnehåll (Eliasson, 2020).

Diabetes under graviditeten delas in i pregestationell diabetes mellitus (PGDM) (typ 1 och typ 2 diabetes) där diagnosen inte är relaterad till graviditeten och graviditetsdiabetes (GDM). Graviditetsdiabetes är diabetes som upptäcks under graviditet och som förekommer på grund av att glukosmetabolismen är påverkad under denna period, men som oftast normaliseras efter graviditeten (Internetmedicin, 2020c). Framför allt kan detta skede inträffa under senare delen av graviditeten då insulinresistensen ökar och insulinkänsligheten minskar. Behandlingen vid GDM består av kostråd, fysisk aktivitet, eventuell behandling med Metformin eller

kortverkande insulinbehandling till måltider och/ eller medellångverkande insulin till natten (Ursing, 2020).

Ohälsosamma kostvanor ökar risken för sjukdom, sänkt livskvalité och död i förtid. Kostråd används som ett verktyg och bör anpassas till individens förutsättningar för att nå blodsockermål, lägre HbA1c, viktkontroll och minska risken för komplikationer. Kostråden finns framför allt för patienter med typ 2 diabetes, där rekommendationer finns kring bland annat frukt och grönsaker, baljväxter, fisk, fullkorn, alkohol och nötter. Dessa kan med fördel användas även till patienter med typ 1 diabetes. Mellanmål och tallriksmodellen kan vara strategier för att minska intaget av stora energimängder till huvudmålen, där tallriksmodellen bidrar med vägledning om fördelning av kolhydrater, proteiner och grönsaker (Socialstyrelsen, 2011). Ett annat verktyg för att nå blodsockermål och i sin tur påverka utveckling av långtidskomplikationer är kolhydraträkning som framför allt lämpar sig för patienter med typ 1 diabetes. Kolhydraträkning används för att räkna ut hur mycket insulin som behövs till mängden gram kolhydrater som en måltid innehåller (Hanås, 2018).

I tillägg till kosten är fysisk aktivitet en grundläggande behandling vid typ 2 diabetes – vilket framför allt minskar insulinresistensen samt kan minska risken för förtidig död, övervikt och hjärt- och kärlsjukdom. Förutom råd kring dagliga promenader rekommenderas att patienter med typ 2 diabetes får stödande samtal för att öka den fysiska aktiviteten. Fysisk aktivitet är kortsiktigt gynnsamt för att öka glukosupptaget i skelettmuskulaturen, på lång sikt kan den fysiska aktiviteten bidra med viktnedgång och minskad insulinresistens. Sambandet mellan övervikt och insulinresistensen, antas bero på att fettcellerna producerar insulinantagonistiska substanser (Internetmedicin, 2020b).

Stöd till fysisk aktivitet ska även erbjudas patienter med typ 1 diabetes, men det finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag att fysiska aktiviteten har samma effekt på denna patientgrupp som de som har typ 2 diabetes. Erfarenhet har ändå visat att fysisk aktivitet för patienter med typ 1 diabetes har samma vinster som hos de som inte har diabetes (Socialstyrelsen, 2018).

När kost och fysisk aktivitet inte är tillräcklig för att uppnå normaliserade blodsockervärden för patienter med typ 2 diabetes, bör läkemedelsbehandling startas för att minska risk för komplikationer (Socialstyrelsen, 2018). Tablettbehandling med Metformin, som är ett peroralt antidiabetikum (FASS, u.å), är då första linjens behandling (Västra Götalandregionen, 2019). När behandling med Metformin inte är tillräckligt för att uppnå normaliserade blodglukosnivåer eller då patienten på grund av biverkningar inte tolererar Metformin, kan det bli aktuellt med andra läkemedelsbehandlingar (Västra Götalandregionen, 2019) såsom insulininjektioner eller andra glukossänkande läkemedel (Socialstyrelsen, 2018). Valet av behandling styrs av patientens glukosnivåer och med beaktning på kardiovaskulär sjukdom, hypoglykemi, risk för viktuppgång och njurfunktionsvärde (Jendle, 2020). Intensiv

glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2 diabetes kan minska risken för hjärt- och kärlhändelse samt minskar risken för långtidskomplikationer (Johansson & Wredling, 2012).

Ökad risk att utveckla komplikationer finns hos de som lever diabetes. Det beror inte enbart på höga blodsockervärden, utan kan även påverkas av högt kolesterol, högt blodtryck och höga nivåer av insulin- vilket framför allt påverkar åderförkalkning i stora blodkärl (makroangiopati). De små blodkärlen kan även påverkas av höga blodsockernivåer, genom att höga blodsockernivåer bidrar till att mer glukos lagras in i de röda blodkropparna som då blir styvare - detta bidrar till att det kan uppstå syrebrist i de små kärlen med komplikationer i framförallt njurar, ögon och nerver (mikroangiopati) (Hanås, 2018). I studierna UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998) och Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) (Nathan et al., 1993) framkom färre mikrovaskulära komplikationer och makrovaskulära komplikationer hos patienter med diabetes då de med hjälp av intensiv blodsockersänkande läkemedelsbehandling kunde sänka sina blodsockernivåer.

Egenmätning för att uppnå glukoskontroll

För att kunna nå normaliserade blodsockervärden och för att minska risken för långtidskomplikationer, är ett av de viktigaste verktygen i patientens vård egenmätning av blodglukos (Berne & Sörman, 2010). Blodsockermätningarna fungerar som ett pedagogiskt verktyg och skapar förståelse kring hur patientens livsstil påverkar blodsockernivåerna. Vid höga HbA1c värden kan egenmätning bidra till motivation kring medicinering och förändring i levnadsvanor (Insulander, 2012). HbA1c 52 mmol/mol och lägre innebär minskad risk att utveckla komplikationer. Barnsjukvården har idag målvärde HbA1c 48 mmol/mol som då innebär god blodglukoskontroll (Fors, 2020), gällande GDM och PGDM rekommenderas målvärde HbA1c 42 mmol/mol (Ursing, 2020).

Individuella blodsockermål ska sättas; optimalt är 4-8 mmol/L inför måltid och 6-10 mmol/L efter måltid (Diabeteshandboken, u.å-a). Hur ofta egenmätning rekommenderas styrs utifrån olika faktorer, extra mätningar bör bland annat göras vid sjukdom, graviditet och fysisk aktivitet (Jendle, 2020). Patienter med typ 1 diabetes rekommenderas att mäta sitt blodsocker minst fyra gånger/dag för att uppnå god glukoskontroll, med utgångspunkt i individens behov om hur ofta och när det utförs. Rekommendation gällande frekvens och tidpunkt för mätning hos patienter med typ 2 diabetes är att det ska bedömas utifrån varje individs behov (Läkemedelskommittén, 2016).

För att uppnå blodglukosmål finns det även möjlighet till kontinuerlig sensorglukosmätning (Continuous Glucose Monitoring- CGM). Detta innebär att en glukosensor appliceras subkutant som mäter glukosvärdet i interstitialvätskan. De aktuella glukosvärdena skickas vidare till en mottagare eller en insulinpump och en profilkurva över glukosvärdena kan då utläsas. Idag finns två kategorier av CGM system tillgängligt; Realtids CGM (rtCGM) som ger

information om aktuellt sensorvärde var 5:e minut och intermittent scanning CGM (isCGM) som visar aktuellt sensorvärde vid aktiv scanning av sensor (Hellman, 2020). Enligt de nationella riktlinjerna för diabetesvård bör CGM erbjudas patienter med typ 1 diabetes, men kan även utifrån vissa indikationer erbjudas patienter med typ 2 diabetes (Socialstyrelsen, 2018). För att analysera data som CGM systemen, blodsockermätare och insulinpumpar innehar finns bland annat programvaran Diasend som sammanställer medelvärde, uppskattat HbA1c, standardavvikelser och tid i målområde. Analysverktygets data kan sedan användas i utvärdering av aktuella glukosvärden (Hellman, 2020).

Insulinpump kan erbjudas patienter med typ 1 diabetes för att uppnå förbättrad glukoskontroll, detta innebär att pumpen förbereds med kortverkande insulin som administreras kontinuerligt (basal) utifrån specifika inställningar i pumpen till kroppen via en subkutan pump nål. Vidare ges samma kortverkande insulin som bolusdos till måltiderna. Insulinpumpar kan ha integrerade CGM system (Hellman, 2020). Integrerade CGM system i insulinpumpar finns som suspensierar pumpens basinsulin vid hypoglykemier - kallad SAP (Sensor Augumented Pump) samt kombinerat system som ökar och stänger av insulintillförseln vid hyper- respektive hypoglykemi- kallad HCL (Hybrid Closed Loop system) (Internetmedicin, 2020a).

Diabetesvård

Diabetesvården i Sverige grundas på de ”Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes”. Riktlinjerna är skrivna som ett samarbete mellan Svenska Diabetesförbundet och den medicinska professionen med stöd från Socialstyrelsen (Sörman, 2012). Enligt dessa riktlinjer är en viktig framgångsfaktor för diabetesvården att patienterna får tillgång till vården i den utsträckning som krävs och att vården ges av personal med nödvändig kompetens (Socialstyrelsen, 2018).

Patienter med typ 1 diabetes omhändertas idag via specialistsjukvården på sjukhus. En viktig förutsättning i omhändertagande av patienten är att teamet har kompetens och kunskap om sjukdomen (Berne, 2012). Vilka som ingår i teamet kring patienten kan se lite olika ut beroende på vart vården bedrivs. Ett tvärprofessionellt team är gynnsamt för patienten och kan bidra med förbättrad metabol kontroll och ökad delaktighet i sin vård. Teamet kring patienten kan bestå av behandlande läkare tillsammans med diabetessjuksköterska, fotvårdsterapeut, fysioterapeut och dietist. I vissa fall finns även en kurator eller psykolog att tillgå (Lindberg, 2020). Lindberg (2020) rekommenderar att besök till mottagningen bestäms utifrån behandlingsplan och mål tillsammans med patienten. Rekommendationen är dock var 3:e- 6:e månad (Berne, 2012). Vid diabetes hos den gravida kvinnan är det viktigt med obstetrisk övervakning. Den gravida kvinnan med diabetes vårdas oftast inom specialistmödravården som utgörs av diabetolog, obstetriker och diabetessjuksköterskor eller barnmorskor med utbildning inom diabetes och dietist. Neonatolog, nefrolog och oftalmolog kan även behöva inkluderas i teamet (Ursing, 2020).

Patienter med typ 2 diabetes följs främst via primärvården men vid komplikationer eller svårbehandlad diabetes kan omhändertagandet ske via specialistsjukvården (Västra Götalandregionen, 2019). Teamet inom primärvården som vårdar patienter med typ 2 diabetes består vanligen av en diabetesansvarig läkare och sjuksköterska med specialistkunskap inom diabetes. Ibland kan även en fotvårdsterapeut, fysioterapeut och dietist vara kopplad till teamet (Jansson, 2020). Västra Götalands Regionens regionala riktlinjer "Diabetes - individuell vårdöverenskommelse" (Kronquist, Ernholm, Carlsson, & Attvall, 2008) rekommenderar att patienter med diabetes erbjuds årliga kontroller av sitt hälsotillstånd. Kontrollerna ska innebära utbildning i diabetes, uppföljning av vitalparametrar (blodtryck, vikt) samt provtagning (blodfetter med mera) samt uppföljning gällande motion, rökning, matvanor och fotundersökning. Enligt Diabeteshandboken bör patienter med välreglerad typ 2 diabetes ha mottagningsbesök 1 gång per år hos läkare samt 1 gång per år hos diabetessjuksköterskan (Diabeteshandboken, u.å-b).

