

# Ska vi inte ses på riktigt?

Digitala vårdbesök på Svenska Röda Korset



Svenska Röda Korset

Rapport från  
Svenska Röda Korset 2022

Ska vi inte ses på riktigt?

Digitala värdbesök på Svenska Röda Korset.  
Rapport från Svenska Röda Korset 2022.

Författare: Hawine Merdasa

Grafisk form: Helene Heed, Heed & Heed AB

Tryck: Åtta.45 Tryckeri AB

Upplaga: 250 ex juni 2022

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	6
<b>Tack</b> .....	7
<b>Sammanfattning</b> .....	8
<b>Kapitel 1. Introduktion</b> .....	12
Digital utveckling inom avdelning Hälsa och Vård.....	13
Digitaliseringsprojektets och rapportens syfte.....	16
RKCs behandlingsprocess.....	17
Lärdomar från våren 2020.....	18
Medarbetarnas förslag på förbättringar.....	19
<b>Kapitel 2. Bakgrund</b> .....	21
Digitalisering eller digitisering.....	21
Digitala vårdbesök.....	22
Skillnader i användningen av digitala vårdbesök.....	23
Digitala vårdbesök och RKCs målgrupp.....	24
Implementering av nya metoder.....	26
The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).....	27
Digitaliseringsprojektets frågeställning.....	28
Säkra digitala lösningar och arbetsmetoder.....	28
Ändamålsenliga digitala lösningar och arbetsmetoder.....	30
Ökad tillgänglighet.....	31
<b>Kapitel 3. Digitala metoder</b> .....	32
<b>Del 1 – Digitala behandlingsformer</b> .....	32
Videosamtal.....	32
Internetbehandling.....	35
Behandling i blandformat.....	39
Patientperspektiv.....	41
Behandlarperspektiv.....	43

<b>Del 2 – Digitala verktyg</b> .....	44
Smartphone-applikationer.....	44
Meddelanden och chatt .....	45
Digital testning.....	47
Virtual Reality .....	48
Sammanfattning digitala behandlingsformer och verktyg.....	50
<b>Del 3 – Digitala metoder i RKC:s behandlingsprocess</b> .....	51
Nå nya grupper.....	51
Remisshantering.....	52
Väntelista.....	53
Bedömningsamtal.....	54
Under behandling.....	55
Efter avslutad behandling.....	56
<b>Kapitel 4. Medarbetarperspektiv</b> .....	57
<b>Workshop om digitala lösningar</b> .....	57
Syfte .....	57
Upplägg.....	57
Resultat.....	57
Utvärdering.....	60
Sammanfattning.....	61
<b>Kapitel 5. Avslutande reflektioner och rekommendationer</b> .....	62
<b>Referenser</b> .....	66
<b>Bilaga 1</b> .....	72
<b>Bilaga 2</b> .....	73

Det kommer krävas mer av oss för att bli mer digitala, men jag ser det som något vi kan använda under lång tid. Så ja, det kommer vara en lång uppförsbacke och start, men sen kommer det bli en plåtå [...]. Jag tror på digitalisering!

Kommentar från workshop om digitala lösningar på RKC Malmö

# Förord

För många år sedan inleddes samtal kring behovet av digitalisering av vårdbesök för patienter på Röda Korsets behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade. Vår verksamhet i norra Sverige hade en tanke kring tillgänglighet för patienter och därmed en mer jämlik vård. Men annat utvecklingsarbete prioriterades och frågan kring digitaliserade vårdbesök blev vilande.

Så för cirka 2½ år sedan drabbades världen av en pandemi. Covid-19 snabbade på vår process och digitala vårdbesök blev en nödvändighet för att kunna fortsätta nå våra patienter och fortsätta stödja och ge behandling under en för många mycket svår tid. Även våra medarbetares arbetsmiljö och behovet av att den fortsätter vara god har varit ett fokus hos oss som ledning.

Rapporten *Ska vi inte ses på riktigt? Digitala vårdbesök på Svenska Röda Korset* är resultatet av ett långt arbete där flera slutsatser och rekommendationer ger oss näring att fort-

sätta vår digitala resa. Jag är mycket stolt över de kliv vi har tagit inom avdelning Hälsa och Vård i att finna nya arbetssätt, där vi sätter patienten i fokus och utvecklar vår verksamhet och våra medarbetare efter identifierade behov.

Jag hoppas att du som läser ska få inspiration att genomföra en egen digital utveckling. Jag känner mig stärkt i att vi har en förmåga att nu ta nästa modiga kliv mot en digital framtid.

Stort tack till patienter och medarbetare som bidragit till rapporten och inte minst till författaren Hawine Merdasa som på ett utmärkt sätt belyst de behov som finns och möjligheter som digitalisering ger.



Ulrika Wickman  
Avdelningschef  
Svenska Röda Korset

# Tack

Ordspråket *inget ont som inte för något gott med sig* kan kännas svårt att använda om en pandemi. Samtidigt har synliggörandet av digitaliseringsens möjligheter inom Svenska Röda Korset avdelning Hälsa och Vård med stor sannolikhet påskyndats just med anledning av den påtvingade omställningen till behandling på distans som skedde under våren 2020. Att vara projektledare för Digitaliseringsprojektet har öppnat mina ögon för nya möjligheter att öka tillgången till vård och stöd genom digitala interventioner. Den resa som projektet har gjort har endast varit möjlig tack vare goda och inspirerande samarbeten under det gånga året.

Först och främst vill jag rikta ett stort tack till Joacim Larsen (tidigare lektor och forskare, Röda Korsets Högskola), för ovärderligt stöd i framtagandet av den aktuella rapporten. Jag vill också tacka Alexandra Thorén Todoluous och Elisabet Nylander (tidigare kvalitets- respektive verksamhetsutvecklare, Svenska Röda Korset) samt Anette Carnemalm (verksamhetschef, RKC Malmö), för utbytet av kloka tankar och bollandet av idéer under projektets gång.

Ett särskilt tack till Jenny Katalinic (leg. psykolog och psyko-

terapeut, Psykologpartners), för roliga diskussioner och framförallt för idén och genomförandet av användarworkshopen på RKC Malmö. Tack också till Frida Johansson Metso (samordnare, Röda Korsets kompetenscentrum), Maite Zamacona (tematisk rådgivare, Svenska Röda Korset) och Lena Yohanes (kurator, Svenska Röda Korset) som tillsammans med Jenny har ägnat tid till genomläsning och korrekturläsning av rapportens text. Era tankar och förslag har varit enormt hjälpsamma och uppskattade.

Slutligen, ett varmt tack till samtliga berörda medarbetare och chefer inom Svenska Röda Korset som har bidragit med värdefull information om det dagliga arbetet sedan projektets start. För all uppmuntran, och framförallt för den oersättliga gemenskapen som hemarbetet har kunnat varvas med, vill jag också rikta ett varmt tack till mina kollegor på RKC Malmö.



Hawine Merdasa  
Leg. psykolog och projektledare  
Svenska Röda Korset

# Sammanfattning

Digitala vårdbesök blir en allt vanligare del av dagens vårdutbud, som ett sätt att bidra till mer tillgänglig, effektiv och jämlik vård. I samband med utbrottet av Covid-19-pandemin i Sverige påskyndades en redan uppåtgående trend i det digitala vårdbesökets förekomst. Att tillgången till vård skiljer sig mellan olika grupper i samhället gäller dessvärre även för vård som ges på distans; patienter som också finns i Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades (RKC) målgrupp kan anses tillhöra den grupp som inte drar nytta av den ökade produktivitet och tillgång till vård som digitala vårdbesök erbjuder.

Inom RKC:s behandlingsverksamhet gjordes under pandemin ett stort omställningsarbete för att göra vården och stödet fortsatt tillgängligt för målgruppen. Digitala alternativ till fysiska möten erbjöds och det digitala vårdbesökets möjligheter blev tydligt; om alternativet är att patienter inte får tillgång till behandling när de inte kan ta sig till ett fysiskt besök, så kan det digitala vårdbesöket erbjuda en lösning. Att de befintliga digitala lösningarna för behandlings- och stödsatser behövde utvecklas för att uppfylla identifierade kvalitetsaspekter, blev också tydligt. Likaså konstaterades vikten av att hitta lösningar som möter organisationens uppställda krav på en fullgod arbetsmiljö för medarbetare. *Digitaliseringsprojektet* skapades på det sättet som en del av avdelning Hälsa och Vårds långsiktiga arbete med digital utveckling.

Digitaliseringsprojektets kortsiktiga syfte har varit att undersöka om det finns digitala lösningar och arbetsmetoder som kan användas i RKC:s verksamheter på ett säkert och ändamålsenligt sätt, för att på sikt förbättra tillgången till behandling och stöd för RKC:s målgrupp. Projektets lärande presenteras i den aktuella rapporten *Ska vi inte ses på riktigt? Digitala vårdbesök på Svenska Röda Korset*, tillsammans med ett antal rekommendationer för det fortsatta digitaliseringsarbetet inom avdelningen.



Rapportens resultat lyfter exempel på digitala behandlingsformer och verktyg som skulle kunna användas inom RKC:s behandlingsverksamhet, förutsatt att nödvändiga anpassningar kan göras. Förslag på interna processer, rutiner och arbetsstrukturer som kan utvecklas ytterligare för att passa digitala metoder ges, och olika digitala metoder kopplas till olika delar av RKC:s behandlingsprocess. Förslagen länkas också till fokusområden i avdelningens Effektkarta för digital utveckling (se sida 14–15), bland annat ökad tillgänglighet till stöd och behandling.

Rapportens resultat visar samtidigt att forskning kring de digitala metodernas effektivitet för RKC:s målgrupp saknas, och att det finns anledning att fylla dessa kunskapsluckor. RKC:s behandlingsverksamhet står för en majoritet av den i Sverige befintliga specialistvården för traumapatienter med krigserfarenheter. Utifrån detta kan RKC tyckas vara den bäst lämpade aktören att leda en sådan kunskapsutveckling. Det finns redan erfarenheter hos behandlarna som ger anledning att fortsätta utforskandet av nya frågeställningar, exempelvis: om rätt tekniska förutsättningar skulle kunna innebära att det digitala vårdbesöket kan upplevas lika tillfredsställande som ett fysiskt besök? Ett fortsatt digitaliseringsarbete skulle därmed kunna innebära ett utökat utbud av behandling och stöd, samt identifiering av patienter inom RKC:s målgrupp som passar för, har behov av, eller till och med efterfrågar behandling på distans.

Kunskapsinhämtningen visar vidare att implementeringsforskning behöver vägleda det fortsatta digitaliseringsarbetet. I en användarworkshop fick några av de tänkta användarna diskutera olika aspekter av idéer för digitala lösningar – hur ny idén är, hur genomförbar den är och vilken nytta idén skulle göra. Fårhågan att digitaliseringsarbetet innebär en allt för stor omställning nyanserades genom att avgränsade metoder utvärderades, med fokus på de tänkta brukarnas perspektiv. Att utvärdera den digitala metoden och att involvera de inblandade individerna inkluderas i kartläggandet av underlättande respektive hindrande faktorer som är nödvändig vid en implementering.

När Digitaliseringsprojektet nu avslutas och avdelningen förbereder nästa steg i det digitala utvecklingsarbetet ges följande rekommendationer:

- Skapandet av en projektgrupp med olika vårdprofessioner för fortsatt digitaliseringsarbete. Projektet bör ledas av den kliniskt verksamma personalen, med stöd av IT enheten.
- Undersök en avgränsad digital metod och nödvändiga anpassningar av denna för att möjliggöra en snar implementering.
- Avsätt ekonomiska och personella resurser för att säkerställa verkställandet och spridningen av metoden i verksamheten.
- Med stöd av implementeringsforskning kartlägga hinder och underlättande faktorer inför implementeringen.
- Inhämta medarbetarperspektivet från övriga RKC och Vårdförmedlingen. Förstärk medarbetarperspektivet med patientperspektivet.
- Samarbeta med andra aktörer inom vård, hälsa och omsorg, experter inom innovation samt förmedling av tolktjänster, och med universitet/högskolor.

## Avdelning Hälsa och Vård

Svenska Röda Korsets behandlingsverksamhet för krigsskadade och torterade startade 1985 och har sedan dess utgjort en del av den ideburna vården. Som vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) följer behandlingsverksamheten gällande riktlinjer och föreskrifter på området. Inom avdelning Hälsa och Vård finns idag Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade (härefter RKC) på sex platser i Sverige – Malmö, Göteborg, Skövde, Stockholm, Uppsala och Skellefteå – med filialer i Hässleholm, Vänersborg, Umeå och Luleå. Målgruppen är personer som lider av traumarelaterade symtom/PTSD till följd av krig, väpnad konflikt, tortyr och/eller svåra upplevelser längs med flykt- och migrationsrutterna. Behandlingen är kostnadsfri och erbjuds till personer oavsett deras legala status och inkluderar såväl asylsökande och personer utan tillstånd att vistas i Sverige ("papperslösa") som personer med uppehållstillstånd, samt personer med svenskt medborgarskap som har en flyktningbakgrund. På flera behandlingscenter ingår även anhörigstöd och barn- och familjeverksamhet i den ordinarie verksamheten. På RKC arbetar administratörer, kuratorer, läka-

re, psykologer/psykoterapeuter och fysioterapeuter. Behandling kan ske såväl individuellt som i grupp, och en majoritet av besöken genomförs med hjälp av tolk.

Inom avdelning Hälsa och Vård finns även Vårdförmedlingen, som arbetar för att ge vård och stöd till papperslösa och andra migranter som faller utanför samhällets skyddssystem. Vårdförmedlingen finns lokalt i Stockholm och nationellt genom en rådgivningstelefon.

### Röda Korsets vårdverksamheter

-  Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade
-  Filialer
-  Svenska Röda Korsets vårdförmedling



# Kapitel 1. Introduktion

Psykiska ohälsan är enligt Folkhälsomyndigheten ett betydande folkhälso-  
problem, i Sverige och i resten av världen (2020). Trots offentliga satsningar  
uppmärksammas brister inom psykiatrin som gör det svårt att få tillgång till rätt  
vård inom rimlig tid. Detta gäller inom såväl vuxen- som barn- och ungdoms-  
psykiatrin och likaså syns ett ökat tryck på primärvården. Det finns även stora  
regionala skillnader. Särskilt utsatta grupper är barn och unga, asylsökande, och  
människor som tvingats på flykt. För målgruppen som kommer till RKC har  
vägen till rätt vård ofta varit lång. Inte sällan har patienter hänvisats till specia-  
listmottagningar som RKC med motiveringen att rätt kompetens att behandla  
saknas på den remitterande instansen. Covid-19 pandemin (härefter pandemin)  
kommer att få långvariga konsekvenser kopplat till psykisk ohälsa, för samhäl-  
let i stort samt på individnivå. Bristande tillgång till vård befaras kvarstå, och  
antas försämrats, när vården tvingas till hårdare prioriteringar på grund av ett  
uppdämt tryck. Inom RKC:s sex behandlingscenters upptagningsområden finns  
utmaningar när det gäller stora geografiska avstånd och en stor andel av patien-  
terna och deras anhöriga har långa resvägar. För en del patienter blir den fysiska  
och/eller psykiska ohälsan ett hinder för att tillgodogöra sig den vård de behöver,  
vilket medför en ökad risk för avhopp, samt i vissa fall att behandling aldrig  
inleds. Det finns därmed många skäl till att arbeta för en ökad tillgänglighet till  
behandlingsinsatser.

Idag används digitala lösningar för att kunna erbjuda läkarbesök samt psyko-  
logisk behandling på distans inom bland annat primärvård och psykiatri som ett  
sätt att öka tillgängligheten till vård. Sedan år 2016 finns Vision e-hälsa 2025  
vilket är en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)  
och Sveriges regering. Visionen är att ”Sverige ska vara bäst i världen på att ta  
tillvara på digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården och social-  
tjänst till 2025” (E-hälsomyndigheten, u.å.). I sin statusrapport från 2021 om  
digital mognad i den offentliga sektorn konstaterar Swedish Center for Digital  
Innovations (2021) däremot att Sverige halkar efter i digitaliseringen och att det  
fortfarande till stor del saknas nödvändiga förutsättningar för att kunna leva upp  
till Vision e-hälsa 2025 uppställda mål.

Ett perspektiv på anledningen till att uttalade satsningar på digitalisering inte verkar fungera återfinns på verksamhetsnivå; att nödvändiga partnerskap och finansiering saknas. Projekt kring digitala lösningar saknar ofta en budget för genomförandefasen och pengar investeras i sådant som skapar ett potentiellt snarare än ett realiserat värde (Hello Future, 2021). Ett annat perspektiv, som lyfts i den aktuella rapporten, är att förutsättningarna att ta del av digitala lösningar inom vården skiljer sig mellan olika grupper i samhället. För att ta del av digitala tjänster inom vården krävs ofta att användaren har tillgång till Bankid, samt kan tala och/eller skriva på det svenska språket. Tillgång till lämplig teknisk utrustning och en plats att sitta ostört på är förutsättningar som också kan förbättra det digitala vårdbesökets kvalitet. För målgruppen som kommer till RKC saknas många gånger just dessa förutsättningar, och därmed medför utvecklingsarbete kring digitala lösningar för RKC:s behandlingsverksamhet ytterligare utmaningar. Erfarenheterna som under pandemin inhämtades kring det digitala alternativets nytta, kan därför bidra till att motivera att fortsätta det digitala utvecklingsarbetet, trots utmaningar, för att därigenom bidra till en mer jämlik tillgång till vård.

## **Digital utveckling inom avdelning Hälsa och Vård**

Digitaliseringsprojektet skapades inom avdelning Hälsa och Vård som en konsekvens av att oväntade omständigheter synliggjorde ett behov; att nya arbetsmetoder behövdes för att RKC:s behandlingsverksamhet skulle kunna fortsätta uppfylla sitt uppdrag under pågående pandemi. Pandemin innebar att möjligheter att nå patienter och deras anhöriga på det sedvanliga sättet starkt begränsades eller omöjliggjordes helt. Andra tillvägagångssätt krävdes därmed för att göra vården och stödet fortsatt tillgängligt. Ett stort omställningsarbete gjordes för att kunna erbjuda digitala alternativ till fysiska möten. Utifrån det arbetet kunde bland annat vikten av att hitta lösningar som möter organisationens uppställda krav på en fullgod arbetsmiljö för medarbetare konstateras, men också vikten av att kunna erbjuda insatser som uppfyller identifierade kvalitetsaspekter.

# Effektkarta för digital utveckling inom avdelning Hälsa och vård

## Ökad tillgänglighet till stöd och behandling

### Fler får hjälp till självhjälp. (Alla)

- Vi erbjuder digitala verktyg för självhjälp.
- Fler personer använder sig av Svenska Röda Korsets digitala verktyg för självhjälp.
- De som nyttjat självhjälpen upplever att den varit hjälpsam.

### Fler får stöd innan behandling. (RKC)

- Vi erbjuder stöd via digitalt verktyg innan behandling.
- Personer nyttjar det digitala stödet innan behandlingen.
- De som använt det digitala stödet innan behandling upplever att det har varit till nytta.

### Bredare utbud av stöd och behandling. (Alla)

- Vi erbjuder behandling via digitala verktyg.
- Fler personer får tillgång till behandling via digitala verktyg.

Mätpunkter/  
indikatorer per  
effektområde

## Ökad påverkan nationellt, regionalt och lokalt

### Ökad medvetenhet och kunskap om vad Röda Korset gör inom avdelning Hälsa och vård. (Alla)

- Fler har tagit del av information om vad Röda Korset gör inom avdelning Hälsa och vård via digitala kanaler.
- Vi har digitala verktyg för kunskapsspridning som är enkla att använda.
- Personer som tagit del av digitala kunskapsinsatser upplever att deras medvetenhet och kunskap har ökat.

### Enkelt att ta ut information som beskriver vår verksamhet och resultatet. (RKC, VF, PSS)

- Våra viktigaste nyckeltal går att följa upp i ett gemensamt analysverktyg.
- Medarbetare känner högt förtroende för att den information som tas ut är korrekt.

## Ökad kvalitet i behandlingsprocesser

### Mer tid till behandling genom förenklad administration. (RKC, VF)

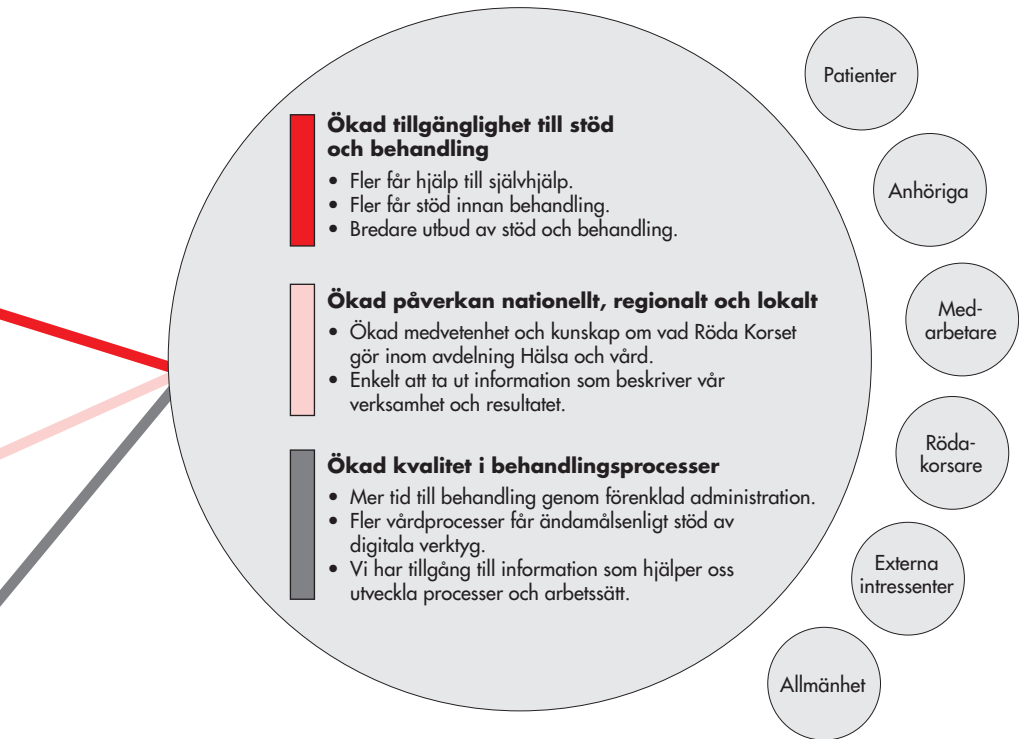
- Medarbetare upplever att tiden som läggs på administration minskat genom digitalt stöd.
- Medarbetare upplever att administrativa moment har blivit smidigare genom digitalt stöd.

### Fler vårdprocesser får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg. (RKC, VF)

- Medarbetare upplever att de digitala verktygen är anpassade för verksamheten.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till digitala verktyg i behandlingsarbetet och upplever att de är ändamålsenliga.

### Vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetsätt. (RKC, VF)

- Medarbetare och chefer kan enkelt plocka fram information för att kunna utveckla processer och arbetsätt.
- Tillförlitligheten i den statistik som tas ut upplevs ha ökat.



Pågående aktiviteter	
RKC digitaliseringsprojekt	Digitala vårdmöten
Nytt journal-system (PoC)	Webbhubben
Stödlinjen (vilande, aktiveras vid kris)	Säker digital kommunikation (krypterad mail och dokumentdelning)
Zendesk för vårdförmedlingen	Digitala utbildningar (Migrationsverket)

Förslag på aktiviteter	
Digital psykometri	Verktyg för analys (BI/DW)
Digital diktering	Verktyg för analys (BI/DW)
Avvikelse-rapporterings verktyg	Digitala psyko-pedagogiska insatser

*Psykometri = metod för mätning av psykiska egenskaper, attityder, kunskaper och färdigheter.*

Det som inte var möjligt under pandemin, nämligen tid att överväga för- och nackdelar med olika digitala lösningar, kunde istället erbjudas inom ramarna för avdelningens långsiktiga arbete med digital utveckling, bland annat genom Digitaliseringsprojektet. Ett av avdelningens verktyg för kommande verksamhetsplanering är *Effektkartan för digital utveckling* (s. 14–15). Effektkartan definierar vilka initiativ som är viktigast att prioritera. Dess syfte är också att

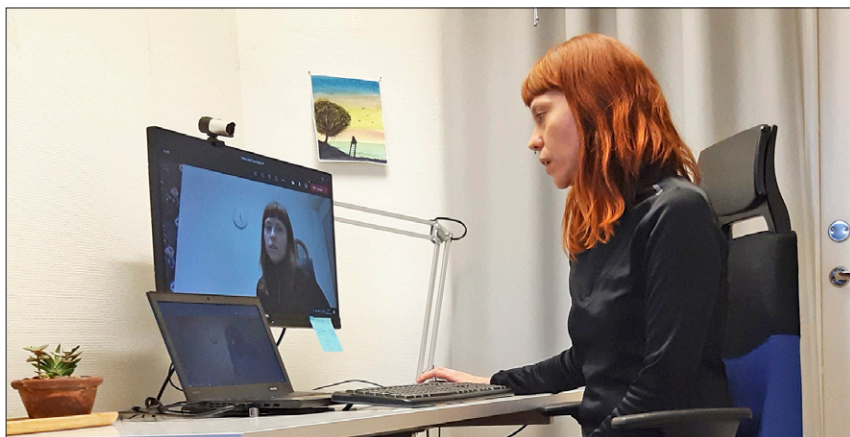


Foto: Lise Holm

skapa förutsättningar för att fatta rätt beslut kring de initiativ som ska genomföras, samt skapa en samsyn kring de övergripande effekterna som avdelningen vill uppnå. I Effektkartan syns Digitaliseringsprojektet som en av de pågående aktiviteter som är kopplat till de önskade effektområdena att *öka tillgänglighet till stöd och behandling* och *ökad kvalitet i behandlingsprocesser*.

### **Digitaliseringsprojektets och rapportens syfte**

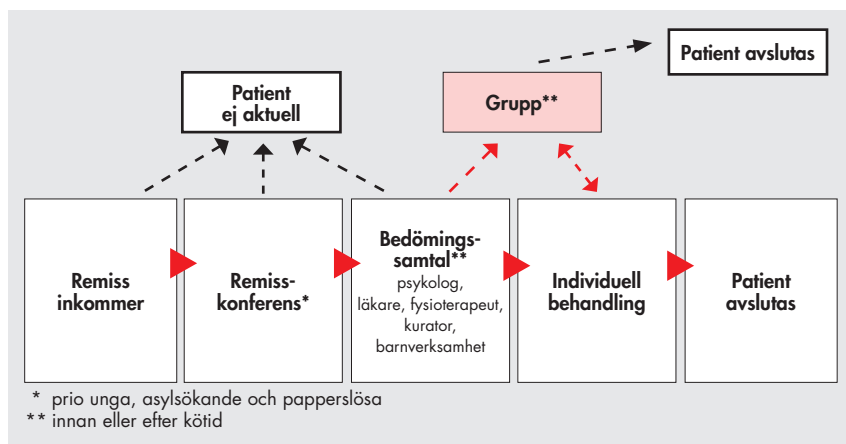
Digitaliseringsprojektets syfte har varit att *undersöka om det finns digitala lösningar och arbetsmetoder som kan användas i RKC:s verksamheter på ett säkert och ändamålsenligt sätt*. Det långsiktiga syftet med projektet är att *bidra till att förbättra tillgången till vård/ behandling och stöd, och därmed förbättra den psykiska hälsan*.

Den aktuella rapportens syfte är att samla Digitaliseringsprojektets inhämtade kunskaper och presentera dessa tillsammans med ett antal rekommendationer för det fortsatta digitaliseringsarbetet inom avdelning Hälsa och Vård. Till följd av vissa av projektets begränsningar, och med hänsyn till rapportens omfång, har inte alla lärdomar från Digitaliseringsprojektet omnämnts i rapporten. Kunskapsinhämtningen som presenteras utgår i stort från psykologisk behandling då RKC:s verksamheter främst erbjuder detta. Ett flertal av de digitala lösningar och arbetsmetoder som presenteras kan samtidigt användas av och komma till nytta för olika yrkesgrupper inom verksamheten.



## RKC:s behandlingsprocess

Arbetet med att identifiera säkra och ändamålsenliga digitala lösningar och arbetsmetoder för RKC:s verksamheter har utgått från RKC:s behandlingsprocess så som den beskrivs i Figur 1. Variationer finns mellan de olika behandlingscentren i Sverige och dessa har markerats i flödet. Vid inkommande remisser görs vid en del RKC en prioritering av unga, asylsökande och papperslösa. Bedömningsamtal och deltagande i grupp sker vid vissa RKC innan kötiden och vid andra RKC först när patienten ska påbörja behandling. Tortyrskadeutredningar som också görs inom behandlingsverksamheten har uteslutits ur flödet då processen har ett annat förfarande.



FIGUR 1

Omställningsarbetet under våren 2020 var koncentrerat till den del av behandlingsprocessen där redan identifierade patienter befann sig: bedömningsamtal, individuell behandling och anhörigstöd, samt gruppbehandling. Genom Digitaliseringsprojektet har det varit möjligt att titta närmare på övriga delar av flödet för att undersöka var digitala lösningar skulle kunna införas. Olika grupper av patienter har därmed kunnat identifieras på olika platser i flödet (Tabell 1).

<p><b>Potentiella patienter</b> Personer som ännu inte sökt hjälp</p>	<p><b>Patienter i kö</b> Personer som förmodas uppfylla kriterier för behandling</p>
<p><b>Patienter i behandling</b> Patienter i pågående behandling samt eventuella anhöriga</p>	<p><b>Avslutade patienter</b> Patienter som avslutats (oavsett anledning)</p>

TABELL 1

Vissa anpassningsbehov av de digitala lösningarna kan tänkas vara desamma för alla fyra grupperna, som exempelvis behovet att antingen kunna använda tolk eller skriftligt material på patientens språk. Andra anpassningsbehov kan skilja sig beroende på placering i vårdkedjan och därför kan valet av digital lösning också skilja sig mellan de olika grupperna. Tabellen kan ses som en förenklad gruppering av personerna i och utanför behandlingsprocessen, men som har fungerat som underlag vid resonemang om vilka grupper som kan dra nytta av vilka digitala lösningar.

## Lärdomar från våren 2020

Tabell 2 visar en sammanställning av de digitala insatser som initierades inom RKC:s behandlingsverksamheter och på Vårdförmedlingen i samband med pandemins utbrott våren 2020. Insatserna relaterar främst till användningen av videosamtal. Sammanställningen gjordes under senvåren 2021 med hjälp av RKC:s verksamhetschefer och teamledare på Vårdförmedlingen.

Individuell psykologisk behandling	Bedömningssamtal (enstaka)	Kuratorssamtal	Samverkans- och SIP-möten
Läkarsamtal	Läkarbedömning	Fysioterapi i grupp	Promenadgrupp
Uppföljningssamtal	Psykoedukationsgrupp	Aktivitetsgrupp	Grupp för anhöriga ungdomar

TABELL 2

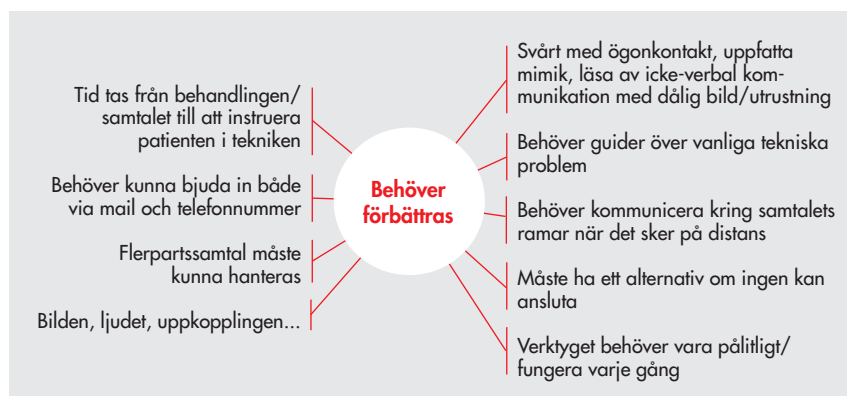
En genomgripande rutin för bedömningssamtal på distans togs fram för gemensam användning inom RKC. De digitala plattformar som användes för videosamtal var Microsoft Teams och Care Connect<sup>1</sup>. Telefonsamtal användes också och hade förekommit i viss utsträckning även innan pandemin. Erfarenheterna utvärderades dels genom att alla behandlare som använde sig av Teams eller KRY uppmuntrades att svara på en Forms-enkät. Patienten fick även delta genom att behandlaren läste upp tre frågor som rörde videosamtalets ljud, bild och uppkoppling. En majoritet av de 241 svaren kom från medarbetare på RKC Stockholm samt RKC Uppsala och de flesta hade använt sig av plattformen KRY. En möjlig förklaring är att dessa upptagningsområden i större utsträckning än andra delar av landet påverkades av hög smittspridning av Covid-19 tidigt under pandemin och att verksamheterna därmed tidigt ställde om till vårdbesök på

1 En kostnadsfri vårdplattform som KRY skapade till följd av pandemin.

distans. En knapp majoritet av samtalen genomfördes utan tolk. Av de samtal som krävde tolk befann sig tolken på distans i en majoritet av fallen. Eftersom behandlarna inte avkrävdes att genomföra enkäten, och då den genomfördes som en första kontroll tidigt i omställningsarbetet (ej en utarbetad rutin), bör resultaten tolkas med försiktighet.

## Medarbetarnas förslag på förbättringar

För det fortsatta digitaliseringsarbetet i Digitaliseringsprojektet har medarbetarnas förslag på förbättringar varit en viktig utgångspunkt. En sammanfattning av dessa ges i Figur 2.