För barn med diabetes typ 1 och typ 2 sker omhändertagandet via specialistmottagning på barn och ungdomsklinik (Ludvigsson, Hanås, & Åman, 2010). Ett multidisciplinärt team tar hand om barnet; läkare med specialistkunskap inom diabetes/endokrinologi, sjuksköterska med specialistkunskaper inom diabetes, kurator, psykolog och dietist. Fokus ligger på att de centrala i diabetesteamet är barnet och dess föräldrar. Uppföljning bör ske minst var tredje månad eller oftare vid behov (Pihoker et al., 2018). Vid insjuknande i typ 1 diabetes hos barn krävs undervisning för föräldrarna och barnet för att kunna hantera sjukdomen (Viklund, 2012). Typ 1 diabetes är en komplex och krävande sjukdom och då det unga barnen inte kan sköta om sin diabetes själv på ett tillfredställande sätt, behövs det stöd från vuxna (Davis et al., 2001). Huvudansvaret att balansera blodsockernivåer genom insulinbehandling, matintag och fysisk aktivitet ligger således hos föräldrarna (Fornasini, Miele, & Piras, 2020) men beroende på barnets utvecklingsfas och ålder är behovet olika (Ludvigsson et al., 2010).

Diabetessjuksköterskan ska arbeta enligt de nationella och regionala riktlinjerna för diabetesvård. Riktlinjerna omfattar prevention och levnadsvanor för patienter med diabetes och är ett stöd i arbetet för en god och jämlik vård. Riktlinjerna ska också bidra med att fördela hälso- och sjukvårdens resurser gällande ekonomi och organisation (Socialstyrelsen, 2018).

Diabetessjuksköterskans roll innebär att "stödja och handleda personer som lever med diabetes så att de klarar egenvården på bästa sätt i vardagen" (Sörman, 2012, s. 59). Egenvården vid diabetes inkluderar allt patienten själv gör för att må bra trots sin sjukdom (Sörman, 2012). Patienten har alltså en aktiv roll och ett eget ansvar (Johansson & Wredling, 2012) men kan behöva stöd från sjuksköterskan gällande mål för vikt, motion och egenvård av fötter samt information om hur hen kan uppnå och bibehålla god glukoskontroll (Wikblad, 2012).

En stor del av diabetessjuksköterskans roll är också att undervisa patienten. För att kunna ta ansvar för sin egenvård behöver patienten ha goda kunskaper om diabetes samt hur levnadsvanor påverkar. Diabetessjuksköterskan är den som ansvarar för att undervisa och pröva ut diabeteshjälpmiddel. Genom att ha goda kunskaper om den medicinska behandlingen ansvarar diabetessjuksköterskan också för att ge råd och följa upp denna behandling (Sörman, 2012). Utbildning kring egenvård kan ske individuellt eller i grupp och bör fortsätta kontinuerligt under hela livet då patienten är mer eller mindre mottaglig för kunskap under olika perioder under livet (Berne & Sörman, 2010).

Inom diabetesvården är det ofta diabetessjuksköterskan som står för kontinuiteten i patientens uppföljning (Sörman, 2012). Sörman betonar vikten av att diabetessjuksköterskan är tillgänglig och lätt kan nås av patient. Vård genom digitala verktyg har visat sig vara flexibla samt kostnads- och tidseffektiva och kan därför vara en viktig faktor i arbetet med en tillgänglig och välfungerande diabetesvård (McDonnell, 2018).

Vårdrelationen

Relationen mellan patient och vårdare är en av hörnstenarna i sjuksköterskans omvårdnad. Begrepp som närvaro, närhet och relation är centrala i omvårdnadsarbetet (Sävenstedt & Florin, 2013). Diabetes mellitus kan innebära livslång sjukdom som kräver upprepade kontakter med sjukvården vilket innebär långvariga vårdrelationer. För att de långvariga vårdrelationerna ska fungera väl krävs tillit och ömsesidig respekt och att det skapas en tillåtande miljö där patientens livssituation och livsstil kan komma till uttryck. Genom kommunikation, stöd och problemlösning skapas samtal om vad som är bra eller dåligt, snarare än att patienten känner sig ifrågasatt i mötet (Snellman, 2012).

Med ökad användning av digitala vårdmöten kommer sättet att mötas och upprätthålla vårdrelationer ändras. Det kan finnas en oro för att avsaknad av det fysiska mötet försämrar förutsättningar för att utveckla och behålla en personlig vårdrelation. Inom vårdforskning används ibland begreppet ”presence” eller närvaro som ett viktigt verktyg för en god vårdrelation. Begreppet närvaro kan beskrivas som att ”vara där” – det vill säga fokus på den fysiska närvaron, men kanske viktigare - presence att som vårdare vara *känslomässig närvarande* i mötet. Sävenstedt och Florin (2013) menar att patienter önskar en personlig relation med vårdgivaren för att vara nöjda med vården. Sävenstedt och Florin (2013) har hänvisat till forskning där det framkommer att personalen kan vara mer bekymrade för att vårdrelationen ska försämras vid användning av digital teknik – medan patienterna fokuserade på de positiva fördelarna. Digitala vårdmöten kan möjliggöra ökad tillgänglighet och därav flera möten med patienten, vilket kan förbättra och bidra till att underhålla en vårdrelation. När patienten har vårdmöten i sitt hem kan de känna större trygghet och mötet och relationen kan upplevas mer jämbördigt (Sävenstedt & Florin, 2013).

För familjer vars barn eller ungdomar har diabetes innebär vårdrelationen inte bara relationen mellan vårdare och patient, utan även närstående har en viktig roll i den långvariga vårdrelationen. Under åren kommer föräldrarna gå från att vara de som har huvudansvaret för barnets omvårdnad till att gradvis överlåta mer och mer av ansvaret till ungdomen själv, rekommendationen är att samarbetet mellan ungdomen och föräldrarna kvarstår (Hanås, 2018; Häggström, 2012).

Personcentrerad vård

Kärnan i den personcentrerade vården är vårdrelationen mellan vårdare och patient samt ibland även närstående. Detta innebär att patienten är i fokus och att vårdaren och patienten/närstående möts i ett s.k. partnerskap (Ekman & Norberg, 2013). Patienten anses vara en jämbördig och kompetent individ (Ekman et al., 2011) där patienten är expert på sina upplevelser och den professionelle har kunskap kring vård och behandling (Ekman & Norberg, 2013).

En viktig aspekt inom personcentrerad vård är patientens berättelse, där förståelse kring patienten växer fram (Ekman et al., 2011). Genom att lyssna till patientens berättelse kan vårdaren bli medveten om patientens kunskap om sig själv, motivation och viljor (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdarens förhållningssätt bör vara att få fram en innehållsrik berättelse, samtidigt som patientens integritet värnas (Ekman & Norberg, 2013).

För att den personcentrerade vården ska fungera måste ett partnerskap mellan vårdaren och patienten skapas och patientberättelsen dokumenteras i en hälsoplan. Dokumentation görs för att säkerställa att överenskommelsen kring den planerade vården följs. Tolkningen som görs av patientens berättelse formuleras i en hälsoplan, där patienten är med i planering och utformning av den (Ekman & Norberg, 2013). Genom att utarbeta en personlig hälsoplan kan diabetesteamet stödja, identifiera och förstärka de resurser patienten behöver för att uppnå hälsa (Ekman & Norberg, 2013).

Ett personcentrerat förhållningssätt måste finnas med i tanken när digitala verktyg utvecklas, för att skapa goda förutsättningar för relation och dialog. Digitala verktyg bidrar till att patienter och vårdare kan mötas i andra sammanhang än det traditionella fysiska vårdmötet och således skapas andra sätt att kommunicera på; vilket kan främja att förmågor och resurser kan stärkas (Siira & Wolf, 2020). I en studie som intervjuat vårdpersonal som använde telemedicin för att kontakta patienter, framkom att digitala verktyg skapar goda förutsättningar för partnerskap (Heckemann, Wolf, Ali, Sonntag, & Ekman, 2016). Digitalisering utesluter inte ett personcentrerat förhållningssätt, utan medvetenhet måste finnas kring att arbeta personcentrerat med digitala verktyg (Siira & Wolf, 2020)

Digitala vårdmöten

Informations och kommunikationsteknologi är ett begrepp som används ”för att beskriva kommunikation och utbyte av information med stöd av digital teknik” (Sävenstedt och Florin, 2013, s. 222). I vårt arbete har vi valt att benämna detta som digitala verktyg. Att använda digitala verktyg innebär fler kommunikationsmöjligheter, men ställer samtidigt krav på patienter och vårdare att söka kunskap om det digitala verktyget (Hanberger, 2012).

Distanskontakt via videomöten är ett digitalt verktyg som används för att kommunicera. Detta definieras av Socialstyrelsen som ”vårdkontakt inom öppenvården där hälso- och sjukvårdspersonal och patienten är rumsligt åtskilda (Socialstyrelsen, u.å-b). Vidare används begreppet digitala vårdmöten som innebär en dialog mellan två eller flera deltagare; vårdare och patient och/eller närstående (Västra Götalandregionen, u.å). I denna uppsats använder vi begreppet ”digitala vårdmöten” vars definition överensstämmer med Vårdguiden – Region Stockholm:

”Digitala vårdtjänster är hälso- och sjukvård som sker genom digital distanskontakt, det vill säga genom någon form av digital kommunikation där en identifierad patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda. Kontakten kan ske på olika sätt och genom olika typer av kanaler, exempelvis videomöte – vårdkontakt med hjälp av videoteknik så att deltagarna ser och talar med varandra i realtid. Ett videomöte kan i vissa fall motsvara ett fysiskt besök” (Region Stockholm, u.å).

Sahlgrenska Universitetssjukhus beskriver på sin hemsida hur ett digitalt vårdmöte kan gå till: ” Ett digitalt vårdmöte fungerar precis som ett vanligt besök, med skillnaden att du som patient inte behöver åka till mottagningen för att träffa din vårdgivare, utan kan göra det via ett videosamtal på din mobiltelefon, surfplatta eller dator” (Sahlgrenska Universitetssjukhus, u.å).

Kommunikation är en av hörnstenarna inom omvårdnad och kommer att påverkas av den ökade användningen av digitala verktyg. Även den kunskapsbaserade omvårdnaden och den förebyggande vården påverkas. Används den digitala tekniken rätt kan den underlätta och leda till ökad kvalitet på arbetet (Sävenstedt & Florin, 2013). Ett personcentrerat förhållningssätt tillsammans med digitala verktyg kan främja individens kapacitet, förmågor och resurser. Digitala vårdmöten bidrar till tillgänglighet och trygghet när mötet sker i patientens hemmiljö - patientens livsvärld kan då synliggöras tydligare (Siira & Wolf, 2020).