FIGUR 2

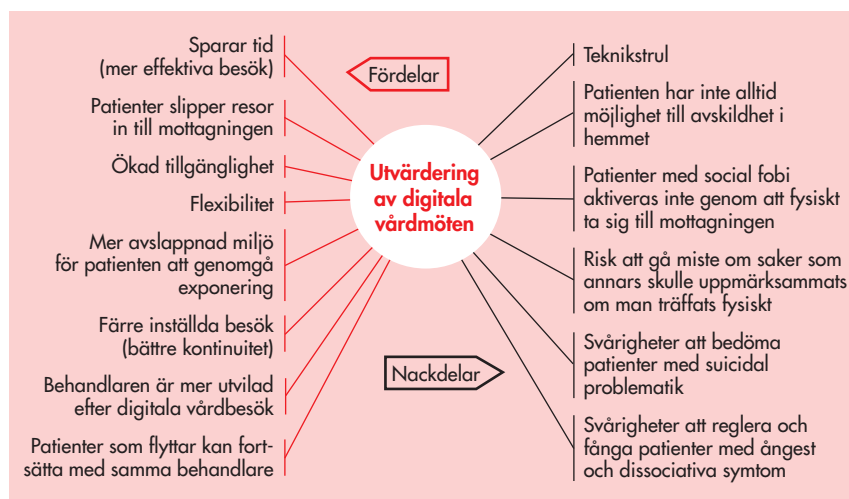
Forms-enkätens frågor handlade till övervägande del om den tekniska utrustningen, vilket också framgår från kommentarerna om vad som behöver förbättras. Behandlarna ombads också skatta: samtalets kvalitet i jämförelse med ett fysiskt besök, patientens upplevelse av besöket, samt samarbetet med tolken på en 5-gradig skala (Tabell 3).

Samtalets kvalitet jämfört med ett fysiskt besök	3,5 av 5
Hur patientens upplevelse av samtalet uppfattades	3,9 av 5
Samarbetet med tolken	4,5 av 5

TABELL 3

Tabellens siffror, i kombination med kommentarerna om den tekniska utrustningen, väcker tanken kring hur ett digitaliseringsarbete skulle kunna bidra till att höja skattningarna. Frågan är om med rätt tekniska förutsättningar, det digitala vårdbesöket skulle kunna upplevas lika tillfredsställande som ett fysiskt besök.

Erfarenheterna utvärderades också genom semistrukturerade intervjuer med några utvalda behandlare och patienter, som hade genomfört minst tre digitala vårdbesök. Figur 3 visar en sammanställning av behandlarnas upplevda för- och nackdelar av digitala vårdbesök.



FIGUR 3

Trots det begränsade antalet deltagare bidrog den kvalitativa utvärderingen till insikter om de potentiella fördelar digitala lösningar kan innebära för patienterna. Nackdelarna som framkom belyser vikten av att hitta lösningar för att kunna göra nödvändiga kliniska bedömningar genom det digitala formatet, alternativt att en bedömning om vem som överhuvudtaget lämpar sig för det digitala formatet behöver göras. En viktig slutsats är att både patienternas och behandlarnas inställning till att bedriva behandling på distans överlag var positiv. En slutsats är att i en kontext där alternativet var att ingen behandling kunde genomföras, var det digitala formatet användbart. Detta har varit en viktig utgångspunkt för Digitaliseringsprojektet, nämligen kan det digitala alternativet innebära en lösning när patienten annars inte kan få tillgång till behandling?

# Kapitel 2. Bakgrund

I kapitlet som följer ges en bakgrund till begreppet digitalisering samt det digitala vårdbesökets förekomst. Implementering av nya digitala metoder berörs utifrån ett av implementeringsforskningens ramverk: The Consolidated Framework for Implementation research. Slutligen lyfts två nyckelbegrepp i Digitaliseringsprojektets formulerade syfte, *säkra* och *ändamålsenliga* digitala arbetsmetoder.

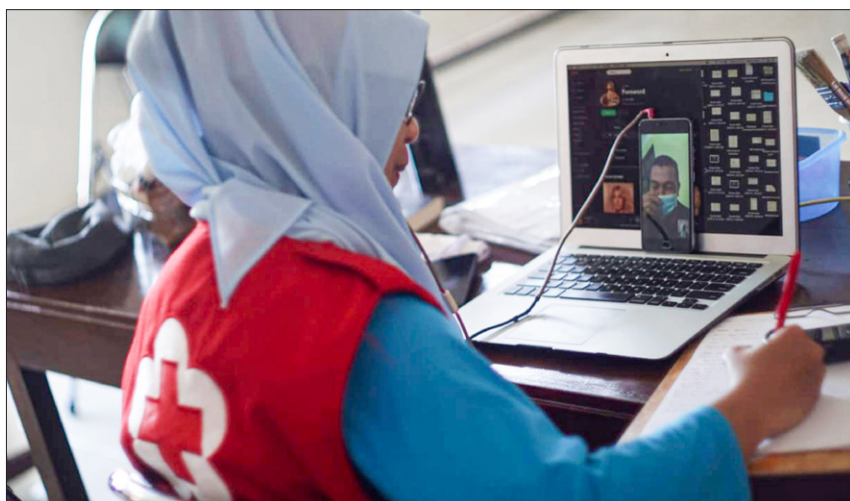


Foto: IFRC

## Digitalisering eller digitisering

Begreppet *digitalisering* kan ibland förstås bättre när det ställs i kontrast till ett snarlikt men mindre bekant begrepp, *digitisering* (även *digifiering*). Att digitisera något är att omvandla/konvertera det som är fysiskt eller analogt, till digitalt. Att skicka e-post istället för brev med frimärke, eller att omvandla från papper till PDF, är exempel på sådant som har digitiserats. En majoritet av informationen inom hälso- och sjukvården är digitiserad (Dataföreningen, 2020). Det omställningsarbete som behandlingsverksamheterna gjorde för att kunna erbjuda digitala alternativ till fysiska möten som en konsekvens av pandemin, kan beskrivas som en process av digitisering. Istället för att ses fysiskt på plats skapades alternativet att genomföra vårdbesök via videosamtal och

ibland telefon. Om digitisering kan användas för att beskriva det steg som verksamheten tvingades ta under pandemin, så kan *digitalisering* beskriva det som Digitaliseringsprojektet har haft som syfte. Digitalisering beskriver processen av vidareutveckling av en metod, där teknikens möjligheter används för att förändra och förbättra. Vid digitalisering används det digitala formatet för att tillföra någonting nytt, effektivisera eller automatisera.<sup>2</sup>

## Digitala vårdbesök

I vissa delar av Sverige har videosamtal använts inom vården för att erbjuda behandling på distans ända sedan mitten av 1990-talet (Edbacken, Rohani & Enander, 2021); i Västerbottens läns landsting användes videosamtal tidigt för att öka tillgängligheten till vård inom länet, som är landets näst största, och vars invånare till en övervägande del är boende i kustkommunerna. I likhet med glesbygdsbefolkningen har traumapatienter med krigserfarenheter ofta långa resvägar för att kunna ta del av specialistvård, då RKC:s mottagningar och filialer endast finns på ett fåtal platser runtom i landet.

År 2016 erbjöds för första gången nätläkartjänster i privat regi och två år senare började vissa nätläkarbolag erbjuda även psykologtjänster (Blix & Dahlstrand, 2021). Samma år tillgängliggjordes den nationella tjänsten *Stöd och behandling* via Vårdguiden, en plattform genom vilken vårdgivare på ett säkert sätt kan ge stöd och behandling, såsom internetbaserad KBT mot exempelvis ångest, depression och smärta (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021a). Sedan dess har antalet privata företag som primärt erbjuder psykologisk behandling ökat i antal och likaså tillgången till psykologisk behandling på primärvårdsnivå (Blix & Dahlstrand, 2021). I takt med att digitala tjänster utvecklas ökar förekomsten av psykologiska interventioner i den offentliga såväl som privata vården. Inom Psykologförbundet är nu Nätverket för digitala psykologer ett av de största nätverken, och ett av de prioriterade områdena för 2021–2023 är att psykologer är med och leder Sveriges digitalisering av vården (Psykologförbundet, u.å.). I samband med pandemins utbrott i Sverige påskyndades utvecklingen av en redan uppåtgående trend i förekomsten av exempelvis digitala videosamtal inom vården, på primärvårds- såväl som specialistvårdsnivå (Edbacken, Rohani & Enander, 2021). Enligt SKR är ett sätt att bidra till mer tillgänglig, effektiv och jämlik vård att göra digitala vårdtjänster till en naturlig del av vårdutbudet (Sveriges Kommuner och regioner, 2021b).

---

2 <https://www.cedeo.se/kunskapsbanken/digitalisering/skillnaden-mellan-digitalisering-och-digitisering>

## Skillnader i användningen av digitala vårdbesök

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) sammanställde 2022 en rapport över de digitala vårdbesökens roll i primärvården och beskriver vilka användarna av digitala vårdbesök i primärvården är idag (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022):

*”Digitala vårdbesök används främst av barn och yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända, eftersom de används mer av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska förhållanden.” (s. 5)*

I rapporten konstateras att digitala vårdbesök har främjat produktiviteten och ökat tillgängligheten för vissa grupper. Utredningen visar också att andelen digitala läkarbesök är högre bland personer som är födda i Sverige (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022). I beskrivningen ovan finns likheter mellan RKC:s målgrupp och gruppen som främst använder fysiska besök. RKC:s målgrupp kan alltså anses tillhöra den grupp som inte drar nytta av en ökad produktivitet och tillgänglighet genom digitala vårdbesök.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys drar slutsatsen att forskning kring det digitala vårdbesökets effektivitet överlag behöver utökas (2022). Eftersom det finns grupper som inte tar del av digitala vårdbesök idag, är forskningsunderlaget för dessa grupper troligtvis ännu mindre. I kontakt med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) upplysningstjänst angående internetbehandling för traumatiserade människor som tvingats på flykt, gavs informationen att inga relevanta träffar hade getts vid sökning i databasen Medline och att rapporten ”Internetförmiddad psykologisk behandling: jämförelse med andra behandlingar vid psykiatriska symtom” istället rekommenderades som relevant underlag<sup>3</sup>. Rapportens slutsats är dock att det finns för få jämförande studier på effekten av internetförmiddad psykologisk behandling (mer specifikt IKBT) med relevanta behandlingsalternativ. SBU:s kommentar till den egna rapporten är bland annat att metoden fortsatt behöver följas upp och utvärderas i kliniska verksamheter (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021).

---

3 SBU:s upplysningstjänst användes under februari 2022.

## Digitala vårdbesök och RKC:s målgrupp

Det är inte enbart digitala vårdbesök som under används av grupper som förekommer inom RKC:s målgrupp. Studier påvisar en diskrepans mellan behovet av och det faktiska användandet av insatser för psykisk hälsa bland nyanlända och asylsökande i Europa. Insatser under används och inte sällan söker personer som är drabbade av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) istället somatisk vård i större utsträckning (Satinsky m.fl., 2019). Även i Sverige används psykofarmakologisk behandling, som exempelvis antidepressiv medicinering, i mindre utsträckning bland nyanlända från vissa länder än bland jämförelsepopulationen av svenskfödda invånare, detta trots en högre förekomst av psykisk ohälsa (Brendler-Lindqvist m.fl., 2014). Kvinnor som tvingats på flykt från det globala syd och som bor i Sverige har konstaterats löpa högre risk för psykisk ohälsa, där diagnoserna depression och PTSD är mer vanligt förekommande (Hollander m. fl., 2011). Både i Sverige och i Europa i stort verkar benägenheten att söka,



Foto: Marie Sparréus



eller få tillgång till, insatser och psykofarmakologisk behandling för psykisk hälsa öka i takt med vistelsetiden i landet (Satinsky m.fl., 2018; Brendler-Lindqvist m.fl., 2014).

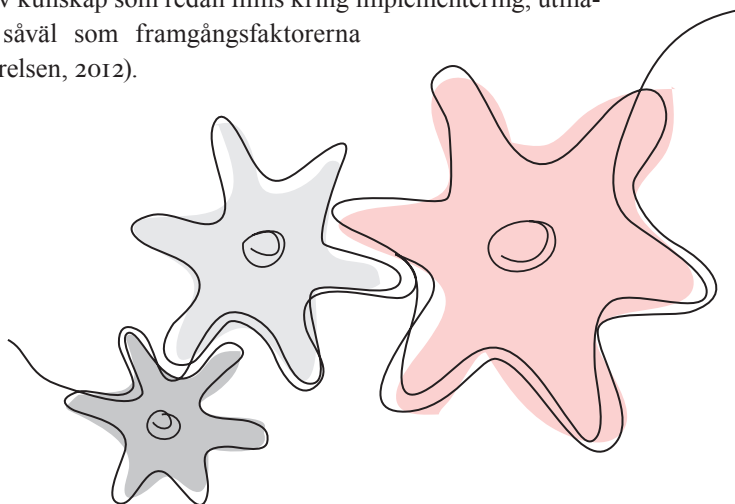
Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) konstaterar att ”målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (3 kap. 2§). En ansats att undersöka vilka anpassningar av digitala insatser som kan behöva göras för att nå ut till och användas av fler grupper med ett stort vårdbehov, RKC:s målgrupp inräknat, skulle kunna bidra till en mer jämlik vård. Ett digitaliseringsarbete inom RKC:s behandlingsverksamhet kan också bidra till att fylla några av de kunskapsluckor som finns idag kring de digitala vårdbesökens effektivitet för grupper som ännu inte är representerade i forskningen. Asylsökande och människor som tvingats på flykt är allt annat än en homogen grupp; förutom skillnader i ålder, kön och etnicitet finns socioekonomiska skillnader som kan förknippas med olika nivåer av vårdbehov. Likaså kan utbildningsnivå, läs- och skrivkunnighet påverka möjligheten att använda sig av vissa digitala lösningar. Att göra kulturanpassningar av evidensbaserade behandling innebär enligt Bernal m.fl. (2009) att modifiera en metod med hänsyn tagen till patientens unika behov utifrån språk, kultur och kontext. Inom forskningsområdet som tillägnats att göra kulturanpassningar av psykologiska interventioner saknas däremot konsensus huruvida kulturanpassningar har en positiv eller negativ inverkan på metodens effektivitet (Lindegård m.fl., opublicerat manuskript), därmed bör detta område undersökas djupare i RKC:s fortsatta digitaliseringsarbete.

Möjligheten för en patient att resa till en vårdinstans för att ta del av vård kan begränsas av såväl ekonomi, tid och avstånd, som fysiska och psykiska begränsningar (Kuhn & Owen, 2020). Vård som ges på distans kan vara ett sätt att möta patienten där den befinner sig. Förutom att undanröja ekonomiska, geografiska och fysiska hinder kan möjligheten till behandling på distans sänka tröskeln för att överhuvudtaget söka vård. Oro för stigmatisering kan till exempel bidra till att en person avstår från att ta sig till en mottagning och riskera igenkänning av andra besökande i väntrummet. I vissa fall kan sjukdomsbilden i sig utgöra ett hinder att söka vård. För personer som lider av obehandlad PTSD är en vanlig reaktion att undvika saker eller platser som påminner om det trauma som har inträffat, vilket för många kan leda till att tillvaron begränsas till den upplevda tryggheten som så småningom kanske enbart hemmet kan erbjuda. En risk är då

att samma undvikandebeteende som behandlingen är tänkt att minska blir det som står i vägen för tillgång till behandlingen, då patienten undviker att lämna hemmet. Behandling på distans kan följaktligen möjliggöra att personen får hjälp att bemästra sin ångest och därmed kan ta sig över tröskeln för att kunna få tillgång till behandling (Tuerk m.fl., 2010).

## Implementering av nya metoder

Digitaliseringsprojektets syfte inbegriper inte implementering av digitala lösningar men ett formulerat mål är att skapa förutsättningar för en kommande implementering. Avsikten med att kortfattat beröra implementeringsforskning är att belysa vikten av ett grundligt förarbete inför att en ny insats ska implementeras i RKC:s behandlingsverksamhet. Holländare och Katalinic (2021, s.199) har sammanfattat några återkommande inslag i definitionen av begreppet *implementering*: ”implementering ska ses som en aktiv och *planerad* handling vilken har som *uttalat syfte* att på ett *långsiktigt* sätt införliva en ny metod/arbetsätt i en befintlig verksamhet”. Implementeringsforskning som vetenskaplig disciplin uppkom då ansatser att implementera innovativa lösningar för att uppnå förbättringar för olika målgrupper ofta misslyckades (Damschroder, 2020). Forskning inom hälso- och sjukvård ligger delvis bakom den växande kunskapen om vad som leder till en lyckad implementering. När nya evidensbaserade metoder ska införas i den kliniska vardagen kan olika faktorer, som också kan förändras över tid, påverka implementeringsprocessen så att den blir mer eller mindre framgångsrik. Chanserna att nyttan når målgruppen ökar om hjälp tas av kunskap som redan finns kring implementering, utmaningarna såväl som framgångsfaktorerna (Socialstyrelsen, 2012).



## The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Teorier inom implementeringsforskning kan illustreras utifrån ramverk med en övergripande struktur som tillåter en flexibel användning. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) är ett exempel på ett sådant ramverk, som också tillhör en kategori av teorier som anses vara grundläggande för att bättre förstå implementeringsprocesser och underliggande förändringsmekanismer (Damschorder, 2020). Ramverket innehåller fem områden vilka beskriver omständigheter som kan försvåra eller underlätta en implementering; interventionen i sig, de inblandade individerna, den inre miljön, den yttre miljön, och själva implementeringsprocessen.

Utifrån CFIRs områden kan några frågor vara särskilt relevanta vid kartläggning av hinder respektive underlättande faktorer inför en implementering:

**Interventionen:** Vilken är nyttan med metoden? Vilka är metodens relativa fördelar? Hur kan/vill/behöver vi anpassa metoden i vår verksamhet?

**Inblandade individer:** Upplever behandlarna nytta för sin del? För sina patienters? För verksamheten? Vilka är attityderna? Behöver vi jobba med dessa (hos behandlare/andra)? Möjliggöra fortsatt stöd och utveckling? Får de återkoppling? Vad ska andra yrkesgrupper säga/göra?

**Inre miljö:** Hur ser flödet ut? Har alla som behöver information/kunskap om metoden? Ses metoden som ett komplement till existerande metoder? Behöver vi göra mer/annat för att möjliggöra användande? Hur ska vi göra för att metoden ska finnas kvar? Hur kan vi som ledning stötta?

**Yttre miljö:** Hur ser efterfrågan på metoden ut? Kan denna påverkas? Finns det incitament? Kan detta påverkas? Är förutsättningarna långsiktigt stabila?

**Implementeringsprocessen:** Vem jobbar aktivt med införandet? Var i införandeprocessen befinner vi oss? Vad är nästa steg? Vem ska engageras? Hur ska det utföras och utvärderas? Hur förhåller sig detta steg till det vi vill uppnå?

**Annat att tänka på:** Skillnader mellan olika mottagningar? Vad är lokala/centrala frågor?\*

\* Mallen har tagits fram för arbete inom psykologföretaget Psykologpartners i Malmö och visas här med ägarens (Jenny Katalinic) tillåtelse.

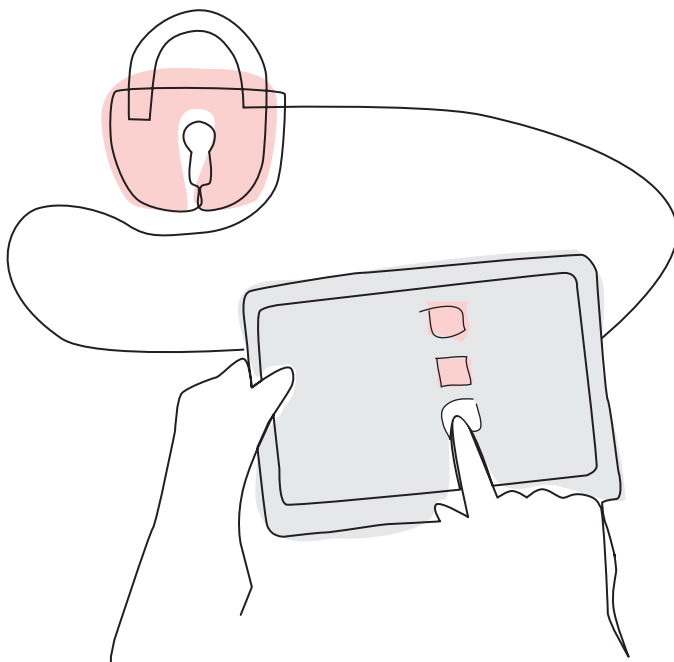
En översiktsstudie av sjukvårdpersonalens uppfattning om faktorer som hindrar, alternativt underlättar, implementering av internetbaserad psykologisk behandling är ett exempel på hur CFIR-ramverket tillämpats i forskning. Studiens fokus var CFIR-ramverkets område som berörde de inblandade individerna. Några faktorer som identifierades kunna bidra till en lyckad implementering var: vikten av att vårdpersonalen får utbildning; en chans att bekanta sig med metoderna, samt får stöttning i att integrera internetbaserade behandlingar i arbetet (Davies m. fl., 2020). Susanne Frennert betonar i sitt webinarium ”Podden, Paddan och Plattformen” att digitala system kan ta mycket kraft och energi, att förändrade arbets sätt innebär förändrade förutsättningar, och att dessa förändringars effekt på personalen kan behöva undersökas. Frennert menar vidare att delaktighet och involverande vid införande av digitala system kan bidra till att skapa nöjdhet bland personalen (S. Frennert, personlig kommunikation, 22 november 2021). Vårdpersonalen är också en viktig nyckel till vad som kan funka i verksamheten när det gäller att förändra arbets sätt. Att skapa positiva beteendeförändringar kan vara svårare än att hitta den nödvändiga tekniken när nya digitala system ska introduceras i en verksamhet (A. Katalinic, personlig kommunikation, 9 november, 2021).

## Digitaliseringsprojektets frågeställning

Utifrån Digitaliseringsprojektets kortsiktiga syfte är frågeställning huruvida det finns digitala lösningar och arbetsmetoder som kan användas inom RKC:s behandlingsverksamheter på ett säkert och ändamålsenligt sätt. För att lättare besvara frågeställningen behöver begreppen *säkert* och *ändamålsenligt* definieras i den givna kontexten.

## Säkra digitala lösningar och arbetsmetoder

Begreppet *säkert* kan definieras med hjälp av Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), två av de lagar och föreskrifter RKC som vårdgivare är skyldiga att följa. Patientsäkerhetslagen säger bland annat att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (2010:659). Genom arbetet med Digitaliseringsprojektet har det konstaterats att forskningsunderlag kring kvalitet och effekt av digitala behandlingsmetoder för RKC:s målgrupp saknas. Följaktligen har en viktig aspekt av vad som inbegriper *säkra* digitala lösningar och arbetsmetoder inte kunnat utvärderas inom ramen för Digitaliseringsprojektet. Däremot har en övertygelse vuxit fram att ett fortsatt digitaliseringsarbete kan bidra till att utveckla och utvärdera just sådana digitala lösningar, så att RKC:s



målgrupp på sikt får tillgång till *säker* vård även på distans. Patientsäkerhet beskrivs också som skydd mot vårdskada, där *vårdskada* innebär att kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom hade kunnat undvikas vid patientens kontakt med vården (Patientsäkerhetslagen, 2010:659), och är därmed relevant vid definitionen av begreppet *säkra* digitala lösningar och arbetsmetoder.

Utifrån Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) innebär ett säkert användande av digitala lösningar och arbetsmetoder att sekretessen kring patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter, kan bevaras. En del av bevarandet av sekretessen är att patientens alternativt behörig vårdpersonals identitet legitimeras innan sådan känslig information delas. När vårdmöten sker på distans behövs andra metoder för legitimering. Idag är ett av de vanligare e-legitimationssystemen i Sverige Bank-id, en tjänst som endast kan användas av personer som är folkbokförda och därmed har ett svenskt personnummer. E-legitimationssystem som tillåter användning av ett styrkt samordningsnummer finns också och inloggning till I177 Vårdguiden kan exempelvis göras med någon av dessa två tjänster<sup>4</sup>. När det gäller RKC saknar en del av målgruppen såväl

4 <https://www.elegitimation.se/skaffa-e-legitimation>

personnummer som styrkta samordningsnummer. Detta då såväl asylsökande<sup>5</sup> som ”papperslösa” ingår i målgruppen, vilket innebär att dessa e-legitimations-system inte är tillgängliga för användning. För att kunna erbjuda säkra digitala lösningar och arbetsmetoder för RKC:s målgrupp skulle alltså alternativa sätt att legitimera sig behöva undersökas, alternativt utvecklas.

## Ändamålsenliga digitala lösningar och arbetsmetoder

Gällande begreppet *ändamålsenligt* kan en uppdelning utifrån vems perspektiv som beaktas göras. För patienter som kommer till RKC för behandling är det ändamålsenligt att behandlingen leder till att den psykiska hälsan förbättras. För patienter som av någon anledning inte har möjlighet att ta sig till någon av RKC:s mottagningar, för att inleda eller fortsätta sin behandling, kan det också ses som ändamålsenligt att ändå kunna få tillgång till behandling och stöd. Om detta kan erbjudas via digitala lösningar på distans, om patienten kan tänka sig att delta i behandling på distans, och om vården som ges är säker, kan en sådan digital lösning anses vara ändamålsenlig. Det kan också tänkas vara ändamålsenligt för behandlare inom RKC, och även för verksamheten i stort.

För vissa patienter kan det däremot vara ändamålsenligt att fortsatt kunna ta del av den sedvanliga behandlingen. Ur deras perspektiv skulle en risk med införandet av digitala lösningar vara att det digitala behandlingsalternativet konkurrerar ut den sedvanliga behandlingen, vilket följaktligen skulle minska tillgången till vård. Vid bedömningen av vad som är ändamålsenligt bör etiska aspekter som rör vilka arbetsmetoder som ska digitaliseras, och i vilken utsträckning, ingå (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021).

För behandlare kan begreppet ändamålsenligt tänkas innefatta sådant som underlättar det vardagliga arbetet. En behandlare kan också anse att det är ändamålsenligt om behandling, som ges med hjälp av digitala lösningar, inte bara ger god, utan till och med bättre effekt, på patientens psykiska mående. Dessa två faktorer går inte alltid att förena. Det som ger bäst effekt kan ibland komma att kräva mer arbete, särskilt när det gäller att implementera nya arbetsmetoder, och inkörningsperioden kan upplevas som trög och mer resurskrävande. Ibland kan den nya arbetsmetoden i sig innebära mer arbete i form av att särskild kompetens krävs, vilket innebär extra utbildning. Trots att utvecklingsperspektivet är viktigt att behålla i en behandlingsverksamhet behöver arbetsmiljön för behandlarna

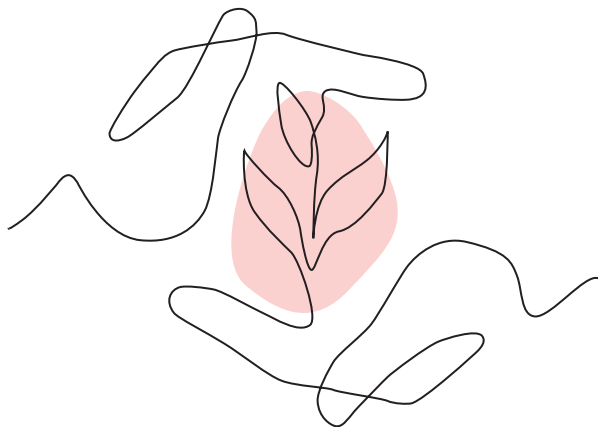
---

5 För att en asylsökande ska kunna få ett samordningsnummer krävs att hen är undantagen från skyldigheten att ha arbetstillstånd och har fått en anställning.

alltid beaktas och Arbetsmiljölagens föreskrifter finns för att förebygga ohälsa samt se till att en god arbetsmiljö uppnås (SFS 1977:1160). Behandlarna är de som i mötet med patienterna direkt kan se nyttan, alternativt den uteblivna nyttan, av den nya digitala arbetsmetoden. Behandlarna är därför också de som har en avgörande roll i om den nya arbetsmetoden används eller inte, sprids eller inte.

## Ökad tillgänglighet

Inom RKC:s behandlingsverksamhet har det sedan länge funnits en ambition att öka tillgängligheten till vård för målgruppen. Förutom att nå identifierade patienter som av olika anledningar inte kan komma till de fysiska mottagningarna har det varit eftersträvt att nå fler än idag; att nå andra grupper, som av olika anledningar inte kommer för behandling fastän att behovet finns, och att nå ut med behandling i en större omfattning. Att nå fler kan också handla om att öka tillgängligheten till stöd i väntan på behandling. Strävan att öka kvaliteten i behandlingsprocesserna pågår ständigt, med frågor som rör hur behandlingen och stödet som erbjuds kan vara till större nytta för patienterna och deras anhöriga samt hur lidandet kan minskas, snabbare och/eller i större utsträckning. För behandlaren, som har den enskilda patienten i sitt behandlingsrum, är det direkta fokuset på individens mående. För teamet, som diskuterar det gemensamma patientarbetet, är frågan hur nyttan för en patient kan vara gynnsam för fler, oftare närvarande. I dessa diskussioner skulle digitala lösningar kunna erbjuda alternativ vilka kan bidra till att uppnå målen om att öka tillgängligheten och nyttan. Den avdelningsövergripande ambitionen att arbeta strategiskt med digital utveckling, såsom genom användandet av Effektkartan för digital utveckling visar att det finns goda förutsättningar för att nyttan den medför når ut på såväl individ- som på gruppnivå.



# Kapitel 3. Digitala metoder

I kapitlet som följer presenteras först olika digitala metoder i två delar. Del 1 beskriver digitala metoder som enskilda behandlingsformer och informationen presenteras utifrån rubrikerna *tänkbara patientgrupper* (enligt Tabell 1 i introduktionen), *beskrivning*, *metodens effektivitet* och *nödvändiga anpassningar* (för RKC:s målgruppsgrupp). Slutligen berörs patientens respektive behandlarens perspektiv vid arbete med behandling på distans.

Del 2 beskriver digitala verktyg vilka kan användas som komplement till, eller en del av, de digitala behandlingsformerna. Avsnittet avslutas med en tabell där tänkbara digitala behandlingsformer och verktyg vilka kan tänkas användas sammanfattas under respektive patientgrupp (Tabell 4). Se bilaga 1 för en redogörelse av metoden för kunskapsinhämtningen.

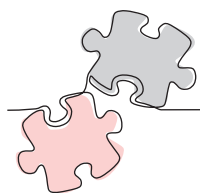
I den tredje, och avslutande delen, illustreras hur de digitala metoderna kan användas i olika delar av RKC:s behandlingsprocess.

## Del 1 – Digitala behandlingsformer

### Videosamtal

#### TÄNKBARA PATIENTGRUPPER:

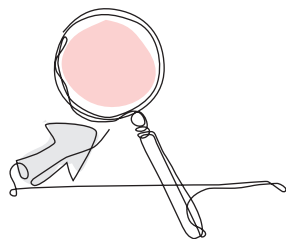
Patienter i behandling; Avslutade patienter.



**BESKRIVNING:** Behandling via videosamtal innebär användandet av en videotjänst för att möjliggöra att en behandlare och en patient som är rumsligt åtskilda, ändå kan se och höra varandra (Kuhn & Owen, 2020). En videotjänst kan innehålla olika funktioner, såsom möjlighet att dela skärm, dela filer, och kommunicera via chatt. Kommunikationen sker synkront (i realtid) och tillåter en mer innehållsrik



kommunikation än exempelvis telefonsamtal, då även skiftande ansiktsuttryck och kroppsspråk kommuniceras (Edbacken m.fl., 2021). Hur informationstätheten i en kommunikationskanal värderas varierar beroende på vilket perspektiv som beaktas (patientens eller behandlarens), men också utifrån komplexiteten i det som kommuniceras i mötet. Ett videosamtal kan således upplevas som antingen mer eller mindre krävande beroende på om de involverade parterna föredrar att mer, eller mindre, information kommuniceras (Edbacken m.fl., 2021).



**METODENS EFFEKTIVITET:** Forskning visar att behandling via video generellt ger goda resultat vid depression, tvångssyndrom, ätstörning och PTSD, samt att kognitiv beteendeterapi (KBT) är den terapiinriktning som ger bäst resultat (Edbacken m.fl., 2021). En översiktsstudie identifierade bland annat nio randomiserade kontrollerade studier (RCT<sup>6</sup>) vilka under-

sökt behandling av PTSD via videosamtal. Samtliga nio studier granskade behandling av krigsveteraner och jämförde behandling utifrån evidensbaserade metoder för PTSD, såsom KBT, Cognitive Processing Therapy (CPT) och Prolonged Exposure (PE), som getts via video, alternativt ”ansikte mot ansikte”. Studiernas resultat stödjer slutsatsen att behandling via videosamtal är lika effektiv som behandling på plats, såväl på kort som lång sikt (Kuhn & Owens 2020). Enligt Moring m.fl. (2020) visar forskning att CPT är en av terapiformerna för PTSD vars effektivitet inte försämras när den erbjuds via videosamtal. Det senaste decenniet har forskning i ökad utsträckning visat att videobaserad PE kan ses vara jämförbar med behandling ”ansikte mot ansikte” (Wells m.fl., 2020).

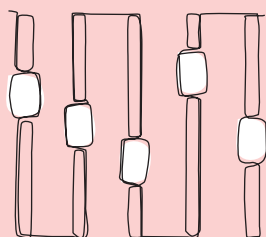
En annan översiktsstudie av psykologisk behandling för ångestsyndrom vilken förmedlas via videosamtal fann att den digitala metoden leder till en lindring av ångestsymtom och att resultaten är jämförbara med behandling på plats. En majoritet av de granskade studierna undersökte videobaserad behandling av just PTSD och den metoden de flesta undersökte var PE (Rees & Maclaine, 2015). Hassija och Gray (2011) undersökte effekten och acceptansen av traumafokuserad behandling genom bland annat PE eller CPT via videosamtal för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och sexuellt våld. En så kallad ”hub-and-spoke-modell” användes där kvinnorna, vilka befann sig på landsbygden, tog del av vården från mindre och lokalt belägna mottagningar, samtidigt som

---

6 RCT = Randomized controlled trial

behandlare befann sig på en centralt belägen mottagning. Resultaten visade en minskning av både symtom på PTSD och depression samt att deltagarna kände sig nöjda med behandlingsformatet (Hassija & Gray, 2011).