Vårdpersonal som ska jobba med digitala verktyg måste ha goda IT kunskaper (Hanberger, 2012). En grundläggande förutsättning för att digitala verktyg ska kunna användas fullt ut är att det finns kompetens att hantera dessa på alla nivåer inom verksamheterna. En viktig utmaning kan vara tillgång till support av de digitala verktygen. Erfarenhet har visat att problem med de digitala verktygen kan göra att vårdpersonalen, trots de många fördelarna, är

tveksamma till att i större utsträckning arbeta digitalt (Klösch, Klösch, Kundt, van der Zee-Neuen, & Dieplinger, 2020).

Vision 2025 - att tänka nytt

Regeringskansliet samt SKR (Regeringsbeslut, 2016-03-10) har tagit fram en vision för e-hälsa som sträcker sig fram till år 2025. Visionen innebär att hälso- och sjukvård samt Socialtjänsten i Sverige skall vara ledande när det gäller att utnyttja e-hälsa och digitalisering, med målet att; ”underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet” (Regeringsbeslut 2016-03-10 nr III:2, s.5). Visionen bidrar till god och nära vård, för främjande av patientens egenvård (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner, 2020).

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är områden där det offentliga har stora utgifter. Det är också områden som många invånare kommer i kontakt med. Vision e-hälsa 2025 lyfter fram att digitala verktyg kan bidra till enklare kommunikation. Genom att vården anpassas till individens behov kan det bidra till hälsa och kontroll över livet samtidigt som vården blir mer jämlik och effektiv. Digitala verktyg används idag begränsat men genom ökad användning kan det leda till att vården blir mer tillgänglig, effektiv och personcentrerad (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner, 2020).

Vi lever allt längre idag och befolkningen ökar. Det leder till att vårdbehovet kommer att ändras i framtiden samtidigt som det finns svårigheter att rekrytera vård och omsorgspersonal. Ett verktyg för att möta detta kompetensförsörjningsbehov kan vara ökad användning av vård genom digitala verktyg. Denna form av vård kan också bidra med ökad tillgänglighet, självständighet och delaktighet för individen (Socialstyrelsen, u.å-a).

Tidigare forskning om vårdpersonals erfarenheter om digitala vårdmöten

I en studie som gjorts i England på vårdpersonals uppfattningar av att använda mobilteknologi och vad som behövdes för att kunna införa detta framgångsrikt i det dagliga arbetet, framkom vissa rekommendationer. Dessa var att det behövdes stöd i processen, tydlig kommunikation från ledarna och att användaren inkluderades i arbetet (Shah et al., 2019). Vidare beskrevs det i en empirisk studie hur sjuksköterskor inom primärvården uppfattade användning av digitala e-hälsosystem i syfte att stödja patienters egenvård. Sjuksköterskor upplevde implementeringen av e-hälsosystemen som något oundvikligt och såg fördelar med ny teknologi. Däremot uttrycktes oro kring att rollen som sjuksköterska behövdes omformuleras, vårdrelationen kunde påverkas och ett avstånd mellan patient och vårdare kunde uppstå, att utbildning i systemen behövdes vid implementeringen, att sjuksköterskorna hade för lite tid och erfarenhet för den ökade användningen, att det innebar administrativa utmaningar och krav på att ständigt vara uppdaterad. Slutsatsen var ändå att e-hälsosystemen bidrog till

effektivare vård (Öberg et al, 2018). I artikeln av Shah et al. (2019) som studerade vårdpersonals uppfattningar om mobilteknologi framkom även där funderingar kring vilka de administrativa utmaningarna skulle bli samt hur användbart verktyget skulle vara – informanterna ansågs att teknologin behövdes anpassas in i den befintliga kapaciteten och teknologin behövde vara gynnsam för det kliniska arbetet.

I en litteraturöversikt undersöktes hur informations- och kommunikationsteknologi påverkade omvårdnadsarbetet på svenska hälsocentraler. Sjuksköterskor upplevde att relationen och kommunikationen påverkades när de använde digitala verktyg. Att använda dessa verktyg ansågs inte kunna ersätta de fysiska mötena men däremot fungera som ett komplement. I denna översikt beskrevs att sjuksköterskor upplevde att ett hinder med användandet av dessa verktyg var att den icke verbala kommunikationen kunde falla bort, samt att vissa system inte var anpassade till användarens behov (Fagerström, Tuveesson, Axelsson, & Nilsson, 2017). Öberg et al. (2018) framhävde att det digitala e-hälsosystemet borde användas som ett verktyg att kunna ge stöd i egenvården - samtidigt med fokus på att bibehålla ett personcentrerat förhållningssätt.

I två litteraturstudier återfanns positiva effekter på hälsa och minskning i HbA1c (jämfört med kontrollgrupp) hos patienter med diabetes som använde e-hälsa (Ghosh, Gupta, & Misra, 2020; Klösch et al., 2020). I Klöschs genomgång av litteratur presenterades också att många patienter upplevde användningen av elektroniska system i vården som flexibla och tidseffektiva. Det framkom även att trots de många fördelarna för patienten med användning av e-hälsa, så var många sjuksköterskor tveksamma till införande av digitala verktyg. Framför allt fanns tveksamheter i uppstartsfasen – detta hade samband med att de upplevde ökad arbetsbelastning och press. Brist på uppföljning i introduktionsfasen och brist på kunskap om teknologin bidrog till att sjuksköterskorna var tveksamma till implementeringen av digitala verktyg (Klösch et al., 2020).

I en studie av Morris et al. (2017) som genom både kvantitativa och kvalitativa metoder undersökte patienters och vårdgivares erfarenheter av implementering av digitala vårdmöten i Storbritannien, sågs skillnad gällande ålder på de patienter som valde att använda sig av digitala vårdmöten. Patienter under 60 år var i högre grad positiva till att använda digitala vårdmöten – de upplevde det tidsbesparande och flexibelt. Vårdgivare i sin tur upplevde att det var färre som uteblev från sina besök när de använde digitala vårdmöten. Studien visade också att patienterna upplevde sig mer jämlika i vårdmötena. De upplevde sig lika nöjda med kvalitén på vårdmötena som vid fysiska möten, förutsatt att teknologin fungerade. Det konstaterades emellertid att i vissa situationer föredrog patienterna att genomföra fysiska besök – och att i vissa fall var det nödvändigt, t. ex när det skulle genomföras fysiska undersökningar eller när det behövdes praktisk handledning av medicinteknisk utrustning. Patienterna upplevde att förutsättningarna för en god kvalitet på det digitala vårdmötet var att vårdaren och patienter redan hade en relation genom tidigare etablerad fysisk kontakt på vårdcentralen (Morris et al., 2017).

Problemformulering

Att leva med diabetes mellitus innebär att leva med en livslång sjukdom som kräver långvariga vårdrelationer och i perioder frekventa vårdkontakter. I sjukvården ställs ökade krav på effektivitet och ofta brottas vården med ekonomiska sparbetning. Sjukvården, inkluderat diabetesvården, måste hitta arbetssätt som möter dessa krav – samtidigt som det finns förväntningar att vården ska vara tillgänglig och att personen ska vara i centrum. Samhället blir mer och mer digitaliserat – och Regeringskansliet och SKR:s vision 2025 är att Sverige ska vara ledande gällande att utnyttja digital vård innan år 2025. Kan ökad användning av digitala vårdmöten vara ett sätt att öka effektiviteten och samtidigt göra vården mer tillgänglig?

Som vår genomgång av tidigare forskning har visat, finns det viss forskning gällande erfarenheter av digitala verktyg i vården. Dock har lite av denna forskning gjorts i Sverige och inom området diabetesvård – och det finns inte i hög grad beskrivet erfarenheter kring just digitala vårdmöten. Det senaste årets pandemi har påskyndat utvecklingen med att arbeta med digitala verktyg och många mottagningar har fått stor erfarenhet av detta. Målsättningen med denna uppsats är därför att belysa några av de erfarenheter som diabetesvården har tillägnat sig för att sen kunna använda dessa i fortsatt utvecklingsarbete med digitala vårdmöten.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården.

Metod

Design

För att kunna undersöka sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten har vi använt oss av en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Metoden är användbar för insamling av rika och varierade erfarenheter av ett fenomen och en metod som kan användas i situationer där tillgången på informanter är begränsad (Polit & Beck, 2021). Induktiv ansats innebär att identifiera likheter och skillnader för att skapa förståelse om fenomenet som studeras (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). För att samla data kring detta fenomen har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer, som sedan analyserats med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys.

Urval

Vi har arbetat utifrån ett strategiskt urval för att samla in en rik erfarenhetsgrund. Ett strategiskt urval utgår från ett ändamålsenligt urval – informanter eftersöks som kan ge så informationsrika beskrivningar som möjligt och på så sätt ge kunskap som svarar mot syftet (Polit & Beck, 2021).

Vi önskade att intervjua sjuksköterskor inom diabetesvården för vuxna och därtill har erfarenhet av att jobba med digitala vårdmöten. Vi kontaktade informanter i både specialistsjukvården och primärvården. Rekryteringen av deltagarna genomfördes via; mejl till 52 adressater inom specialistsjukvården för vuxna och barn, mejl skickades till olika primärvårdsenheter samt meddelande genom läroplattformen Canvas skickades till studenter som läser till diabetessjuksköterskor. De ansträngningar som gjordes för att kontakta primärvårdsenheter och primärvårdsjuksköterskor genererade inga informanter. Flera inom primärvården är i uppstartsfasen och har begränsad erfarenhet kring detta ämne. Efter diskussion med handledare – där vi kom fram till att flera informanter behövdes för att få tillräckligt underlag, valde vi att även inkludera informanter som jobbar inom barn- och ungdomsdiabetesvården.

Totalt önskade sex informanter att delta, varav tre inom specialistsjukvården för barn med diabetes och tre inom specialistsjukvården för vuxna med diabetes. Samtliga deltagare var kvinnor, de hade jobbat inom diabetessjukvården 1 - 28 år. Erfarenheterna av digitala vårdmöten inom diabetesvården var för deltagarna mellan 10 - 19 månader.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom individuella intervjuer med informant och en intervjuare via det digitala verktyget Zoom mellan december 2020 och januari 2021, förutom vid första tillfället då två intervjuare deltog. På detta sätt kunde frågornas användbarhet testas och vi säkerställde att vi sedan utförde de separata resterande intervjuerna på samma sätt. Deltagarna arbetade samtliga inom Västra Götalandsregionen på Diabetesmottagning för barn eller vuxna. Deltagarna erhöll en zoomlänk dagen innan som de kunde ansluta sig till vid genomförandet av den digitala intervjun - där samtliga utfördes under deltagarnas arbetstid och varade i genomsnitt 30 minuter.

Vi har genomfört semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 1) vilket innebär en intervjumetod med öppna och generella frågor. Polit och Beck (2021) påpekar att detta är en bra metod när man vill försäkra sig om att få med den information som behövs, samtidigt som det möjliggör att informanten fritt kan reflektera kring sina erfarenheter. Intervjun spelades in via zoomrecord funktion efter godkännande av deltagarna. Efter intervjuerna transkriberades dessa av respektive intervjuare och avkodades enligt en kodnyckel.

Forskarnas förförståelse

Öppenhet och följsamhet är två viktiga förhållningssätt i en kvalitativ metod. Innan datainsamlingen genomförs bör intervjuaren vara medveten om de erfarenheter som

intervjuaren har med sig – för att vara medveten om/hur det indirekt och direkt kan påverka resultatet (Polit & Beck, 2021).