En del studier som undersökt relationen mellan patient och behandlare har funnit stöd för att båda parter upplevde att en stark terapeutisk allians kunde etableras vid psykoterapi genom videosamtal, och att den var jämförbar med psykoterapi som ges ”ansikte mot ansikte” (Backhaus m.fl. 2012; Wells m.fl., 2020). Enligt Morland m.fl. (2020) visar forskning att huruvida patienter upplever sig nöjda med vården, samt om det är möjligt att bygga en god terapeutisk allians, tycks bero mer på att patienten varit delaktig i valet av behandling via video än själva videoformatet. Psykoterapeuters upplevelse av att bedriva terapi via videosamtal, enligt vissa undersökningar gjorda under pandemin, visar ett varierat resultat. Vissa uppgav att de kände sig lika självsäkra och kompetenta under samtal som bedrevs via videosamtal som ”ansikte mot ansikte” (Békés m.fl., 2020). I en annan studie uppgav de tillfrågade att de upplevde att de blev tröttare och kände sig mindre kompetenta och självsäkra, än efter ett fysiskt besök (Békés & Aafjes-van Doorns, 2020). I den senare undersökningen uppgav ändå en majoritet av psykoterapeuterna en försiktigt positiv inställning till behandlingen på distans. Detta tycks vara kopplat till tidigare erfarenheter, men också till vilken terapiinriktning som utövades samt graden av förberedelse för omställningen till distansbehandling (Békés & Aafjes-van Doorns, 2020).



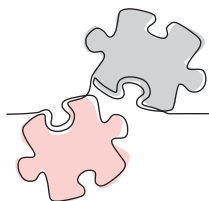
**NÖDVÄNDIGA ANPASSNINGAR:** För att behandling via videosamtal ska kunna användas krävs en videotjänst som tillåter att trepartssamtal kan genomföras på ett sätt som säkrar sekretessen mellan patient och tolk. Videotjänsten behöver även kunna erbjuda alternativa sätt att identifiera sig

än genom Bank-id. Därutöver krävs att det finns möjlighet att erbjuda patienter, som behöver det, tillgång till nödvändig teknisk utrustning att använda under behandlingen samt möjliggöra för patienter att ta del av vården på en alternativ plats utanför hemmet (se *hub-and-spoke*-modellen på sidan 33). Därutöver krävs en plattform som tillåter att material – både fildelning och skärmdelning – kan delas mellan patient och behandlare på ett säkert sätt (Moring m.fl., 2020).

## Internetbehandling

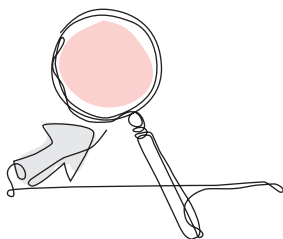
### TÄNKBAR PATIENTGRUPP:

Patienter i behandling.



**BESKRIVNING:** Internetbehandling inbegriper både att patienten tar del av behandlingsinnehållet via en webbplats eller en applikation – som nås via mobiltelefon, surfplatta eller dator – samt att innehållet som förmedlas kan variera mellan text, film, bilder, animationer och ljudfiler (Vernmark, Dahlin & Andersson, 2021). Patienten kan ta del av behandlingen

från valfri plats och det material patienten själv producerar under behandlingens gång kan oftast sparas. Det finns två varianter av internetbehandling och den som har starkast stöd i forskningen är att patienten guidas genom behandlingen av en behandlare. Den andra varianten är helautomatiserade varianter där patienten tar del av behandlingen utan stöd av en behandlare (Vernmark, Dahlin & Andersson, 2021). Kontakten mellan patienten och behandlaren vid guidad internetbehandling kan se ut på olika sätt. Förutom att ses ”ansikte mot ansikte”, kan kontakten ske via telefon, genom skriftliga meddelanden eller videosamtal. Ett vanligt upplägg av internetbehandling är att den ansvariga behandlaren ger asynkron (med fördröjning) skriftlig vägledning, exempelvis genom e-post, inom en förutbestämd tidsperiod (Vernmark, Dahlin & Andersson, 2021). Det som främst särskiljer internetbehandling från traditionell psykologisk behandling är sättet som behandlingsformen förmedlas på (Vernmark & Bjärehed, 2013).



**METODENS EFFEKTIVITET:** Lange m.fl. (2003b) var tidiga med att utveckla ett protokoll kallat *Interapy* för guidad internetbehandling av posttraumatisk stress med utgångspunkt i KBT. Behandlingsprotokollet togs fram för personer med en lägre symtomnivå än klinisk PTSD och i en RCT påvisades signifikanta förbättringar av symtom gällande undvikande, återupplevande

samt obehag och sjukdomstecken (enligt skattningsskalan SCL-90<sup>7</sup>), en effekt som kvarstod även sex veckor senare (Lange m. fl., 2003a). *Interapy*-protokollet

7 Symptom Check List-90 items (SCL-90) är ett standardinstrument som mäter psykiska symtom, obehag och sjukdomstecken.



Foto: Marie Sparréus

har sedan översatts till arabiska och undersökts i en RCT med arabisktalande män och kvinnor som diagnostiserats med PTSD till följd av väpnad konflikt, och fortfarande befann sig i Irak i en kontext med pågående hot (Knaevelsrud m.fl., 2015). Även här syntes en signifikant symtomförbättring i interventionsgruppen, som också kvarstod efter tre månader. Bortfallet i studien var relativt högt (41 %). Förutom tekniska problem var några av de möjliga anledningarna till studiens bortfall att deltagarna befann sig i en miljö av pågående våld/hot och ekonomisk osäkerhet, som kan ha inneburit att de dagliga mer grundläggande behoven behövde prioriteras. Svårigheter att hitta en miljö att sitta i ostört, då detta inte kunde erbjudas i hemmet, nämndes också, likaså misstankar att plattformen som internetbehandlingen drevs genom var sponsrad eller övervakad av någon form av säkerhetstjänst (Knaevelsrud m.fl., 2015). Paralleller kan här dras till RKC:s målgrupp, vars tillvaro efter flykten inte sällan präglas av oro kopplat till post-migrationsrelaterade stressfaktorer som utdragna asylprocesser – beskrivs av många som ett pågående hot – socioekonomiska svårigheter relaterat till ekonomi och trångboddhet, oro för flyktingspionage m.m. I båda studierna var en övervägande majoritet av de som fullföljde behandlingen kvinnor. Detta ger en antydning att det kan finnas aspekter av internetbehandlingsformat, såsom anonymitet, som möjligtvis tilltalar vissa användare mer (Lange m. fl., 2003a; Knaevelsrud m.fl., 2015).

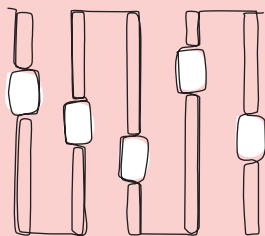
Linköpings universitet och projektet ”Uppdrag Psykisk Hälsa” inom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) använde sig av en svensk forskningsplattform för internetbehandling, *Iterapi*, för att förmedla ett internetbaserat KBT-självhjälpsprogram (IKBT) på arabiska, för milda till måttliga symtom på ångest, depression och sömnlöshet (Nygren m.fl., 2018). Materialet har sedan dess utvecklats och testats i två RCT; dels av personer med kurdisk härkomst boende i Sverige sedan en längre tid som uppvisade symtom på depression, dels av arabisktalande personer som behövde vara läs- och skrivkunniga och som i större utsträckning var nyanlända, som uppvisade symtom på depression och ångest (Nygren m. fl., 2019; Lindegaard m.fl., 2021). I båda fallen guidades internetbehandlingen av en terapeut och förutom språkliga anpassningar gjordes materialet mer kulturspecifikt (Nygren m.fl., 2019). I båda studierna visade sig internetbehandling effektivt minska symtom på depression och sömnlöshet, även måttlig effekt på ångest syntes (Nygren m.fl., 2019; Lindegaard m.fl., 2021). Den arabiska versionen innehöll en PTSD-modul och posttraumatiska stressreaktioner mättes (genom skattningsskalan IES-R<sup>8</sup>), men resultaten visade en utebliven effekt. Forskarna härleder dels orsaken till att endast en femtedel av deltagarna tog del av PTSD-modulen, dels till att behandlingsprotokollet sannolikt inte lämpade sig för de höga nivåer av posttraumatisk stress som fanns bland deltagarna (Lindegaard m.fl., 2021). I en pågående pilotstudie undersöks ytterligare en anpassning av internetbehandlingen för unga arabisk- eller dari/farsitalande barn och unga vuxna som tvingats på flykt (15–25 år) med milda till måttliga besvär, där guidningen av terapeuten – efter bedömningsfasen – endast sker genom skriftlig kommunikation (Lindegaard m.fl., opublicerat manuskript). Deltagarna i studierna ovan skiljer sig från RKC:s målgrupp avseende symtombelastning, eftersom RKC som specialistmottagning framförallt möter svårt traumatiserade personer.

En guidad korttidsinternetbehandling på tre veckor som utgick från PE, pilot-testades i en RCT bland deltagare som nyligen (2 månader tidigare) hade erfårit en traumatisk händelse, där kontrollgruppen stod på väntelista (Bragesjö m. fl., 2020). Mest förekommande traumatiska händelser var sexuella övergrepp, interpersonellt våld och livshotande olyckor. Deltagarna fick själv anmäla sitt intresse till internetbehandlingen och skatta symtom på återupplevande genom

---

8 Impact of Event Scale-Revised (IES-R) är en självskattningsskala som mäter posttraumatiska stressreaktioner under de senaste sju dagarna.

en smartphone-applikation (genom skattningsskalan PCL-5<sup>9</sup>). Symtom på återupplevande samt totalpoäng på PCL-5 minskade mer i behandlingsgruppen och behandlingseffekten kvarstod sex månader senare. Författarna betonar att detta att erbjuda imaginär exponering på distans inte verkar ha gett några negativa konsekvenser, såsom en potentiell ökad symtombelastning, eller avhopp. Interventionen erbjöds enbart för svensktalande patienter och i ett tidigt stadie efter traumat inträffat, vilket är två aspekter som skiljer sig från en majoritet av RKC målgruppens omständigheter. Författarna lyfter samtidigt den relevanta frågan huruvida den verksamma mekanismen i psykologisk behandling vid trauma skiljer sig beroende på hur tidigt eller sent patienten får ta del av traumabehandlingen (Bragesjö m.fl., 2020). I bedömningen av vilka patienter som erbjuds digitala behandlingsformer kan detta vara ytterligare en aspekt att beakta för att eventuellt anpassa behandlingssinnehållet utifrån hur lång tid som passerat sedan patienten traumatiserades.



**NÖDVÄNDIGA ANPASSNINGAR:** Materialet som patienten behöver ta del av på egen hand behöver finnas tillgängligt på patientens språk och plattformen som används behöver kunna hantera språk som läses från höger till vänster (ex. arabiska, dari/farsi). I de fall då den guidade delen av behandlingen sker

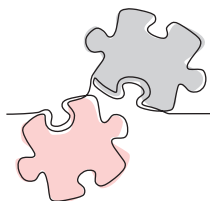
genom skriftliga meddelanden skulle en tolkningstjänst som kan hantera simultantolkning via chatt behövas, alternativt att översättning av kortare meddelanden sker via e-post. För patienter som inte är läs- och/eller skrivkunniga skulle en nödvändig anpassning behöva vara att ljud- och/eller bildillustrationer kan ersätta skriftlig information. Såsom på Iterapi-plattformen bör all kommunikation som rör behandlingen ske genom en plattform som nås genom säker inloggning (Vlaescu m.fl., 2016). En bedömning huruvida det skriftliga materialet behöver kompletteras med exempelvis videoillustrationer föregås förslagsvis av en djupare diskussion kring eventuella för- och nackdelar med att göra så kallade kulturanpassningar (Nygren m.fl., 2019).

9 Posttraumatic Stress Disorder Checklist (version 5) (PCL-5) kan användas för att screena för eller fastställa en PTSD diagnos.

## Behandling i blandformat

### TÄNKBARA PATIENTGRUPPER:

Patienter i kö; Patienter i behandling; Avslutade patienter.

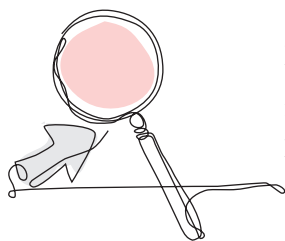


**BESKRIVNING:** Behandling som ges i blandformat kombinerar internetbaserade behandlingskomponenter med sedvanlig behandling (Ly m.fl., 2021). En åtskillnad görs mellan de delar av behandlingen som sker synkront (i realtid), eller asynkront (med fördröjning). Komponenter som är anpassade till individen skiljs också från komponenter som är lika för alla. I blandformatet förenas fördelarna med det direkta mötet mellan behandlare och patient med möjligheten att stötta patienten i arbetet som sker under veckans resterande timmar, genom stöd till självhjälp. Ytterligare fördelar med blandformatet är just möjligheten att kombinera olika format, istället för att helt behöva gå över till ett digitalt format. Integrationen av teknik i den kliniska vardagen kan genom blandformatet få ett mer naturligt sammanhang, vilket kan ha en positiv inverkan på acceptansen hos de som förväntas använda sig av de digitala lösningarna. När blandformatet har utvärderats vetenskapligt har en uppdelning mellan *integrerade* och *sekventiella blandformat* gjorts och därför beskrivs dessa mer i detalj nedan. När inte dessa kategorier appliceras kan blandformatet snarare beskrivas som *alternativt*, där definitionen av blandformatet är bredare; sessioner som sker i realtid och är anpassade till individen kombineras med digitala komponenter som kan användas upprepade gånger och är lika för alla. Syftet med det alternativa blandformatet är inte primärt att minska behandlingstiden, snarare är syftet att förstärka effekten av psykologisk behandling; målet är att åstadkomma en bättre effekt av behandlingen än om den ges på sedvanligt sätt. Ytterligare ett syfte är att kunna nå ut till fler människor genom att överbrygga geografiska avstånd (Ly m.fl., 2021).

I det *integrerade blandformatet* används sessioner mellan behandlare och patient, samt digitala komponenter, växelvis (Ly m.fl., 2021). De digitala komponenterna som ofta förekommer är antingen internetbaserade självhjälpprogram eller smartphone-applikationer (beskrivs i Del 2). Sessionerna som sker öga mot öga kan antingen bestå av individuell terapi eller gruppterapi och omfattningen samt proportionerna av respektive komponent kan anpassas. Det *sekventiella*



*blandformatet* syftar till interventioner som antingen används innan tillgång till sedvanlig behandling kan ges, alternativt efter att vanlig behandling har avslutats. Ett exempel när sekventiellt blandformat används innan behandling, exempelvis under väntetiden, är det som på engelska kallas *stepped care* eller stegvis/nivåreglerad vård. Konceptet bygger på att behandlingens intensitet anpassas efter patientens behov av vård, där endast patienter som inte genom behandling uppnår en viss nivå av förbättring, erbjuds behandlingsinsatser på en högre nivå. Sekventiellt blandformat kan också användas efter den sedvanliga behandlingens slut, som ett sätt att upprätthålla eftervård, exempelvis i form av ett självhjälsprogram (Ly m.fl., 2021).



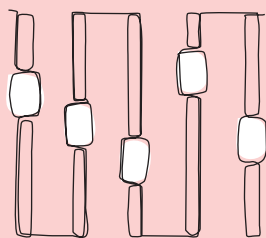
**METODENS EFFEKTIVITET:** Företeelsen att kombinera behandlingssessioner ”ansikte mot ansikte” med teknologi har funnits länge inom vården, medan begreppet blandformat etablerats relativt nyligen (Ly m.fl., 2021). Ett exempel på blandformat som redan är en integrerad del av många verksamheter är biblioterapi, det vill säga texter eller böcker patienten tar del av på

egen hand i tillägg till behandling ”ansikte mot ansikte”. Varianter där det integrerade blandformatet har färre behandlingssessioner ”ansikte mot ansikte” än sedvanligt, och där ett standardiserat självhjälsmaterial används, förekommer oftast i vetenskapliga studier. Enligt Ly m.fl. (2021) är huvudfrågan huruvida blandformatet kan leda till symtomlindring, trots att mindre behandlartid krävs. I en studie som undersökte den terapeutiska alliansen (relationen mellan patient och terapeut) i depressionsbehandling vilken gavs i blandformat – sessioner ”ansikte mot ansikte” kombinerades med IGBT – visade resultatet att både patient och terapeut skattade en hög terapeutisk allians (Vernmark m.fl., 2019). Davies m.fl. (2020) konstaterar att när sjukvårdspersonal tillfrågades om vilket format av psykologisk internetbehandling som föredrogs, angavs det integrerade blandformatet som preferens då det upplevdes öka möjligheten att bygga en terapeutisk allians, samt tillät möjligheten att mer aktivt följa patientens progress genom behandlingen.