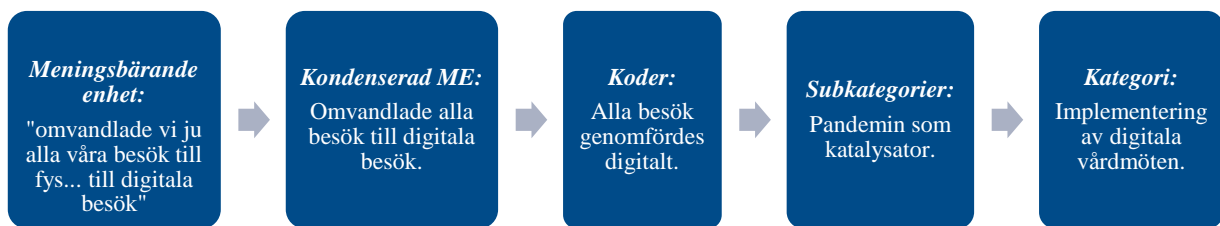
En av intervjuarna har viss erfarenhet av att arbeta med digitala vårdmöten inom diabetesvården och personlig erfarenhet att som förälder använda detta digitala verktyg vid vårdmöten och har även i olika sammanhang träffat några av deltagarna. Den andra intervjuaren har ingen egen erfarenhet av digitala vårdmöten och känner heller inte de deltagare som är med i studien.

Dataanalys

Vi har valt att göra en innehållsanalys av vårt insamlade material. Innehållsanalys innebär att fokus ligger på ämnet som studeras och dess sammanhang, där analysen görs för att finna variationer och likheter i text (Graneheim et al., 2017). Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör man bestämma sig för om fokus ligger på den manifesta eller latent innehållsbördan i texten. Det manifesta relaterar till det synliga, det informanten säger, medan den latent innehållsbördan relaterar till den underliggande, tolkade meningen. Båda sätten att bearbeta texten innebär en tolkning men skillnaden ligger i djupet av tolkningen (Graneheim et al., 2017). Graneheim och Lundman rekommenderar den manifesta tolkningen för mer oerfarna forskare – då den djupare analysen i den latent tolkningen kan kräva mer erfarenhet och djupare kunskap (Graneheim & Lundman, 2004). Vi valde i enlighet med detta att arbeta med en manifest tolkning i vårt arbete.

Intervjuerna transkriberades och lästes i sin helhet upprepade gånger. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bidrar detta till att skapa en helhet av innehållet i intervjuerna. Meningsbärande enheter som svarade mot vårt syfte lyftes ut och vidare kondenserades dessa enheter ner. Detta beskrivs som att minska textens del – men där kärnan i enheten fortfarande finns kvar (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter upprättades koder som svarade mot meningsenheterna, koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader för att kunna kategoriseras in i subkategorier och vidare i kategorier, se exempel på kondenseringsfasen i Tabell 1. Detta är enligt Graneheim och Lundman kärnan i den kvalitativa innehållsanalysens steg. Viktigt att bejaka i analysförloppet är att inget material får exkluderas för att det inte passar in i en kategori, textmaterial får heller inte hamna mellan två kategorier eller ingå i flera kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Till sist kan ett avslutande tema presenteras för att visa på det innehåll som återkommer i kategorierna och som är den underliggande meningen i texten som analyserats (Graneheim et al., 2017).

Tabell 1. Exempel på kondensering av intervjuerna



Etiska överväganden

Vid examensarbeten på avancerad nivå, krävs inte att en etikprövning genomförs via Etikprövningsmyndigheten. Däremot ska de etiska principer reglerat i ”Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 2003) följas och handledaren är ansvarig för att de forskningsetiska riktlinjerna följs (Cöster, 2014).

I samstämmighet med att ett forskningsprojekt ska vara väsentlig (Kjellström, 2017) och då koronapandemin har lett till ökad användning av digitala vårdmöten, känns det viktigt att ta till vara all den erfarenheten som diabetesvården nu har fått av att jobba på detta sätt. Viktiga etiska principer att arbeta efter är bland annat principerna om forskningspersonens frivillighet, det informerade samtycket och att värna om deltagarnas integritet och nyttjandekravet (Cöster, 2014; Polit & Beck, 2021; Vetenskapsrådet, 2017). Utifrån detta mejlades forskningspersonsinformation (Bilaga 2) ut till varje deltagare i god tid inför intervjun och det gavs tillfälle för informanten att ställa frågor om studien innan de gav ett muntligt informerat samtycket om att delta. Deltagarna i studien har fått inhämta skriftligt godkännande ifrån sin vårdenhets- eller verksamhetschef då intervjuerna genomfördes på arbetstid. Alla informanter har också muntligt och skriftligt informerats om att de kan avbryta deltagandet när som helst under hela processen. Informanterna har godkänt att de blir inspelade vid intervju-sessionen och informerats om att alla personliga data kodas. Kodlistan har förvarats på en lösenordsskyddad fil där bara intervjuerna har haft tillgång. Samtliga deltagare har fått möjligheten att lämna önskemål om de önskar ta del av studiens resultat.

Vid två intervjuer kände den ena intervjuaren och informanten till varandra sedan tidigare – och vi valde då att den intervjuaren som inte hade någon tidigare relation till informanten genomförde intervjun. Även fast vi inte ansåg att intervjun innehöll några känsliga frågor ville vi försäkra oss om att inte någon av informanterna upplevde någon lojalitetskonflikt.

Vi anser inte att studien innebär någon risk för skada för informanterna, men det finns heller ingen personlig nytta för dem att delta. Genom att dela med sig av sin erfarenhet bidrar informanterna till att de erfarenheter som finns av arbetet med digitala vårdmöten tillvaratas och kan användas i till exempel förbättringsarbete inom verksamheter som använder eller vill arbeta med digitala vårdmöten som arbetsverktyg.

Resultat

Analysen av intervjuerna resulterade i ett tema och fyra kategorier där sjuksköterskornas erfarenheter beskrivs. Dels beskrev informanterna sina egna erfarenheter, dels diskuterade de erfarenheterna utifrån ett patientperspektiv – hur de uppfattade att det var för patienterna, men även återkopplingen de fick från patienterna av att träffas via digitala vårdmöten. Tema, kategori samt subkategori beskrivs i tabell 2 nedan:

Tabell 2. Översikt tema, kategori och subkategori.

Digitala vårdmöten - ett komplement till fysiska vårdmöten			
Implementering av digitala vårdmöten <i>Pandemin som katalysator</i> <i>Införandeprocessen</i>	Fördelar med digitala vårdmöten <i>Ökad flexibilitet</i> <i>Effektivare uppföljning</i> <i>Fördelaktig ur ett samhällsperspektiv</i> <i>Främjad delaktighet</i> <i>Möjlighet att dela patientdata</i>	Utmaningar med digitala vårdmöten <i>Begränsningar gällande fysiska undersökningar</i> <i>Administrativa hinder</i> <i>Negativa interaktionsaspekter</i> <i>Tekniska utmaningar</i>	Rekommendationer för användande av digitala vårdmöten <i>Förutsättningar för digitala vårdmöten</i> <i>Särskilt fördelaktig vid täta uppföljningar</i> <i>Mindre lämplig för vissa patientgrupper</i>

Implementering av digitala vårdmöten

Pandemin som katalysator

Informanterna beskrev att starten på användandet av digitala vårdmöten skedde innan eller i samband med att koronapandemin bröt ut under våren 2020. Några av deltagarna var således förberedda för det ökande användandet av digitala vårdmöten medan andra kastades in i det. De digitala vårdmötena möjliggjorde att patienter som inte kunde komma på fysiskt besök ändå kunde få ett digitalt besök.

”Men sen var man mer och mer tvungen, så det var jätteskönt för vi hade ju redan dragit i gång innan alla skulle göra det”.

Informant 2

”När Covid-19 slog till ordentligt och vi insåg att vi inte kommer kunna träffa våra patienter. Så då kontaktade vi några som använder mitt vårdmöte”.

Informant 3

Införandeprocessen

Informanterna beskrev hur de i varierad grad hade fått support och stöd i uppstartsprocessen samt om de hade fått utbildning i verktyget inför att de började använda det nya arbetsverktyget. Vissa informanter beskrev att de inte fick något eller enbart lite stöd eller utbildning i verktyget – de fick själva klara sig och lära sig av sina fel. Kunskap om verktyget kunde sedan delas inom det egna teamet och gentemot andra kollegor. Verktyget var enkelt att hantera och det framkom hos vissa att det inte hade behövts någon formell utbildning – det hade räckt att själv prova sig fram eller att en kollega visade hur man gjorde.

”Det fanns det ju absolut (ett stöd) och det var ett bra stöd. Det var väldigt tydligt med vilka man skulle kontakta om det var någonting eller om vi behöver ansluta någon ny person till gruppen för att använda det här...”

Informant 1

”Jag fick ju ingen formell utbildning, utan jag blev visad av en kollega och så var det bra. Men och andra sidan så har det ju räckt, så det har ju inte varit något problem. Så jag vet ju inte hur mycket ...ibland... jag vet de som gick utbildningen ...var helt snurriga efteråt, så det är kanske bättre att ta saker när dem kommer...”

Informant 4

Flera av informanterna berättade att det i början ofta fanns en rädsla och oro för att använda digitala vårdmöten – både bland personalen och hos patienterna. Oron var i första hand knuten till den tekniska utrustningen. En informant lyfte att det var viktigt att testa förutsättningslöst och flera manade till att våga prova.

”just det här att det kan vara skrämmande, kanske för vissa, hur ska man göra med detta, men det är lugnt, men jag kan säga, det handlar ju om mina kollegor också, ”hur gör jag nu med det här digitalt och ”vart trycker jag och jag hör inget och så, så det är ju även bland personal, som det faktiskt inte är helt klockrent liksom”

Informant 2

”Nej, jag tycker att man ska prova för att upptäcka fördelarna med det. Väldigt många är negativa från start och tänker att det kan väl inte vara bra- det måste väl vara bättre att ses öga mot öga, men när man har kört lite digitala möten så tycker jag det känns väldigt bra”

Informant 5

Fördelar med digitala vårdmöten

Ökad flexibilitet

Informanternas beskrivning av att arbeta med digitala vårdmöten var i hög grad positiva. De beskrev dels positiva erfarenheter för dem själva i deras arbete dels många positiva aspekter för patienterna. En av de stora fördelarna beskrevs vara arbetsverktygets flexibilitet. Många besök som tidigare inte blev av kunde nu i stället genomföras digitalt. Det var en stor fördel nu under pandemin – där stora delar av verksamheten inte hade gått att upprätthålla annars. Det beskrevs också att patienter som tidigare uteblev från sina besök nu i större utsträckning genomförde sina besök, fast digitalt i stället.

”ja det som sagt det underlättar som så att säga att man får till fler besök som annars inte blir av i dessa tider i synnerhet... eh, mmm och jag asså... sen är det ju också det här att det blir färre avbokningar... för att om patienterna blir sjuka då får dem ju inte komma hit... men kan ju ändå sitta hemma och ha feber... det går ju bra de kan ju ändå prata med oss via datorn så att det blir ju färre uteblivna besök på det här sättet... det är väldigt positivt och kostnadseffektivt...”

Informant 1

Det beskrevs även som positivt att informanter som själva var i riskzon nu under pandemin hade kunnat genomföra besöken digitalt och därigenom undvikit att behöva ställa in vård.

Effektivare uppföljningar

Tidseffektiviteten beskrevs innebära större fokus på det som skulle stämmas av under vårdmötet. Det berättades också om hur stressade vuxna, mitt i livet, upplevde det som en fördel att de inte behövde ta ledigt från jobb för att ta sig till besöken. Även föräldrar till barn med diabetes beskrev fördelen med att de nu kunde koppla upp sig till ett digitalt vårdmöte.

”En del föräldrar åkte och hämtade sina barn på lunchrasten och satt ut i bilen, så att det... jag det positiva var väl att det blev av”

Informant 6

Det var speciellt vid täta vårdkontakter som många upplevde de stora fördelarna. Eftersom det var lättare för patienterna att koppla upp sig, utan att lägga tid på resvägen, kunde det enklare motiveras till man enklare motivera till täta uppföljningar. Det beskrevs också hur detta gjorde att vissa grupper verkade förbättra sin hälsa – stödet i de täta vårdkontaktorna gjorde att patienternas egenvård främjades.

”...så kanske man gjorde en del förändringar och så ville man följa upp det kanske ganska snabbt, kanske efter två veckor, och då känns det kanske lite motigt att komma hit igen redan efter två veckor igen för de då, och att vi då tar

det digitalt för att underlätta då, för då kan man också ta det som ett lite snabbare besök // om det visar sig att man behöver göra ändå mer förändringar, det blev inte helt bra det vi gjorde så kan man ju stämma av det igen efter en vecka tillsammans, och då är det ju inte så besvärligt när man gör det digitalt då, så är det perfekt tycker jag att använda digitala vårdmöten”.

Informant 5

”Samma sak det här vi har ju en del tonåringar som skärper sig alltid till besöken liksom och kan man då kanske ta dem lite oftare... då kan dem liksom få styra, tagit en snabb avstämning på kanske 10 minuter och så tar vi kanske en om 1 månad igen... Och då håller dem... eller ett par stycken har uttryck att dem ... då håller vi oss på banan ... då seglar vi inte i väg”.

Informant 4

Fördelaktigt ur ett samhällsperspektiv

Flera informanter påpekade att det fanns fördelar, inte bara för den enskilda patienten, utan även samhällsekonomiskt och för miljön. Både att det innebar färre resor och att kunna stanna kvar på jobb och skola var positiva bieffekter av att genomföra digitala vårdmöten.

”...så ställtiden är ju 0, egentligen, det kanske är 5 minuter så sätter de sig så är man liksom redo. Så det, alltså samhällsekonomiskt, alltså i stället för att det tar 4 timmar så tar det den tiden det tar, alltså för patienten, att logga in och vara i samtal och så kanske det är någonting efter, så att det. Tiden – tidsaspekten, ekonomiskt och miljömässigt...”.

Informant 2

Främjad delaktighet

Tekniken beskrevs som lättillgänglig och användbar för alla – både för patienterna och personalen. När det gällde själva vårdmötet beskrevs mötet som mer jämlikt. Patienterna var i sin trygga miljö och möttes mer under samma förutsättningar. Positivt upplevdes också att anhöriga kunde delta och det framhölls som en förmån vid det digitala vårdmötet - speciellt nu under pandemin, där begränsningar funnits gällande detta. En informant som arbetade inom förlossningsvården beskrev det positiva i att den gravidas partner kunde vara med på besöken vid digitala vårdmöten – vilket inte hade varit möjligt vid ett fysiskt besök.

”.. //det blir mer equal skulle jag vilja säga, man är på lite...samma nivå vill jag inte säga, men man är i sina hemmiljöer, alltså patienten kan ju vara på ett jobb, så blir det inte så att jag sitter här i mina blåa kläder och du kommer så...”.

Informant 2

"...// jag kan tycka att våra ungdomar nästan blir lite mer... när de får sitta själva framför ... framför... datorn och föräldrarna är lite vid sidan om och ... där de är i sin hemmiljö där dem är mer trygga... och blir lite mer delaktiga..."

Informant 4

Möjlighet att dela patientdata

Informanterna beskrev att de upplevde att de fick fram den informationen som de behövde. Att kunna se varandra möjliggjorde kliniska bedömningar och bidrog till att missförstånd undveks. Informanterna jobbade för det mesta mot personer med typ 1 diabetes där många hade CGM eller pump och eftersom de kunde dela skärm och titta på kurvorna samtidigt främjades patienternas delaktighet och engagemang.

"Och vi får fram samma information på det sättet faktiskt också idag i och med att vi använder så mycket information från Dexcom och deras CGM system och allt det där har vi ju tillgång till även när de är hemma. Vi har ju våra uppkopplade mot vår klinik så det är ju ingenting vi missar, om man säger så i fakta, ja det är ju HbA1c om man inte har tagit det, men annars så får vi ju all information som vi behöver egentligen"

Informant 5

Utmaningar med digitala vårdmöten

Begränsningar gällande fysiska kontroller

En framträdande begränsning i samtliga intervjuer var att de fysiska undersökningarna inte kunde genomföras. Det innebar att fysiska kontroller så som blodtryck, HbA1c, stickställen och fotundersökningar inte kunde kontrolleras och undersökas – det bidrog till att de digitala besöken inte blev kompletta och därmed ansågs dessa besök inte kunde ersätta de fysiska besöken.

"Men det blev väl mer också att man kunde jobba på ett annat sätt, eh att man måste ju inte alltid vara fysisk med alla, sen... det är som jag brukar säga, digitala vårdmöten ersätter inte ett fysiskt besök"

Informant 2

En informant beskrev sin farhåga kring att de digitala besöken i framtiden skulle ersätta de fysiska besöken - informanten menade att helt frånga fysiska besök inte skulle fungera.

"Det får inte ersätta ett fysiskt besök helt och hållet, alltså att man kommer dit att man tror att det här är allt framtid, det är det inte, eh, det är det ju inte för"

att vissa saker kan vi inte göra digitalt alltså, det...eh, faktiskt, det skulle jag nog säga, det kan inte ersätta helt och hållet”.

Informant 2

Administrativa hinder

Informanterna beskrev vidare att en negativ aspekt var att det befintliga systemet där vårdmötet bokades i, inte var integrerat med patientregistreringssystemet. Det innebar ibland att det digitala vårdmötet inte bokades in i det digitala forumet. Att boka och hantera två bokningssystem ansågs tidskrävande.

”Det enda negativa är att man behöver göra dubbla bokningar ett i den vanliga patientboknings systemet och ett separat för det här...och där missar man... jag missar många gånger att boka i det digitala forumet...så det får jag göra precis innan jag sätter mig medan jag ska ringa patienten”.

Informant 1

Negativa interaktionsaspekter

De digitala vårdmötena upplevdes effektiva men de ansågs även bli mer avskalade i förhållande till de fysiska besöken. Det upplevdes att vid det fysiska mötet så skapades en interaktion som inte blev likadan som vid de digitala besöken.

”Sen är det väl lite så att man behöver nog ha lite fysiska besök möten också för det blir effektivt och avskalar när man kör digitalt, men det händer något när man träffas”.

Informant 4

I det digitala vårdmötet erfor informanter att alla patienter inte kände sig bekväma med att ha sin kamera på – detta innebar att informanterna var tvungna att ta detta i beaktning. Patientgruppen ungdomarna var framför allt en sådan grupp som en informant beskrev inte ville vara med i bild. Informanten upplevde själv att det kunde skapas en situation som upplevdes som att de stirrade på varandra.

”Alla patienter vill inte ha kamera, det får man också godkänna och tycka är helt okej”.

Informant 2

Tekniska utmaningar

Tekniken var det centrala i detta verktyg och som förutsattes skulle fungera – det beskrevs att det fanns tillfällen då det var svårt att få verktyget att fungera optimalt. Problemet låg ofta i att ljud- och bildkvalitén var påverkad av informanternas eller patienternas uppkoppling. Det

resulterade i att fokus behövdes läggas på tekniken vilket i sin tur påverkade mötet. Som en lösning på detta valdes användning av traditionell telefoni vilket sågs som en sämre lösning.

”Framför allt så krävs det att tekniken fungerar och har de en dålig internetuppkoppling, eller det beror ju på vad de har om de har bredband, fiber, eller hur de ringer... Och när det strular så blir det inte ett bra möte och det tar massa tid.... med tekniken...”

Informant 4

”Ibland kan man märka att alla system laggar en dag för att det är väl så belastat vårt nät eller vad det nu kan vara och dem få gånger har jag fått ringa upp på telefon i stället då...mmm... men det är sällan det har hänt men man har ju alltid den utvägen tänker jag att man kan höra av sig telefonledes... men då blir det ju inte samma kvalité på besöken men så att det...”

Informant 1

Det fanns hinder att genomföra digitala vårdmöten med andra deltagare än patient och vårdpersonal. Begränsningar hade framkommit i att dessa utomstående deltagare inte kunde dela skärm. Det kunde innebära att andra kommunikationsformer behövde användas för att kunna genomföra mötet. Problemet hade lyfts med företaget för det digitala verktyget – men ingen lösning på detta problem hade ännu hittats.

”Egentligen har jag inte haft så stora problem... det enda problem vi har försökt förmedla - vilket vi inte har fått någon återkoppling på är att det fanns en möjlighet för gäst... om vi bjuder in en gäst exempelvis i form av ett företag... om de ska demonstrera hur den nya pumpen fungerar att de skulle kunna dela skärm... vilket inte går via mitt vårdmöte utan då måste vi göra de besöken via Skype eller teams i stället”

Informant 3

För att kunna genomföra ett digitalt vårdmöte bra ansågs det bäst om deltagarna kopplade upp sig via en dataskärm, att använda mobiltelefon för digitalt vårdmöte var inte lika optimalt – då det var svårt att exempelvis dela skärm på grund av små mobiltelefonskärmar.

“Det är ju inte alla som har datorer hemma heller och då är det svårt.... med det digitala. Sitter du bara med telefonen och när du skall dela kurvor och man ska kunna se...”

Informant 4

Således ansågs det viktigt med rätt och tillgänglig teknisk utrustning. En informant beskrev även att de utförde besöken gemensamt doktor och informant – men att det bara fanns ett tillgängligt headset vilket resulterade i att informanten exkluderades i vårdmötet.

”Vi har gemensamt så har vi hörlurar men då har vi bara att en har hörlurar så då är ju jag inte riktigt delaktig”.

Informant 6

Rekommendationer för användande av digitala vårdmöten

Förutsättningar för digitala vårdmöten

Informanterna beskrev till stor del att förutsättningar för mötet mellan informant och patient behövde vara likadant som vid ett fysiskt besök; vara väl förberedd, passa tiden, möta patienten där hen är och eftersträva en dialog med patienten. Det beskrevs som en fördel att ha träffats fysiskt tidigare, men att det inte var en förutsättning för att det digitala vårdmötet skulle bli bra.

”Det är faktiskt väldigt viktigt tycker jag att man är förberedd, dels att man hinner logga in i sina olika system som man ska ha//att man har hunnit förbereda sig lite, tittat, hur ser det ut, vad ska vi kunna prata om idag, det där tycker jag... eller det där ser inte ut att fungera, att man är lite förberedd innan man ringer upp patienterna tycker jag, också att jag har hunnit att läsa i journalerna då om jag inte tydligt vet vad vi ska titta på eller utvärdera, så jag har läst på så jag vet att det är det här vi ska stämma av idag, så jag vet vad jag har för syfte med besöket när jag ringer upp, det tycker jag är viktigt. Och att man passar tiden, naturligtvis också”.