I litteraturen finns resonemang kring för- och nackdelar med nivåreglerad vård som ges innan traditionell behandling; å ena sidan anses det vara ett sätt att hushålla med resurser att inte erbjuda mer än det som är effektivt för respektive person. Å andra sidan kan det innebära en större påfrestning för patienten att ta sig igenom en process av att inte ”lyckas” klara sig på en lägre nivå av vård,



och därmed riskera en känsla av misslyckande. I Storbritannien finns initiativet *Improving Access to Psychological Therapies* för att öka tillgängligheten till psykologisk behandling utifrån konceptet om nivåreglerad vård. Effekten av att erbjuda internetbehandling med begränsat behandlarstöd under väntetiden för personer med svår ångest- och depressionsproblematik har undersökts. Den största effekten återfanns bland patienter som genomförde både internetbehandlingen och den efterföljande behandlingen ”ansikte mot ansikte”, men även efter den inledande internetbehandlingen sågs en signifikant symtomförbättring (Duffy, m.fl., 2020). Sekventiellt blandformat, som erbjuds efter att sedvanlig behandling har avslutats, har utvärderats i Sverige i en RCT för patienter med egentlig depression. Guidad IKBT erbjöds efter avslutad behandling och interventionsgruppen sågs ha en lägre grad av återfall än kontrollgruppen (Ly m.fl., 2021).



**NÖDVÄNDIGA ANPASSNINGAR:** Anpassningarna som redan har nämnts för videosamtal och internetbehandling gäller även blandformatet. Detta då de digitala komponenterna är desamma. Skillnaden ligger snarare i på vilket sätt dessa används, och i vilken omfattning.

## Patientperspektiv

Gemensamt för behandling som bedrivs på distans är att det erbjuder patienten möjlighet att ta del av vård där hen befinner sig. Detta är otvetydigt fördelaktigt när en patient inte kan ta sig till ett fysiskt vårdbesök. Att ta del av behandling på distans kan dock även ha andra fördelar. *The online disinhibition effect* är en företeelse som visar att vissa begränsningar kring vad och hur en individ kommunicerar, tycks minska som en konsekvens av att kommunikationen sker online (Suler, 2004). Anonymiteten som skapas av att kunna sitta framför en skärm kan ha både för- och nackdelar. Möjliga nackdelar är att kommunikation av åsikter och tankar som personen sedan kan ta avstånd från genom att lämna skärmen, kan leda till en sänkt tröskel för att göra kränkande uttalanden, såsom vid nätmobbing. I en klinisk kontext är en risk att avståndet kan användas som ett undvikandebeteende. Ett exempel på en möjlig fördel är att för många patienter

ter innebär traumabehandlingen att för första gången sätta ord på de traumatiska upplevelserna. Detta väcker inte sällan obearbetade känslor av exempelvis rädsla, sorg, skuld eller skam, vilka kan vara svåra att konfronteras med på egen hand, men också i terapeutens närhet. Avståndet kan ibland därför skapa en känsla av trygghet som underlättar att dela med sig av svåra upplevelser. Den upplevda distansen som skapas mellan patienten och behandlaren när de är rumsligt åtskilda kan enligt vissa vara en möjlig anledning till att behandling för PTSD/trauma lämpar sig väl för just videosamtalsformatet (Backhaus m.fl., 2012). Att vissa patienter har fått en erfarenhet av att bedriva behandling via video under pandemin är en erfarenhet att ta vara på då patientens inställning till videobaserad behandling har visat sig påverkats positivt just efter att en första erfarenhet har fåtts (Morland m.fl. 2020). Förutom att inleda behandling på distans kan behandling via videosamtal tillämpas när patienter som redan har inlett behandling ”ansikte mot ansikte” av olika anledningar inte längre kan ta sig till mottagningen regelbundet.

Att erbjuda internetbehandling i de fall då patienten bedöms klara av och gynnas av detta kan, på liknande sätt som med videosamtal, öka tillgängligheten till vård, då det inte kräver att patienten är fysiskt närvarande på mottagningen. Det är viktigt att betona, att internetbehandling inte är tillgängligt för alla, då den kräver läs- och skrivkunnighet. När patienten förväntas ta mer ansvar för vården finns också förväntningen på att i någon mån även kunna bedöma det egna måendet. En möjlig risk är att patienter i behov av vård istället ”tappas” som ett resultat av undvikande beteende eller att det egna måendet felbedöms. Förutom kravet att behandlingen också behöver bedrivas i ett krypterat system som garanterar informationssäkerheten behöver patientens symtombelastning, såväl som patientens önskemål – i tillägg till verksamhetens tillgängliga resurser – avgöra när den digitala metoden ska användas (Vernmark & Bjärehed, 2013).

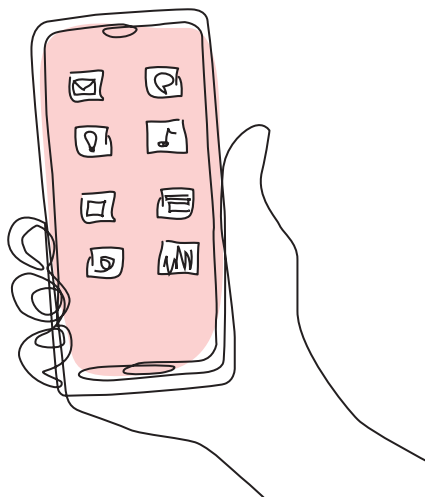
Sedan några år finns det på RKC Malmö en gruppintervention som ges till patienter som är på väg att, eller precis har, avslutat sin behandling (avslutnings- och aktivitetsgrupp). Tanken har varit att stötta patienten i att hitta lokala resurser som kan vara till stöd för patienten när insatserna från RKC avslutas. Grundidén skiljer sig inte avsevärt från idén att erbjuda sekventiellt blandformat efter avslutad behandling. Det förekommer också att individuella behandlingar avslutas med antingen en utglesning av kontakten, alternativt att uppföljningssamtal bokas in. Idag finns inga rutiner för hur detta ser ut, det varierar från behandlare till behandlare. Likaså har gruppinterventioner getts till patienter på väg in i behand-

ling (Traumafokuserad färdighetsträningsgrupp) med en liknande bakomliggande tanke som i nivåreglerad vård. En möjlighet är att titta på hur ett gynnsamt upplägg för målgruppen skulle kunna se ut samt om insatserna kan erbjudas på distans. En annan möjlighet är att undersöka vilka subgrupper som kan tänkas föredra behandling på distans utifrån anonymitetsaspekten, något som även det skulle kunna vägleda RKC:s fortsatta digitaliseringsarbete. Potentiellt skulle detta kunna leda till att nya subgrupper inom målgruppen identifieras.

## **Behandlarperspektiv**

Behandlare, som tror att patienten upplever behandling på distans som positivt, rapporterar en mer positiv inställning till densamma och uppger större sannolikhet att de på nytt skulle använda sig av behandling på distans (Békés & Aafjes-van Doorns, 2020). Att patienten inte befinner sig i samma rum som behandlaren ställer däremot andra krav på säkerhetsåtgärder och förberedelser för att vården ska bli god och för att skydda mot vårdskada. En gemensam planering kan behövas för hur rätt hjälp och stöd ska kunna ges i en potentiellt akut situation. Med patienten på distans kan det innebära att närmaste instans som kan erbjuda akut vård behöver lokaliseras, eller att en person som kan agera nödkontakt behöver identifieras (Moring m.fl., 2020). I en rapport med särskilda överväganden kring att erbjuda PE via videosamtal under pandemin, drogs slutsatsen att det är möjligt att genomföra videobaserad PE oavsett låg, måttlig eller hög suicidrisk, så länge en lämplig säkerhetsplanering är etablerad. Samtidigt betonas att behandlaren behöver känna sig trygg med utförandet och att en klinisk bedömning alltid behöver föregå beslut om videoförmåtets lämplighet (Wells m.fl., 2020).

Ett behandlingskontrakt som innehåller förhållningssätt i händelse av att patienten är påverkad av alkohol eller andra substanser under behandlingen, kan vara särskilt viktigt då information om att en patient eventuellt är påverkad inte förmedlas lika lätt via videosamtal. Likaså kan det för patienter som upplever stark oro och ångest under samtalet behövas en gemensam handlingsplan. I likhet med i samtal ”ansikte mot ansikte” kan behandlare och patient exempelvis behöva komma överens om att stanna kvar i videosamtalet tills ångesten har dämpats (Moring m.fl., 2020).



## Del 2 – Digitala verktyg

### Smartphone-applikationer

Idag finns en uppsjö av smartphone-applikationer (härefter appar) som antingen kan användas i kombination med sedvanlig behandling eller som självhjälp. US Department of Veteran Affairs listar på sin hemsida appar som är tänkta att användas som komplement till sedvanlig PTSD-behandling, såsom PE (*PE Coach*) och CPT (*CPT Coach*). Det finns även självhjälpsappar som tagits fram för krigsveteraner med PTSD och relaterade besvär. För anhöriga till krigsveteraner finns stöd att få genom appen *PTSD Family Coach* (u.å.).

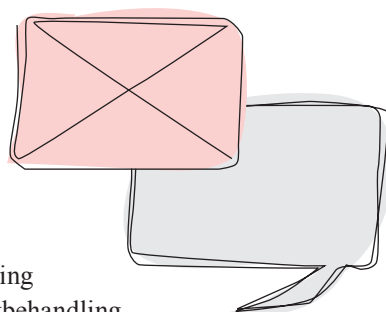
WHO har utvecklat appen *Step-by-Step* för depression med fokus på beteendekivering, med möjlighet att lägga till interventioner för bland annat exponering eller kognitiv omstrukturering (Carswell m.fl., 2018). Appen används i kombination med stöd av en icke-professionell så kallad *e-helper*; antingen genom telefon, synkron chatt eller e-post, och stödet är begränsat till 15–20 minuter/vecka. Appen är designad för att kunna anpassas till olika kulturella kontexter och för att kunna användas i utsatta områden. Bland annat har anpassningar gjorts för användning i Libanon både med libaneser och fördrivna personer, och förberedelser för en kommande RCT pågår. Preliminära resultat kring metodens acceptans visar att interventionen kan vara effektiv för att minska symtom på depression och ångest och för att öka funktionsnivå och välmående (Heim m.fl., 2021).

Schweiziska Röda Korset har ett pågående arbete med att utveckla en guidad självhjälpsapp för människor på flykt; en digital plattform för psykologiskt och psykosocialt stöd. Appen innehåller information om bland annat asylprocessen

och sjukvårdssystemet i Schweiz, samt psykologisk självhjälp. Informationen ges på olika språk och syftar till att förbättra livskvaliteten för människor på flykt som bor i Schweiz. Fokus ligger på information om stress, snarare än PTSD, och idén är att försöka nå användare genom det psykosociala spåret, snarare än spåret om psykisk ohälsa. Arbetet med att ta fram en digital metod började inte med en självhjälpsapp; initialt var ambitionen att hitta digitala metoder för att lindra symtom genom behandling. Efter en omfattande behovsinventering blev fokus istället att försöka nå fler och tidigare, med stresshantering och självhjälp. Förhoppningen är att både patienter som står i kö till behandling och personer som ännu inte vet att de är i behov av vård, ska få tillgång till hjälp (M. Aebersold, personlig kommunikation, 10 oktober 2021).

### Meddelanden och chatt

Behandlingar som helt bygger på kommunikation genom meddelanden kan antingen ske synkront genom chatt, eller asynkront genom e-post (Berg m.fl., 2021). Det är dock vanligare med behandling som kombinerar meddelanden och ett färdigt självhjälpsmaterial. Ett exempel på en sådan behandlingsform är guidad internetbehandling som beskrivits i Del 1. Även i guidad internetbehandling kan kommunikationen ske antingen synkront eller asynkront. En kombination av dessa två dimensioner skapar således fyra olika varianter av det skriftliga behandlingsformatet (Berg m.fl., 2021).



Även om behandling med skriftlig korrespondens inte är ny, är forskning kring behandlingsformatet där kommunikationen huvudsakligen sker via meddelanden begränsad. Sedan internet och chattandet slagit igenom utvecklades också behandlingar i chatt-format och numera kan kommunikationen via chatt ske helt automatiserat med så kallade *chattbottar* (Berg m.fl., 2021). Det behandlingsformat som har mest stöd i forskningen är däremot guidad internetbehandling med vägledning via asynkron kommunikation, såsom e-post. Att vägledas genom självhjälpsmaterialet verkar vara kopplat till en förhöjd följsamhet och förstärkning av självhjälpsmaterialet. När det gäller efterfrågan på hel eller delvis skriftlig kommunikation i psykologisk behandling ger den begränsade forskningen inget entydigt svar. Preferensen tycks variera mellan olika patientgrupper avseende om meddelanden föredras eller om det föredras att se behandlaren. (Berg m.fl., 2021).

Studier finns även huruvida behandling med skriftlig kommunikation kan sänka kostnaderna för en verksamhet. I en RCT på internetbehandling för svår depressiv sjukdom bestod den ena behandlingsinterventionen av e-postterapi, i vilken allt skriftligt material var anpassat till och unikt för varje enskild deltagare. Den jämförande behandlingsinterventionen var asynkron väglett självhjälp (guidad internetbehandling). Även om båda behandlingsformerna visade lovande effekter på depression framkom att den asynkrona e-postterapin som var individualiserad, krävde betydligt mer behandlartid (Vernmark m.fl., 2010). Förutom att vara tidsbesparande har andra potentiella fördelar med att en behandlare och patient kommunicerar skriftligt asynkront belysts. Lange m.fl. (2003b) resonerar att faktumet att en behandlare tillåts tid att fundera över sin feedback till patienten, samt har möjligheten att konsultera kollegor eller en handledare inför att feedback ges, kan ha en positiv inverkan på kontakten.

Vilket behandlingsformat som väljs, när skriftliga meddelanden ska användas som digitalt verktyg, behöver antagligen utgå från tillgängliga tekniska förutsättningar, för både behandlare och patient. Hur behandlare förhåller sig i den skriftliga kommunikationen behöver däremot inte skilja sig beroende på formatet. Berg m.fl. (2021) ger en rad tips och råd till behandlare för effektiv kommunikation via meddelanden och chatt. De pekar även på olika svårigheter som kan uppstå. Behandlingsformatet kan komma att ställa andra krav på behandlarens beteende i relation till patienten och till behandlingsprocessen. Till exempel kan innehållet i skriftliga meddelanden skilja sig från innehållet i ett samtal som genomförs ”ansikte mot ansikte”.

Att bedriva behandling via skriftliga meddelanden eller chatt när behandlare och patient talar olika språk, ställer krav på andra typer av tolktjänster. Den begränsade undersökningen som gjorts inom ramen för Digitaliseringsprojektet kring tolkning genom synkron chatt, visar att i dagsläget erbjuder ingen av de fyra nationella tolkförmedlingar simultantolkning genom chatt. Däremot har två av tolkförmedlingarna en funktion som tillåter en tolkning med fördröjning, där meddelande från exempelvis behandlaren till patienten antingen kan förmedlas i skrift eller muntligt med hjälp av en tolk som finns på stand-by. Representanter för båda dessa tolkförmedlingar uttryckte i kommunikationsutbytet ett intresse att titta vidare på en anpassad tolkningstjänst som skulle kunna möta RKC:s behandlingsverksamhets behov<sup>10</sup>.

---

10 E-post och telefonkommunikation med representanter för respektive tolkförmedling genomfördes 9–10 februari 2022.

## Digital testning

När digitala test ska införas är en relevant fråga om det nya testningsförfarandet är minst lika bra som det nuvarande. I processen att göra om ett analogt eller pappersbaserat test till ett digitalt test, är det viktigt att testet och vad det avser mäta, förblir densamma; det analoga testet och dess digitala motsvarighet behöver vara likvärdiga. Möjligheten att uppnå detta, kan påverkas av hur testets uppbyggnad och typen av frågor eller uppgifter som ska besvaras i testet. Ett tests utformning kan exempelvis tillåta att den svarande själv får formulera och skriva ner sitt svar, alternativt kan den svarande få välja bland ett visst antal förbestämda svarsalternativ (Wallén & Berggren, 2021). Uppgifterna/testen kan också skilja sig åt i fråga om de är standardiserade eller icke-standardiserade. Ett standardiserat test har genomgått en prövning som visar att testet har validitet såväl som reliabilitet; att det mäter vad det ska mäta respektive gör detta på ett tillförlitligt sätt. Digitaliserade test kan också skilja sig åt utifrån om de är automatiserade (testet administreras och rättas av sig själv) eller inte. När testet inte längre genomförs i testledarens/behandlarens rum, utan varsomhelst via en smartphone eller surfplatta, bör det beaktas vilken inverkan detta kan ha på testets likvärdighet. En fördel med att testning kan genomföras på andra platser än på mottagningen, är däremot att genomförandet inte begränsas till just den tidpunkten då patienten befinner sig på plats. En styrka med att testet kan genomföras flera gånger är att exempelvis känslor, vilka kan fluktuera över en dag, lättare kan mätas i stunden som de upplevs och i dess ”verkliga” miljö, snarare än i efterhand (Wallén & Berggren, 2021).