Informant 5

”...//men vi har inte setts in real life”, liksom så det blir ju, det är klart det är ju alltid en fördel, men det blir ju, men det är ju inte så att det, det krävs ju inte för att man ska kunna ha ett möte, det upplever jag inte faktiskt.”

Informant 2

Särskilt fördelaktigt vid täta uppföljningar

Den digitala vårdmötesformen beskrevs som särskilt lämplig för patienter där det behövdes täta vårdkontakter eller där det endast krävdes korta möten - där till exempel restiden inte stod i proportion till tiden i vårdmötet. Patienter som hade fysiskt svårt att ta sig till vårdinrättningen, ineliggande patienter och i dessa tider patienter i riskgrupp ansågs också som lämpliga för digitala vårdmöten.

”Ja, men alltså jag tror att man, det här är ju en väldigt bra patientgrupp, där det är täta uppföljningar, alltså generellt om man tänker så här, säg pumpstart och CGM start med tät uppföljning med digitalt, det är ju superbt, då behöver

man ju inte hålla på att åka dit eller du vet, man kan liksom köra digitala möten för att få en liksom snabb återkoppling”.

Informant 2

”Man kanske är i en riskgrupp, du vet så med en cancer, också bra med digitala vårdmöten, det behöver ju inte sluta bara för det – mötena liksom”.

Informant 2

Speciellt framhölls att patienter med typ 1 diabetes var en lämplig patientgrupp då de i perioder ofta hade behov av täta vårdkontakter samt att hög grad av användning av tekniska hjälpmedel gjorde att man verkligen kunde utnyttja fördelen med det digitala vårdmötet.

”...//för oss som jobbar främst med typ 1 diabetes där det också är mycket teknik och pumpar och CGM system... och pumpar... och dosjusteringar, kolhydratskvoter som skall justeras och sådant... så det är klart det är jättesmidigt och enkelt och en uppkoppling och så skruvar vi lite till på kolhydratskvoter på de nya pumparna och så testar vi det i 14 dagar åså... gör vi så att ... så där är det extremt smidigt...”

Informant 3

Mindre lämpligt för vissa patientgrupper

Patientgrupper som var mindre lämpad för digitala vårdmöten beskrevs som patienter med kognitiva funktionsnedsättningar. Även små barn upplevdes ha svårare att hålla koncentrationen vid ett digitalt vårdmöte jämfört med ett fysiskt möte. Ett hinder för en del ungdomar var tillgång till ett mobilt Bank Id, då detta krävdes för att logga in i mötet. De innebar att de behövde hjälp av sina föräldrar för att delta, oro kunde uppstå hos informant kring detta då de gärna ville ha möjlighet att träffa ungdomarna enskilt.

det är ju det här med att man skall logga in med id och det är ju inte alla ungdomar som har bank id och då behöver vi ju liksom ha ... kalla vårdnadshavaren då som ombud för patienten. Ehh... och det är klart att man vill prata med ungdomarna själv, då gäller det att man vet att föräldrarna har gått ur rummet... det här med legitimeringen”.

Informant 4

”...//dem små barnen har svårt att koncentrera sig och springer i väg och leker med annat, dem blir kanske - fast dem är kanske inte alltid så delaktiga även om man försöker, men det är ju lättare att få dem delaktiga i ett personligt möte än vad det är via kameran.”

Informant 4

Diskussion

Metoddiskussion

För att kunna beskriva sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården valde vi en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Vi använde oss av semistrukturerade intervjuer i syfte att samla in varierade och innehållsrika erfarenheter. Genom att vi hade öppna frågor där informanterna fick reflektera fritt kring temat dök det upp olika erfarenheter och vi använde en intervjuguide för att säkerställa att vi fick med de områdena som var viktiga för oss, detta i enlighet med Polit och Beck (2021).

Det kan ses som en svaghet att vi inte hade genomfört någon tidigare kvalitativ studie med intervjuer och innehållsanalys och vi har därför inte någon erfarenhet av detta arbetssätt. Vi valde därför att genomföra den första intervjun ihop och vi spelade in intervjuerna för att kunna fokusera på det som informanterna sa, vilket är en strategi som Polit och Beck (2021) lyfter fram för att säkerställa kvalitén i det insamlade materialet. En styrka i arbetet är att vi som intervjuare har olika förförståelse och erfarenheter vilket har gjort att vi har kunnat tolka och analysera med olika utgångspunkter. Författarnas olika erfarenheter och förförståelse beskrivs som en fördel i en kvalitativ studie (Polit och Beck, 2021).

Metoden för att samla in data var genom digitala verktyget Zoom och samtliga deltagare var erfarna användare av digitala verktyg. På grund av pandemisituationen var detta insamlingsverktyg det mest lämpade och vi bedömer inte att tekniken påverkade kvalitén på intervjuerna. Vid ett par av intervjuerna använde deltagarna inte sin kamera – här kan viss del av den non-verbala kommunikationen fallit bort. Vi behövde vid transkriberingen därför vara extra uppmärksamma på andra typer av non-verbal kommunikation; till exempel pauser, tvekande och skratt i enlighet med Graneheim & och Lundmans (2004) rekommendationer.

Vi har strävat efter att få en hög trovärdighet genom att redovisa analysens olika steg. På så sätt möjliggörs det att kunna verifiera de resultat som framkommit (Graneheim & Lundman, 2004) Vi har varit uppmärksamma och noggranna i transkriberingen och försökt vara medvetna om att inte tappa bort eller tolka om informanternas reflektioner. Vi har jobbat aktivt och noggrant med att tolkningen av informanternas erfarenheter låg nära det som de faktiskt uttryckte. Polit & Beck (2021) påpekar att det är viktigt att fynden är vad informanterna faktisk säger – och inte vad vi som forskare tolkar eller vårt perspektiv. Trovärdigheten har vi kunnat stärka genom att vi har visat på citering i vår resultatdel, detta menar Graneheim och Lundman (2004) är en del för att öka trovärdigheten.

Insamlingsperioden sträckte sig mellan december och januari. Informationen har alltså samlats in under en begränsad period, vilket har beskrivits kunna öka tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004). Den begränsade tidsperioden gjorde även att vi fick begränsa oss till sex informanter. Vi upplevde att i princip alla informanter delade med sig av liknande

information och erfarenhet. Enligt Polit och Beck (2021) är målet att samla in tillräckligt med data för att se mönster och att intervjuer genomförs tills ingen ny information kan fås. En informant hade en mer negativ upplevelse av att arbeta med digitala vårdmöten. Denna erfarenhet dök upp i den sista intervjun och kanske hade vi behövt göra flera intervjuer för att se om verktyget upplevdes mer negativt av flera eller om detta bara var en variation. På grund av den begränsade tidsperioden fanns det tyvärr inte möjlighet att i nuläget genomföra flera intervjuer och detta kan ses som en svaghet i vår studie.

En styrka var informanternas gedigna erfarenhet av att jobba med diabetesvård – samt att alla hade relativt stor erfarenhet av att genomföra digitala vårdmöten. Å andra sidan påverkades deras erfarenheter och resultaten av att den största delen av deras erfarenhet av digitala vårdmöten var införskaffade under pandemin – en speciell tid där de inte har haft möjlighet att erbjuda andra vårdmöten. Patienterna har under denna tid heller inte kunde välja vilken typ av vårdmöten de vill ha – i många tillfällen har patienten enbart haft valet mellan digitala vårdmöten eller telefon/ingen vårdkontakt alls. Resultaten och tolkningen av patienternas återkoppling måste därför ses i ljus av denna speciella situation.

Det är en svaghet i vårt material att vi bara fick informanter från specialistvården – vårt syfte var ju att undersöka erfarenheter inom diabetesvården – där även primärvården spelar en stor roll. Vi kan i vårt material inte säga något om överförbarheten till primärvården och kanske inte heller om hur verktyget fungerar i arbetet med patienter med typ 2 diabetes eller för en äldre patientgrupp. Frågan är om verktyget fungerar extra bra på patienter med typ 1 diabetes, där de har CGM, pumpar och är vana vid digitala verktyg samt för patientgrupper som i större utsträckning innefattar yngre och medelålders patienter.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att ta del av sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten inom diabetesvården. Koronapandemin som bröt ut 2020 innebar att fysiska vårdmöten inte kunde genomföras i samma utsträckning som tidigare och därigenom fick många inom vården stor erfarenhet av att arbeta med digitala vårdmöten. Informanterna i vår studie beskrev hur det under våren 2020 blev helt stopp i möjligheten för att träffa patienterna fysiskt. Införandet och den ökade användningen av digitala vårdmöten var det som möjliggjorde fortsatt vård av patienter med diabetes inom specialistsjukvården.

Då fysiska besök inte kunde genomföras blev digitala vårdmöten ett verktyg för att fortsatt kunna träffa patienter och bedriva en del av den vård som patienter med diabetes behövde. Tidigare studier som genomfördes innan pandemin visade på att digitala verktyg kunde fungera som ett komplement men inte ersätta de fysiska besöken (Fagerström et al., 2017). I senare studier som gjordes i Bahrain på öppenvårdspatienter i syfte att studera omställningen från fysiska möten till möten via telemedicin under koronapandemin, framkom att den fysiska vården kunde ersättas av vård via telemedicin - vidare att detta gjorde att fler patienter kunde

nås. Författarna ansåg att telemedicin i framtiden skulle bli en integrerad del i vården av patienter med diabetes (Alromaihi, Alamuddin, & George, 2020).

Vårt resultat måste ses i ljuset av detta ”påtvungade” införande. Varken patienter eller personal hade något val gällande att antingen ha digitala eller fysiska möten. Det bidrog till de erfarenheter som nu finns hos vårdpersonal och patienter inom specialistsjukvården, även från patienter som kanske annars inte skulle erbjudits eller vågat använda digitala vårdmöten. Vårt samlade intryck är ändå att det var mestadels positiva erfarenheter som kom till uttryck och informanternas inställning till verktyget reflekterade en positiv syn - men hänsyn måste tas till att alternativet var att vårdmöte inte hade kunnat genomföras överhuvudtaget.

Sveriges målsättning att vara ledande gällande att utnyttja e-hälsa och digitalisering (Regeringsbeslut, 2016-03-10) innebär även att underlätta för människor att uppnå god och jämlik hälsa. Vi har i vår studie sett att digitala vårdmöten kan vara ett led i att främja detta mål. Digitala vårdmöten beskrevs vara ett flexibelt verktyg - där mötena kunde anpassas till patienternas livssituation och vardag. Många informanter upplevde att patienterna var mer delaktiga och trygga i mötet – både genom att verktyget fungerade bra för att dela den nödvändiga informationen och att patienterna i sin hemmamiljö upplevde ökad jämlikhet. Digitala vårdmöten möjliggjorde att närstående kunde vara med i mötet – till exempel föräldrar till barn och ungdomar och partners till gravida mammor. Närstående anses vara en viktig del av det partnerskapet, en viktig hörnsten i personcentrerad vård (Ekman & Norberg, 2013) och med digitala vårdmöten möjliggjordes detta även under pandemins restriktioner vilket innebar att personcentrerad vård kunde främjas.