För att förstå de digitala testernas användningsområde kan det vara till hjälp att tänka kring det allmänna testförfarandets tre delar: administrering; rättning och tolkning. De flesta test kommer med regler för administrering, då detta är ett sätt att uppnå en hög grad av standardisering. Administreringen av ett standardiserat test behöver ske på samma sätt oavsett när testet genomförs, och oavsett vem som genomför det (Wallén & Berggren, 2021). Vid automatiserad administrering finns en högre inbyggd kontroll att reglerna följs än när en testledare administrerar testet. En fördel är dessutom att testledaren istället kan ägna sin uppmärksamhet åt att observera patienten under administreringen. En svaghet är att möjligheten att lägga till kvalitativa data, som kan nyansera eller underlätta tolkningen av testresultaten, försvinner. Målgruppens behov och verksamhetens resurser styr hur administreringen av det digitala testet ska ske. När testet besvaras muntligt, så som vid automatiserade test, kan en rättning av testet som sker automatiskt behöva kompletteras med möjligheten att korrigera

en felaktig rättning i efter hand. Detta kan exempelvis göras genom en funktion som tillåter att testpersonens svar spelas in. Frågan om hur tolkningen av digitala test ska göras – automatiskt eller av testledaren – behöver utgå från nyttan med det digitala testet (Wallén & Berggren, 2021).

Vid Mittuniversitetet pågår just nu en utveckling av självskattningsskalor som ska göras om till digitalt format med översättningar till olika språk. Målgruppen är människor som tvingats på flykt i olika åldrar, vilka lider av psykisk ohälsa. Forskargruppens intentioner är att kunna använda digital screening tillsammans med IKBT, men även som ett verktyg för en första mätning för patienter som går i sedvanlig behandling. Screeninginstrumentet är adaptivt; för patienter med färre symtom kommer frågor efterhand sällas bort. Syftet är att minska belastningen genom att minimera antalet frågor som respektive patient behöver svara på, utan att påverka att testen mäter det som man vill mäta (J. Meurling, personlig kommunikation, 5 oktober 2021)

När digital testning ska användas inom sjukvården behöver patientsäkerheten och vårdkvaliteten beaktas. Digitala test behöver också kunna integreras med IT-system för exempelvis journalföring. Det kan vara en anledning att implementering av digitala test inom hälso- och sjukvården går långsamt. Där digital testning används inom psykiatri och primärvården idag ses fördelar med att patienten har fyllt i ett digitalt test inför besöket. Till exempel att information om patientens mående finns att tillgå redan innan ett första möte samt att tiden under besöket kan ägnas åt annat. Digital testning kan också bidra till effektivare datainsamling. Samtidigt behöver den digitala testningens utmaningar och risker övervägas nog och nyttan i förhållande till eventuella nackdelar bör vägas emot varandra (Wallén & Berggren, 2021).

## Virtual Reality

*Virtual reality* (VR) är engelskans uttryck för *virtuell verklighet* och är ett digitalt verktyg som erbjuder användaren att uppleva just en virtuell verklighet. Målet är att användaren ska få en känsla av inte bara närvaro utan också att vara försjunken i en virtuell värld, vilket kräver en tillfällig avskärmning från den verkliga världen. Det engelska begreppet *immersion* kan användas för att beskriva detta att uppleva en känsla av fysisk förflyttning till en annan miljö. När VR-utrustning används brukar detta leda till att personen beter sig om hen faktiskt är i den virtuella världen. En enkel beskrivning av tekniken är att skärmar som bärs på huvudet täcker användarens synfält och avskärmar användaren





från den verkliga världen. VR-teknik finns i form av både stationär och mobil VR-utrustning. Genom teknik som kan skapa en illusion av djupseende och komplettera det visuella intrycket med ljud, kan känslan av avskärmning och försjunkenhet ökas (Lindner & Kahlon, 2021).

VR erbjuder en möjlighet att utföra exponeringsterapi på ett sätt som inte skiljer sig nämnvärt från traditionell exponering i till exempel behandlarens rum (Lindner & Kahlon, 2021). Det som VR tillåter utöver detta, är möjligheten att exponera patienten för olika typer av stimulus och komplexa miljöer, som är svåra och ibland omöjliga att återskapa i terapirummet. Exponering för exempelvis specifika traumatiska minnen eller rädslor tillåts därmed göras tillsammans med behandlaren (Opis m.fl., 2012). Exponeringsterapi genom VR är att ses som ett komplement till en behandling, och inte en egen behandlingsform. Cybersjuka är en sidoeffekt som kan uppstå vid användande av VR och då ge upphov till åksjuka liknande symtom. Det verkar framförallt uppstå i VR-upplevelser som bygger på rörelse, vilket inte alltid är nödvändigt om VR ska användas i kliniska sammanhang, vid exponeringsterapi (Lindner & Kahlon, 2021).

Exponeringsterapi var för övrigt en av de första kliniska tillämpningarna av VR och användes redan på 1990-talet. Idag finns en omfattande forskning kring klinisk tillämpning av VR vid ångesttillstånd, PTSD inräknat. Behandlingsmetodens effektivitet har verifierats och är likvärdig med in-vivo exponering (Lindner & Kahlon, 2021). I en meta-analys som undersökte användningen av VR-exponeringsterapi vid behandling av ångeststörningar som exempelvis PTSD, i jämförelse med traditionell exponeringsterapi, visade resultatet att

VR-exponeringen bidrog till en ökad uppfattning av kontroll och säkerhet hos patienterna. Detta verkar ha bidragit till att patienterna snabbare kunde genomgå behandlingen (Carl m.fl., 2018). I studier som tittar på viktiga terapeutiska överväganden vid utformningen av VR-exponeringsterapi lyfts också fördelen för behandlaren med den absoluta kontrollen över exponeringsstimuli, miljö och design (Lindner m.fl., 2017). En annan meta-analys fann att VR-exponeringsterapi ledde till att de beteenden som lärdes in i VR-miljön också kunde överföras till verkliga livet och ledde därmed till verkliga förändringar i patienternas vardag (Morina m.fl., 2015). VR har också visat sig vara effektivt som avslappning där en lugnande virtuell miljö kan kombineras med avslappnings-, meditations- och mindfulnessövningar (Lindner & Kahlon, 2021).

Vid användning av virtuell teknik i behandling behöver olika faktorer beaktas. Forskare och kliniker inom virtuell teknik vid behandling av ångest och stressrelaterade störningar konstaterar att en risk med VR är att infrastrukturen som behövs för att bekosta den nödvändiga VR-utrustningen, och resurserna som krävs för att hålla programvaran uppdaterad i takt med VR-teknologins utveckling, ofta saknas inom kliniska verksamheter. Forskning på VR-exponering har dessutom ofta genomförts i en akademisk kontext, vilket påverkar generaliserbarheten till en klinisk kontext. Fler forskningsstudier inom en klinisk kontext rekommenderas därför för att kunna dra nytta av styrkorna hos VR (Ma m.fl., 2021).

## Sammanfattning digitala behandlingsformer och verktyg

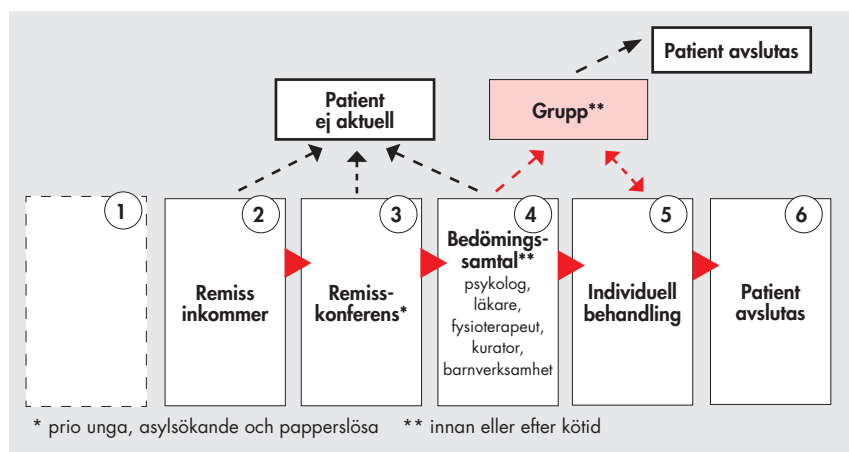
I Tabell 4 har en sammanställning gjorts över vilka digitala behandlingsformer och verktyg som kan tänkas användas i respektive patientgrupp.

	Digitala behandlingsformer			Digitala verktyg			
	Video-samtal	Internet-behandling	Blandformat	Appar	Meddelanden och chatt	Digital testning	VR
Potentiell patient				✓			
Patient i kö			✓ (sekventiellt)	✓		✓	
Patient i behandling	✓	✓	✓ (integrerat, alternativt)	✓	✓	✓	✓
Avslutad patient	✓		✓ (sekventiellt)	✓	✓	✓	

TABELL 4

## Del 3 – Digitala metoder i RKC:s behandlingsprocess

Då Digitaliseringsprojektet har sin bas i Malmö kommer behandlingsprocessen som den ser ut på RKC Malmö användas för att titta på vilka interna processer, rutiner och arbetsstrukturer som kan utvecklas ytterligare för att passa digitala metoder. Förslag baserade på resultaten i Del 1 och Del 2 kopplas till olika delar av flödet. Förslagen länkas också till Effektkartans olika fokusområden om antingen ökad tillgänglighet till stöd och behandling eller ökad kvalitet i behandlingsprocesser, eller båda delar.



FIGUR 4

### 1 Nå nya grupper

**SRKs webbbubb om psykisk ohälsa.** Utveckla delar av innehållet på den digitala samlingsplatsen att passa målgruppen. Samarbeta kring möjligheten att ha samlingsidor med särskild behörighet för redan identifierade patienter.

**Effektkartan:** ökad medvetenhet och kunskap om vad Röda Korset gör inom avdelning Hälsa och Vård.

**Schweiziska Röda Korsets app.** Undersök hur ett samarbete kring användningen av appen kan se ut. Dela information om appen med vårdgivare och andra aktörer som möter målgruppen.

**Effektkartan:** fler får hjälp till självhjälp, fler får stöd innan behandling.

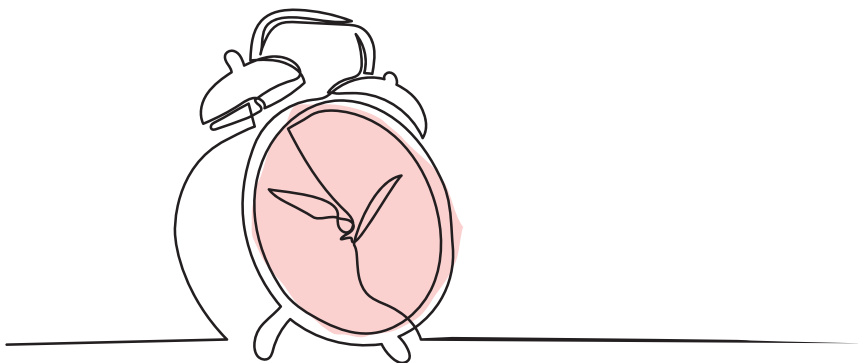
## 2 Remisshantering

**Remissmall.** Informera vårdgivare och remitterter om vilka digitala alternativ som finns. Identifiera vilka patienter som passar för, har behov av eller efterfrågar behandling på distans tidigt.

**Effektkartan:** *vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetsätt.*

**Remisshantering.** Triagering till olika vårdformer. Riskanalys behöver göras kring ett eventuellt införande av ett uppdelat kösystem. Ett första steg kan vara att börja bedöma möjlighet till behandling på distans men inte göra någon förändring i kösystemet.

**Effektkartan:** *vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetsätt.*



### 3 Väntelista

#### **Orientering inför behandling.**

Patienter som ställs i kö får tillgång till samlingssida med digitalt psykoedukativt material och material kring behandlingen på RKC, exempelvis genom SRKs webbhubb. Komplettera redan befintligt material (broschyr) med hjälp av videofilmer och/eller uppläsning. Eventuellt samarbeta med inremitterande instans som kan guida patienten genom materialet.

**Effektkartan:** *fler får hjälp till självhjälp, fler får stöd innan behandling.*

**Sekventiellt blandformat.** I linje med tidigare initiativ för patienter på väg in i behandling (traumafokuserad färdighetsträningsgrupp) kan möjligheten att erbjuda digitala insatser en viss tid innan sedvanlig behandling, undersökas.

**Effektkartan:** *fler får hjälp till självhjälp, fler får stöd innan behandling.*

**Digital screening.** Patienter får möjlighet att fylla i digitalt självskattningsformulär i samband med att digitalt material delas. Samarbeta med inremitterande instans som kan guida patienten. Kan göras vid olika tillfällen under kötiden om behov finns (ersätter inte den kliniska bedömningen). Undersök samarbete med Mittuniversitetet kring adaptiv screening.

**Effektkartan:** *fler vårdprocesser får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg, vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetssätt.*

**Digital testning.** Undersök möjligheten att skattningsskalor administreras digitalt, exempelvis på plats i RKC:s lokaler med stöd av frivilliga som utbildas för ändamålet, alternativt av administratör/annan vårdpersonal. Undersök möjligheten att koppla till journalsystem eller annan plattform för behandling.

**Effektkartan:** *mer tid till behandling genom förenklad administration, fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg, vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetssätt.*

**Rutin för bedömning på distans.** RKC:s befintliga rutin för digital bedömning används när patienten inte kan komma för en bedömning på plats.

**Effektkartan:** *fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg.*

## 5 Under behandling

**Videosamtal.** Undersök hur evidensbaserade terapiformer med gott forskningsstöd för videosamtal, såsom CPT och PE, kan anpassas till målgruppen. Använd erfarenheterna som finns internt. Utöver att hela behandlingen kan ges på distans kan alternativa blandformer undersökas, för patienter som får förhinder under behandlingens gång, men även som komplement till behandling som ges öga mot öga. Undersök möjligheten att lokala kretsar erbjuder rum för patienter, likt hub-and-spoke-modellen. Samarbeta med akademien för att undersöka under mer kontrollerade former.

**Effektkartan:** *bredare utbud av stöd och behandling.*

**Virtual Reality.** Använd som komplement till sedvanlig behandling vid exponering eller för avslappning.

**Effektkartan:** *fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg.*

**Internetbehandling/behandling i blandformat.** Undersök om befintliga plattformar kan användas med anpassningar för RKC:s målgrupp. Undersök möjliga samarbeten, exempelvis med Iterapi-plattformen eller Stöd och behandling. Samarbeta med aktörer som jobbar med innovation, men också med akademien, för att ta fram anpassningar utifrån evidens (den som finns) men främst för att utvärdera under kontrollerade former.

**Effektkartan:** *bredare utbud av stöd och behandling, fler får hjälp till självhjälp.*

**Appar.** Använd som komplement till sedvanlig PTSD-behandling, såsom PE (PE Coach) och CPT (CPT Coach).

**Effektkartan:** *fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg.*

**Digital testning.** Skattningsskalor som genomförs under behandlingen kan fortsatt administreras digitalt.

**Effektkartan:** *mer tid till behandling genom förenklad administration, fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg, vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetssätt.*

## 6 Efter avslutad behandling

**Sekventiellt blandformat.** Ta fram digitalt program för att upprätthålla eftervård och undersök möjligheten att samarbeta med SRKs webbbubb. Tillgång till samlingssidor med särskild behörighet kan ges även en tid efter avslutad behandling. Kan kombineras med interventioner på plats, såsom befintligt initiativ för patienter som i dagsläget avslutar behandling på RKC Malmö (Aktivitets- och avslutningsgrupp). Uppföljningssamtal genom videosamtal eller skriftliga meddelanden.

**Effektkartan:** *fler får hjälp till självhjälp, fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg.*

**Digital testning.** Uppföljning med hjälp av skattningsskalor kan administreras digitalt utan att patienten behöver vara på plats på mottagningen.

**Effektkartan:** *fler processer får ändamålsenligt stöd av digitala verktyg, vi har tillgång till information som hjälper oss utveckla processer och arbetssätt.*



# Kapitel 4. Medarbetarperspektiv



## Workshop om digitala lösningar

I det aktuella Digitaliseringsprojektet inhämtades medarbetarperspektivet genom en workshop med några av RKC Malmös medarbetare. Workshopen var tänkt att genomföras på plats men fick i sista stund genomföras digital. Workshopsformatet valdes utifrån syftet att undersöka vad medarbetarna anser vara ändamålsenliga lösningar att titta på framöver snarare än att undersöka tankar kring redan befintliga digitala lösningar, som under tidigare utvärderingar. Utifrån CFIR-ramverket som tidigare nämnts, kan en användarworkshop ses som ett sätt att involvera de inblandade individerna och samtidigt jobba med den inre miljön.