Informanterna beskrev vilka personer verktyget lämpade sig för; de som krävde täta uppföljningar, de som inte fysiskt kunde ta sig till mottagningen och de som tillhörde riskgrupper beskrevs ha störst nytta av digitala vårdmöten. Då samtliga informanter primärt arbetade med patienter med typ 1 diabetes – beskrev de att denna patientgrupp var mest lämpad för dessa vårdmöten. Mindre barn och patienter med kognitiva funktionsnedsättningar ansåg vara grupper mindre lämpade för digitala vårdmöten. Vision 2025 lyfter fram att det är viktigt att digitaliseringen är icke-diskriminerande och att arbetssättet är individanpassat. Det påpekas att digitala tjänster i möjligaste mån ska vara tillgängliga och användbara för alla människor, oavsett ålder, funktionsnedsättning eller kunskapsnivå (Regeringsbeslut, 2016-03-10). Med den ökade användningen av digitala vårdmöten är det viktigt att inte exkluderar sårbara grupper från denna möjlighet. Å andra sidan kanske man kan se att det ändå främjar jämställd vård – genom att erbjuda digitala vårdmöten till patienter det bättre lämpar sig för, i större utsträckning kan säkra god tillgång till fysiska vårdmöten till de patienter som behöver det.

Vårdrelationen är en central del inom diabetesvården – då sjukdomen innebär långvariga vårdrelationer och upprepade vårdkontakter. De digitala vårdmötena möjliggjorde att besök kunde genomföras och vårdrelationen kunde upprätthållas och stärkas under pandemins

restriktioner. Det bidrog till att vårdaren fortsatt kunde vara känslomässigt närvarande och informanterna beskrev en känsla av att de i högre grad kunde stödja patienterna i kontinuiteten i egenvården. Informanterna upplevde att uppföljningar kunde ske tätare med ökad följsamhet och därigenom främjande av patientens hälsa. Digitala vårdmöten kunde fortsatt ske och det var även gynnsamt att patienterna kunde vara kvar i sin trygga hemmiljö – vilket bidrar till en jämbördig vårdrelation (Sävenstedt & Florin, 2013). Detta är i likhet med en tidigare studie som visade att patienter kände sig jämlika i vårdmötet med denna vårdform (Morris et al., 2017).

Informanterna ansåg inte att en etablerad vårdrelation behövdes inför ett första digitalt vårdmöte, men det beskrevs ändå att det kunde vara en fördel. Vi anser att denna reflektion måste ses i ljuset av att det under denna tid inte funnits möjlighet att träffa patienterna fysiskt. Bland andra har Morris et. al (2017) tidigare visat att både patienter och vårdare ser det som en fördel och ibland en förutsättning att det finns en etablerad fysisk vårdrelation. Vi tycker det vore relevant att titta närmare på denna förutsättning i vidare studier om erfarenheter av digitala vårdmöten efter koronapandemin. Informanterna beskrev att det digitala verktyget inte helt kunde ersätta alla fysiska besök, speciellt framhölls nackdelen med att det inte kunde genomföras nödvändiga fysiska undersökningar. Däremot kunde det fungera som ett komplement till den fysiska vården och möjligheten att se patienter via kamera möjliggjorde en klinisk bedömning.

I rollen som diabetessjuksköterska är det centrala att stödja och handleda patienten för att klara sin egenvård (Sörman, 2012). I det digitala vårdmötet beskrev informanterna att de med hjälp av de tekniska möjligheterna kunde stödja patienten i egenvården. Det möjliggjordes genom att informanten kunde dela skärm med patienten och att patientens glukoskurvor kunde studeras och diskuteras tillsammans, i strävan att uppnå och bibehålla god glukoskontroll. Vidare möjliggjorde de digitala vårdmötena att uppföljning kunde ske tätare vilket skapade kontinuitet. Sörman (2012) menar att det är viktigt att diabetessjuksköterskan är lättillgänglig och lätt kan nås av patienten – vilket informanterna beskrev att de digitala vårdmötena möjliggjorde.

Kommunikationen beskrivs av Sävenstedt och Florin (2013) som en av hörnstenarna i omvårdnad och rätt teknisk utrustning beskrevs av informanterna som en av förutsättning för att digitala vårdmöten skulle möta sitt syfte. När ljud- och bildkvalitén var påverkad på grund av uppkopplingsproblem blev kommunikationen lidande och det digitala vårdmötet kunde inte genomföras som planerat. Ibland fanns det även hinder i det digitala vårdmötet när patienterna inte hade rätt teknisk utrustning. Det har tidigare beskrivits att en förutsättning för att deltagarna ska känna sig nöjda med digitala vårdmöten är att teknologin fungerar (Morris et al., 2017), vidare framkom det i en annan studie (Fagerström et al., 2017) att vissa informations- och kommunikationsverktyg inte alltid var anpassade till användarna.

Genom att använda sig av tekniken på rätt sätt kan det underlätta och öka kvalitén på arbetet (Sävenstedt & Florin, 2013) och således skapas goda förutsättningar för kommunikation där patientberättelsen tillåts träda fram. Vi anser att digitala vårdmöten, där rätt, välfungerande teknisk utrustning finns, kan skapa goda förutsättningar för partnerskapet mellan vårdaren och patienten.

Informanterna beskrev tekniken som lättillgänglig och ”för alla” – vilket även är en förutsättning för att den digitala vården ska gynna jämlik hälsa (Regeringsbeslut, 2016-03-10). I studien av Morris et al. (2017) framkom det att digitala verktyg användes i större utsträckning av patienter under 60 år. Våra informanter uttryckte inte att de upplev någon skillnad gällande ålder och användande av digitala vårdmöten. Det kan också ha samband med den patientkategori som informanterna hade på mottagningen, som i första hand var barn och ungdomar samt medelålders patienter med typ 1 diabetes.

Nya arbetsverktyg och arbetsmetoder är ofta en utmaning. Informanterna ansåg att de fick begränsat stöd i implementeringsprocessen, samtidigt upplevde de inte att det krävdes något större stöd för att klara av det nya verktyget. Det framkom att man ofta tog hjälp av kollegor för att hitta lösningar och lära av varandra. Det har framkommit i en tidigare studie att det behövdes stöd i processen för att det digitala verktyget skulle kunna implementeras framgångsrikt (Shah et al., 2019), däremot säger det inget om från vem detta stöd skulle komma ifrån – i våra intervjuer framkom dock att det kollegiala stödet var en viktig faktor i införande processen.

Flera informanter beskrev verktyget som tidseffektivt. Det beskrevs som en positiv aspekt – men en informant hade även en mer negativ upplevelse kring detta. Frågan man kan ställa sig är såklart varför det är mer tidseffektivt? Går man miste om något i denna effektivitet och speciellt i relation till personcentrerad vård och vårdrelationen. Detta kan vara viktiga aspekter att undersöka i eventuella vidare studier.

Slutsats

De erfarenheter av att jobba med digitala vårdmöten som våra informanter beskriver är till stor del positiva. En av de stora fördelarna med det digitala vårdmöten beskrivs vara flexibiliteten verktyget erbjuder. Patienten kan lätt koppla upp sig och genomföra besöket vart de än befinner sig. Den sparade restiden beskrivs som gynnsam för både samhället, patienten och miljön. Genom att se patienten och dela skärm kan det öka patientens delaktighet i besöket samt möjliggöra för sjuksköterskan att göra en klinisk bedömning av patienten, jämfört med ett telefonmöte. Mötet har förutsättningar att bli mer jämlikt då patienten är i sin trygga hemmiljö. Speciellt fördelaktigt anses de digitala vårdmötena vara vid korta, täta besök och det anses därför möjliggöra en bättre uppföljning av patienterna. En viktig förutsättning för ett lyckat digitalt vårdmöte är att den tekniska utrustningen fungerar. Digitala vårdmöten

Therese Schagerlind
Magdalena Stosic

innebär begränsningar i att kunna genomföra fysiska undersökningar och behöver därför ses som ett komplement till fysiska besök.

Koronapandemin, med de restriktioner som det inneburit för de fysiska besöken i vården, har gjort att implementeringen och användningen av digitala vårdmöten har ökat i omfattning. Framtiden vill visa hur digitala vårdmöten kommer användas i vården när möjligheten för fysiska besök igen är tillbaka i det normala. Detta examensarbete indikerar att denna typ av möten kan fungera som ett viktigt komplement för en jämlikt och delaktig diabetes

Referenslista

- Alromaihi, D., Alamuddin, N., & George, S. (2020). Sustainable diabetes care services during COVID-19 pandemic. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 166, N.PAG-N.PAG. doi:10.1016/j.diabres.2020.108298
- Berne, C. (2012). Läkaren. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 49-58). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berne, C., & Sörman, E. (2010). Egenvård. In C.-D. Agardh & C. Berne (Eds.), *Diabetes* (4., [rev.] uppl. ed., pp. 209-220): Stockholm : Liber.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl. ed.): Stockholm : Liber.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis* (1. utg. ed.): Stockholm : Natur & kultur.
- Davis, C. L., Delamater, A. M., Shaw, K. H., La Greca, A. M., Eidson, M. S., Perez-Rodriguez, J. E., & Nemery, R. (2001). Parenting Styles, Regimen Adherence, and Glycemic Control in 4- to 10-Year-Old Children With Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), 123-129.
- Diabetesförbundet. (u.å). Retrieved from 2020-12-01 <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>
- Diabeteshandboken. (u.å-a). Tre saker man måste kunna innan man börjar med insulin. Retrieved from 2020-11-29 <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/bilaga-tre-saker-man-m%C3%A5ste-kunna-innan-man-b%C3%B6rjar-med-insulin-13716297>
- Diabeteshandboken. (u.å-b). Vad gör man på en diabeteskontroll. Retrieved from 2020-11-29 <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/16.-vad-g%C3%B6r-man-p%C3%A5-en-diabeteskontroll-13754637>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - Teori och tillämpning. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (pp. 29-61). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eliasson, L. (2020). Orsaker till typ 2 -diabetes. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 183-192). Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, C., Tuveesson, H., Axelsson, L., & Nilsson, L. (2017). The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 434-448. doi:10.1111/scs.12370
- FASS. (u.å). Retrieved from 2020-11-22 <https://fass.se/LIF/product;jsessionid=jBH-jdmXiq-ZQoXAkblprth3IzQciDDImEo4XhXpTpPE7S32ECf3!-245199489?userType=0&nplId=19960927000041>
- Fornasini, S., Miele, F., & Piras, E. (2020). The Consequences of Type 1 Diabetes Onset On Family Life. An Integrative Review. *Journal of Child and Family Studies*, 29(5), 1467-1483. doi:10.1007/s10826-019-01544-z

- Fors, P. (2020). Omhändertagande vid debut, uppföljning och individuella mål. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 365-373). Lund: Studentlitteratur.
- Ghosh, A., Gupta, R., & Misra, A. (2020). Telemedicine for diabetes care in India during COVID19 pandemic and national lockdown period: Guidelines for physicians. *Diabetes Metab Syndr*, *14*(4), 273-276. doi:10.1016/j.dsx.2020.04.001
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, *56*, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*(24(2)), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hanberger, L. (2012). Diabetes och IT. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 147-155). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hanås, R. (2018). Typ 1 Diabetes hos barn ungdomar och unga vuxna. Hur du blir expert på din egen diabetes. 7:e upplagan. Retrieved from https://www.betamed.se/typ1/2018_Typ1_diabetes.pdf
- Heckemann, B., Wolf, A., Ali, L., Sonntag, S. M., & Ekman, I. (2016). Discovering untapped relationship potential with patients in telehealth: a qualitative interview study. *BMJ Open*. doi:doi:10.1136/bmjopen-2015-009750
- Hellman, J. (2020). Tekniska innovationer i diabetesvården. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 419-427). Lund: Studentlitteratur.
- Häggström, H. (2012). Förälder/närstående till person med diabetes. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (2. uppl. ed., pp. 39-47): Lund : Studentlitteratur.
- Insulander, L. (2012). Egenmätning av blodglukos vid typ 2- diabetes. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 275-285). Lund: Studentlitteratur AB.
- Internetmedicin. (2020a). Insulinpump (CSII), vuxna. Retrieved from 2020-12-05 <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/diabetes/insulinpump-csii-vuxna/>
- Internetmedicin. (2020b). Insulinresistens. Retrieved from 2020-11-05 <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/diabetes/insulinresistens/>
- Internetmedicin. (2020c). Monogen diabetes (MODY). Retrieved from 2020-12-27 <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/diabetes/monogen-diabetes-mody/>
- Jansson, S. (2020). Diabetes i primär och kommunvård. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 381-389). Lund: Studentlitteratur.
- Jendle, J. (2020). Insulinbehandling. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 107-118). Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, U.-B., & Wredling, R. (2012). Diabetes hos vuxna. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 227-236). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. In M. Henricsson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (pp. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Klösch, M., Klösch, C., Kundt, F. S., van der Zee-Neuen, A., & Dieplinger, A. M. (2020). eHealth systems for the optimised care of patients with type 2 diabetes. *Br J Nurs*, *29*(5), 274-278. doi:10.12968/bjon.2020.29.5.274
- Kronquist, Ernholm, Carlsson, & Attvall. (2008). *Regional Riktlinje - Diabetes individuell vårdöverenskommelse*. Retrieved from <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3524/Diabetes%20-%20individuell%20v%c3%a5rd%c3%b6verenskommelse.pdf?a=false&guest=true>

- Landin-Olsson, M. (2020). Orsaker till typ 1- diabetes. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 51-61). Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, A. (2020). Diabetesteam - en förutsättning för god kvalitet i diabetesvården. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 375-379). Lund: Studentlitteratur.
- Ludvigsson, J., Hanås, R., & Åman, J. (2010). Diabetes hos barn och ungdomar. In C.-D. Agardh & C. Berne (Eds.), *Diabetes* (4., [rev.] uppl. ed., pp. 260-286): Stockholm : Liber.
- Läkemedelskommittén. (2016). *Regional Medicinsk Riktlinje- Läkemedel. Egenmätning blodglukos vid diabetes*. Retrieved from 2020-11-22
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3603/Egenm%c3%a4tning%20av%20blodglukos%20vid%20diabetes.pdf?a=false&guest=true>
- McDonnell, M. E. (2018). Telemedicine in Complex Diabetes Management. *Curr Diab Rep*, 18(7), 42. doi:10.1007/s11892-018-1015-3
- Morris, J., Campbell - Richards, D., Wherton, J., Sudra, R., Vijayaraghavan, S., Greenhalgh, T., . . . O'Shea, T. (2017). Webcam consultations for diabetes: findings from four years of experience in Newham. *Practical Diabetes*, 34(2), 45-50. doi:10.1002/pdi.2078
- Nathan, D. M., Genuth, S., Lachin, J., Cleary, P., Crofford, O., Davis, M., . . . Siebert, C. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 329(14), 977-986. doi:10.1056/nejm199309303291401
- Nordin, G. (2020). Laboratorieanalyser i diabetesvården. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 63-73). Lund: Studentlitteratur.
- Pihoker, C., Forsander, G., Fantahun, B., Virmani, A., Corathers, S., Benitez-Aguirre, P., . . . Maahs, D. M. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 19(S27), 84-104. doi:10.1111/pedi.12757
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. International edition ed.): Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Regeringsbeslut. (2016-03-10). Vision e-hälsa 2025. Retrieved from 2020-11-25
<https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). En strategi för genomförande av Vision e- hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022. Retrieved from 2020-11-24 <https://ehalsa2025.se/bilagor/strategi-genomforande-av-vision-e-halsa-2025/>
- Region Stockholm. (u.å). Vårdgivarguiden. Retrieved from 2020-12-10
<https://vardgivarguiden.se/it-stod/digitala-vardtjanster/>
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (u.å). Retrieved from 2020-12-09
<https://www.sahlgrenska.se/forskning/digitaliseringslyftet/invanartjanster/digitala-vardmoten/>
- SFS 2003:460. (2003). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. 2003:460. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Shah, N., Martin, G., Archer, S., Arora, S., King, D., & Darzi, A. (2019). Exploring mobile working in healthcare: Clinical perspectives on transitioning to a mobile first culture of work. *International Journal of Medical Informatics*, 125, 96-101. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.03.003

- Siira, E., & Wolf, A. (2020). Personcentrering i digitaliserad hälsovård, sjukvård och omsorg. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (2 ed., pp. 319-339). Stockholm: Liber AB.
- Snellman, I. (2012). Autonomi och delat beslutsfattande i diabetesvården. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 193-203). Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2011). Kost vid diabetes - en vägledning till hälso- och sjukvården. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2011-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>
- Socialstyrelsen. (u.å-a). Retrieved from 2020-12-04 <https://div.socialstyrelsen.se/det-har-ar-e-halsa>
- Socialstyrelsen. (u.å-b). Termabank. Retrieved from 2020-11-17 <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations och kommunikationsteknologi. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskan specialistområden* (pp. 217-258). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sörman, E. (2012). Diabetessjuksköterskan. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (2. uppl. ed., pp. 59-65): Lund : Studentlitteratur.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*(352), 837-853.
- Ursing, C. (2020). Diabetes och graviditet. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf.
- Viklund, G. (2012). Barn och tonåringar. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 207-226). Lund: Studentlitteratur AB.
- Västra Götalandregionen. (2019). Regional Medicinsk Riktlinje - Läkemedel. Diabetes- Typ 2. Retrieved from 2020-11-22 [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3601/Diabetes-typ%20%20\(vuxna\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3601/Diabetes-typ%20%20(vuxna).pdf?a=false&guest=true)
- Västra Götalandregionen. (u.å). Kom igång- guide. Mitt digitala vårdmöte. Retrieved from 2020-11-24 https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/0903e5f0-fede-4dfe-9679-9a336de588fe/VGR_Mitt_vardmote_guide_A4.pdf?a=false&guest=true
- Wikblad, K. (2012). Egenvårdsutbildning. In K. Wikblad (Ed.), *Omvårdnad vid diabetes* (pp. 129-139). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (u.å-a). Retrieved from 2020-12-07 https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
- World Health Organisation. (u.å-b). Retrieved from 2020-12-07 <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>

Östenson, C.-G. (2020). Diagnostik och klassificering av diabetets mellitus. In M. Landin-Olsson (Ed.), *Diabetes* (pp. 41-49).

Bilaga 1

Intervjuguide

- **Kan du berätta vart du jobbar och hur länge du har arbetet som diabetessjuksköterska**
- **Beskriv dina erfarenheter av att arbeta med digitala vårdmöten.**

Hur länge och hur mycket har du arbetat med digitala vårdmöten?
Upplevde du någon ändring av volym i användandet av digitala vårdmöten under våren (kan du beskriva på vilket sätt?)
Kan du beskriva närmare om dina upplevelser av digitala vårdmöten

- **Vilka positiva aspekter finns det med digitala vårdmöten?**

För patienten?
För dig som diabetessjuksköterska?
För närstående?

Kan du beskriva ett bra vårdmöte? Vad krävs för att det ska bli bra?

- **Vilka negativa aspekter finns det med digitala vårdmöten?**

För patienten?
För dig som diabetessjuksköterska?
För närstående?

Kan du ge ett exempel på ett digitalt möte som inte blev bra? Varför blev det inte bra?

- **När tycker du att digitala vårdmöten bör användas?**

- **Vilka patientgrupper anser du har störst nytta av digitala vårdmöten?**

Vilka patientgrupper anser du att digitala vårdmöten inte lämpar sig för?

- **Anser du att du har tillräckligt med kunskap /kompetens när det gäller att använda digitala vårdmöten?**

Beskriv vilket stöd/kompetensutveckling som du fått inför införandet av denna mötesform?

Hur har du upplevt it-stödet när du stött på problem med denna mötesform?

- **Till sist är det något som du skulle vilja tillägga?**

Bilaga 2



Forskningspersonsinformation

Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av digitala vårdmöten inom diabetesvården

Vi vill fråga dig om du vill delta i en intervjustudie gällande användning av digitala möten i diabetesvården. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

I samband med vår specialistutbildning till diabetessjuksköterskor utför vi ett examensarbete på Göteborgs Universitet. Genom intervjuer vill vi undersöka sjuksköterskors erfarenheter av digitala vårdmöten i arbetet med patienter som har diabetes. Digitaliserade mötesformer är något som vi vet kommer att ske allt oftare i framtiden, och genom att undersöka diabetessjuksköterskans erfarenheter vill vi finna verktyg och stöd för hur diabetessjuksköterskor kan anpassa och utveckla digitala patientmöten.

Vi tillfrågar dig eftersom du arbetar inom diabetesvården och har erfarenhet av att använda digitala vårdmöten i ditt arbete.

Hur går studien till?

Intervjuerna kommer att fokusera på dina erfarenheter att jobba med digitala mötesformer i diabetesvården. Dessa kommer att spelas in, skrivas ner och sedan analyseras. Intervjun kommer att genomföras via ett digitalt möte eller telefonsamtal och beräknas att ta ca 30 minuter. Intervjuaren kommer att sitta avskilt under intervjun. Intervjuerna har godkänts av din verksamhetschef.

Finns det några risker att delta?

Deltagandet i studien väntas inte innebära några risker.

Finn det några fördelar att delta?

Genom deltagandet i denna studie kommer du att bidra med erfarenhet kring hur sjuksköterskor använder eller har använt digitala möten inom diabetesvården, samt bidra med erfarenheter som kan ligga till grund för bättre och mer anpassade digitala vårdmöten.

Vad händer med mina uppgifter?

Det som spelas in och transkriberas kommer inte att innehålla några personuppgifter och kommer således inte att kunna kopplas samman med dig. Material kommer att förvaras säkert så att enbart vi som arbetar med studien kommer åt materialet. Dina svar kommer behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Insamlad data förstörs efter genomfört och godkänt examensarbete

Hur får jag information om resultatet av studien?

När arbetet är färdigt finns det möjlighet för dig att ta del av detta, önskar du en kopia av arbetet ber vi dig meddela oss detta i samband med intervjun.

Försäkring och ersättning

Det kommer inte att utgå en ersättning för ditt deltagande.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Projektansvariga studenter

Therese Herstad Schagerlind

Mail: thereseto@yahoo.no

Telefon: 0707-77 54 42

Magdalena Stosic

Mail: magdalena.stosic@vgregion.se

Telefon: 0736-54 42 62

Handledare för examensarbetet

Carina Sparud Lundin, Professor, leg. Sjuksköterska, I

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

E-mail: carina.s-lundin@fhs.gu.se, Telefon: 031-7866389