## Syfte

Workshopens syfte var att tydliggöra vilken typ av digitala lösningar medarbetarna efterfrågar och ser behov av (för att öka tillgången till vård för patientgruppen) samt att väcka engagemang och involvering hos de tänkta användarna.

## Upplägg

Workshopen var indelad i tre moment; idégenerering, utveckling av idéer och omröstning, samt bedömning av nyhet, nytta och genomförbarhet. Avslutningsvis genomfördes en skriftlig och anonym utvärdering. Se Bilaga 2 på sidan 73 för metodbeskrivning.

## Resultat

Nedan följer en sammanfattning på gruppnivå av vad som framkom under workshopen.

**Idégenerering:** Idéerna som genererades granskades och de som liknande varandra grupperades i fem mer övergripande kategorier:



Kategori 1 innehöll flest idéer och bland dessa kunde även en uppdelning göras utifrån när i vårdkedjan som digitaliseringsinsatsen skulle kunna användas; i väntan på behandling, under behandling eller efter avslutad behandling. Möjligheten att nå nya grupper, alltså personer som ännu inte befinner sig i vårdkedjan, berördes också.

### Möjligheter/nyttan

- Ha tätare kontakter med patienten, stötta under behandlingen.
- Ett smidigt sätt att inhämta information tidigt som kan vara till hjälp i behandlingen.
- Underlätta kommunikationen.
- Ett sätt att göra behandlingen mer sammanhållen.
- Nå andra grupper/traumatiserade personer tidigare.
- Ett verktyg för kunskaps-spridning.
- Bibehålla kontinuitet i behandlingen.
- Erbjuder ett alternativ till de som inte kan komma till oss.
- Kunna orientera patienter inför bedömning/behandling.

### Utmaningar/nackdelar

- En lösning för tolkning behövs.
- Behöver ett alternativ för de som inte kan läsa eller har svårt med förståelse.
- Teknik anpassad till patienternas förutsättningar, annars försvåras kommunikationen.
- Enkla och lättnavigerbara lösningar behövs, med stöd av film och video snarare än texter.
- Behöver kunna erbjuda en alternativ mötesplats än hemmet.
- Rätt utrustning och utbildning behövs för behandlarna.
- Kommer kräva mer av behandlarna.
- Kan inte ersätta att patienten behöver få information från behandlaren på plats.

FIGUR 5

**Utveckling av idéer och omröstning:** Figur 5 visar en sammanfattning av möjligheter/nyttan kontra utmaningar/nackdelar som förknippades med några idéer som granskades.

## De idéer som fick flest röster var



### Nyhet

Den idé som skattades som den största nyheten var **d** en smartphone-applikation med information om postmigratorisk stress och psykisk ohälsa relaterat till trauma.

### Nytta

Idén som skattades som den som skulle göra störst nytta var **b** digitaliserade och anpassade skattningsskalor. Idé **b** skattade även näst högst på genomförbarhet.

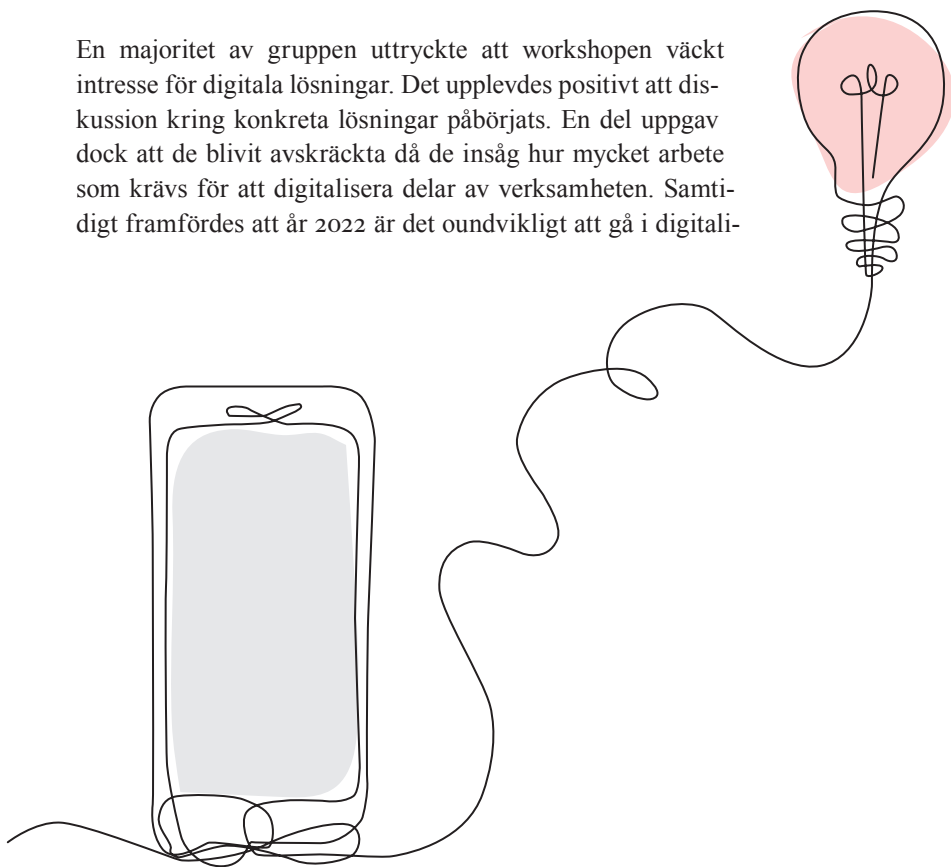
### Genomförbarhet

Idén som skattades som mest genomförbar var **c** en smartphone-applikation för att stötta patienten i att få till hemträning, med små marginaler till idé **b**.

## Utvärdering

Gruppen upplevde att workshopsformatet främjade spontanitet och tillät att var och en fick uttrycka sina idéer. Det upplevdes positivt att kunna vara anonym i vissa moment och att få höra de andra deltagarnas tankar i andra. Upplägget att bygga vidare på kollegors idéer fanns det delade tankar om; för en del var den tvingande uppgiften bra då alla tilläts komma till tals och idéer och åsikter behövde formuleras snabbt. För andra upplevdes detta som en nackdel om de inte hade någonting nytt att tillföra, att det istället ledde till upprepningar och svårigheter att hinna tänka klart, samt att momentet tog lång tid.

En majoritet av gruppen uttryckte att workshoppen väckt intresse för digitala lösningar. Det upplevdes positivt att diskussion kring konkreta lösningar påbörjats. En del uppgav dock att de blivit avskräckta då de insåg hur mycket arbete som krävs för att digitalisera delar av verksamheten. Samtidigt framfördes att år 2022 är det oundvikligt att gå i digitali-



seringens spår. Det upplevdes positivt och nödvändigt att dela upp metoder och tänka avgränsat kring vilka digitala insatser som inte skulle kräva lika mycket arbete, och att börja utforska dessa. Trots att det specifika verktyget *Padlet* som användes uppskattades så upplevdes det digitala formatet överlag som svårt och tröttsamt under så lång tid (tre timmar).

## **Sammanfattning**

Sammantaget kan slutsatsen dras att workshopen kring digitala lösningar genererade konkreta idéer på digitala lösningar medarbetarna ser behov av och som skulle kunna bidra till ökad tillgängligheten till vård för RKC:s patientgrupp. Några av dessa idéer var: en app som kan erbjuda information om postmigratorisk stress och psykisk ohälsa relaterat till trauma, en app som kan stötta patienter att få till hemträning, samt skattningsskalor som digitaliserats och anpassats till målgruppens behov.

Tankar kring ekonomiska och personella resurser som ett digitaliseringsarbete skulle kräva, gav en antydning om vikten av att öka tilltron till den egna och organisationens förmåga och att utveckla digitaliseringsarbetet. Medarbetarens farhågor och oro har en direkt inverkan på hur digitala metoder används och behöver därför tas på allvar. En väg framåt verkar vara att börja titta på en insats som är liten och avgränsad då en avgränsad insats kan öka chansen att nyttan av insatsen blir synlig snabbt.

Workshopen väckte också ett positivt intresse hos de tänkta användarna. Viktigt att betona är att den andra gruppen av tänkta användare inte fick komma till tals i workshopen, nämligen patienterna. Genom diskussionen i workshopen kunde det konstateras att medarbetarna ser vikten av att denna grupp också får komma till tals inför en kommande implementering av digitala lösningar i verksamheten. Utifrån CFIR-ramverket rekommenderas användarinvolvering för att bättre förstå implementeringsprocesser och patienterna tillhör gruppen av inblandade individer som kan bidra med värdefull information.

# Kapitel 5. Avslutande reflektioner och rekommendationer

## Avslutande reflektioner

En av Digitaliseringsprojektets tidiga lärdomar, kanske snarare ledord, har varit *att inte digitalisera mer än vad som är nödvändigt*. En ofrånkomlig påminnelse är att digitala metoder inte kommer lämpa sig för alla patienter, eller för alla typer av insatser, samt att risk- och konsekvensanalyser för de utvalda insatserna alltid bör göras. Digitaliseringsarbetet behöver ses som ett sätt att identifiera grupper inom målgruppen som kan ta emot och gynnas av digitala lösningar. Detta kan i förlängningen öka tillgängligheten till vård på ytterligare sätt; genom att frigöra resurser för de som fortsatt behöver ta del av den sedvanliga vården.

Drygt två år har gått sedan pandemins utbrott vilket ledde till att några av de första erfarenheterna av att bedriva behandling via videosamtal gjordes. För att inte dessa erfarenheter ska glömmas samt för att hålla intresset uppe och skapa rörelse framåt, behöver dessa lärdomar omsättas i praktik snarast möjligt. Kunskapsinhämtningen som presenteras i rapporten vittnar om att forskningssunderlaget för digitala metoder för RKC:s målgrupp är knapphändig. Samtidigt växer förekomsten av digitala vårdbesök inom vården och utan initiativ för att utveckla digitala metoder för RKC:s målgrupp är risken att vården blir än mer ojämlig. Genom att ta vara på erfarenheterna som finns inom RKC:s behandlingsverksamhet finns potential att bidra både till att fylla kunskapsluckor och till en mer jämlik vård.

Digitaliseringsprojektets syfte har varit att undersöka om svar kan ges på möjliga digitala lösningar som skulle kunna användas i RKC:s verksamheter på ett säkert och ändamålsenligt sätt och flera sådana har identifierats. Framför allt har det under Digitaliseringsprojektet väckts nya frågor i takt med att perspektivet har vidgats från tanken om *digitisering*, till *digitalisering*. Många områden kvarstår att utforska och vikten av att göra ett grundligt förarbete är ännu en av Digitaliseringsprojektets lärdomar. Samtidigt som formen för det nuvarande projektet har lett till denna insikt, har också projektets format lett till en bättre förståelse för hur framtida projektstrukturer bör se ut. Syftet med det multidis-



ciplinära arbetssättet inom RKC är att ta ett helhetsgrepp om patienten och det är grundläggande att bevara den sammanhållna bilden av vård och stöd som ges inom verksamheten. Av den anledningen är det angeläget att fortsätta digitaliseringsarbetet inom verksamheten för att utöka kartläggningen av kunskapsläget, och på så sätt skapa en mer allsidig bild av de olika sätt som RKC:s patienter och anhöriga skulle kunna dra nytta av digitala lösningar.

## **Rekommendationer**

### **Skapa en projektgrupp med olika vårdprofessioner**

I likhet med nuvarande Digitaliseringsprojekt bör en ny projektgrupp tillsättas som ägnar särskilt avsatt tid till digitaliseringsarbetet. För att olika perspektiv ska finnas representerade bör en sådan projektgrupp bestå av olika vårdprofessioner, löpande eller åtminstone under vissa delar av projektet. En projektgrupp minskar också risken för sårbarheten som kan komma med ensamarbete. För vårdpersonalen kan arbete i projektform underlättas av att arbetstid då avsätts specifikt för detta ändamål under en bestämd tidsperiod. Att det finns ett intresse för att implementera digitala lösningar bland deltagarna i projektet kan förmodas påverka chanserna att en implementering också fullföljs. För att undvika att liknande initiativ pågår parallellt inom RKC:s behandlingsverksamhet rekommenderas att en projektledare har ett övergripande ansvar för det nationella digitaliseringsarbete, med lokala projektgrupper som tittar på specifika alternativt lokala interventioner för digitala lösningar.

## **Projektledning hos den kliniskt verksamma personalen, med stöd av IT**

Projektledningen bör ligga hos kliniskt verksam personal med resursstöd från IT-enheten. Även här kan arbetet underlättas genom att IT-resurser avsätts specifikt för projektet. Stöd av IT och rätt teknik är en grundförutsättning vid digital utveckling, speciellt vid upphandling och införande av tekniska verktyg, men fokus bör ligga på att hitta de komponenter i behandlings- och stödinterventioner via digitala metoder som är verksamma. För detta behövs främst vårdpersonal.

## **Undersöka en avgränsad digital metod för nära förestående implementering**

Inom en snar framtid bör en projektgrupp undersöka en avgränsad digital metod och berörda anpassningar, för att sedan börja testa dessa i mindre skala. Kapitel 3 i den aktuella rapporten kan tjäna som underlag. En vägledande princip i valet av en avgränsad metod är att välja det som skulle kräva minst förändring från nuvarande arbetsrutiner och som håller sig inom behandlarnas ramar. Att välja en intervention där nyttan snabbt kan konstateras kan också bidra till att öka tilltron till inte enbart verksamhetens digitaliseringsarbete, men till digitalisering överlag. Två möjliga tillvägagångssätt är (1) bredinförande av en avgränsad digital metod nationellt, som kan testas och utvärderas i alla verksamheter, eller (2) lokalt införande av en digital metod, som några specifika individer får testa och utvärdera, i en avgränsad del av verksamheten. Rimligtvis bör en kombination av dessa båda tillvägagångssätt kunna genomföras

## **Avsätt ekonomiska och personella resurser för verkställandet och spridningen av metoden**

För att kommande projekt ska leda till genomförande behövs en långsiktig finansiering som innefattar verkställandet såväl som spridningen av metoden i verksamheten. Inom verksamheten behöver det beredas utrymme att göra det nödvändiga förarbetet inför en implementering. Det behöver också finnas en beredskap för att införandet av en digital arbetsmetod inledningsvis kommer att skapa parallella rutiner och leda till en ökad arbetsbelastning. För att en implementering av en ny digital metod inte ska konkurrerar med andra förändringar inom verksamheten, som riskerar att ta medarbetarnas tid och energi i anspråk, krävs noggrann planering av när implementeringen ska ske.



## **Kartlägg hinder och underlättande faktorer med hjälp av implementeringsforskning**

Att använda sig av något av implementeringsforskningens ramverk kan underlätta att ställa relevanta frågor både innan, under och efter en implementering av en ny digital arbetsmetod. Förslagsvis används CFIR-ramverket som har väglett delar av arbetet i Digitaliseringsprojektet.

## **Inhämta medarbetarperspektivet från övriga RKC och Vårdförmedlingen**

För att fortsätta den process Digitaliseringsprojektet inlett är ett rimligt nästa steg att fullfölja inhämtningen av medarbetarperspektivet från övriga RKC och Vårdförmedlingen. Detta kan göras genom att representanter från övriga mottagningar får delge sina tankar kring de idéer som genererades under RKC Malmö workshopen, samt att de får resonera kring hur idéerna skulle fungera i deras lokala verksamheter.

## **Förstärk medarbetarperspektivet med patientperspektivet**

Förslagsvis kompletteras sedan medarbetarperspektivet med patientperspektivet, på liknande sätt som vid den kvalitativa utvärderingen år 2020. Ur ett kort- såväl som långsiktigt perspektiv kan en idé vara att skapa en referensgrupp av aktuella eller redan avslutade patienter, som kan tänka sig vara delaktig i digitaliseringsarbetet vid återkommande tillfällen. I skapandet av en sådan referensgrupp är det av vikt att beakta olika etiska övervägande för att värna deltagarna. Här kan ett samarbete med universitet/högskolor vara fördelaktigt.

## **Samarbeta med andra aktörer**

Att undersöka vad andra aktörer inom vård, hälsa och omsorg, som också bedriver digitaliseringsarbete, har för insatser, kan spara arbete och undvika att uppfinna hjulet på nytt. Samarbete med innovationsföretag kan vara till hjälp i processen att tänka annorlunda kring befintliga verksamhetsprocesser och få stöd i att utforska nya utvecklingsmöjligheter. En annan rimlig samarbetspart är tolkförmedlingar som kan erbjuda sin expertis i att hitta lösningar för att förmedla tolkningstjänster på nya sätt. Slutligen kan samarbete med universitet/högskolor bidra till en mer systematisk kunskapsutveckling samt öka kvaliteten i vården som ges för målgruppen.

## Referenser

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>

Berg, M., Radvogin, E. & Kraepelien, M. (2021). Meddelande och chatt. I A. J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 71-96). Studentlitteratur.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>

Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>

Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Prout, T.A. & Hoffman, L. (2020). Stretching the analytic frame: Analytic therapists' experiences with remote therapy during COVID-19. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(3), 437-446. <https://doi.org/10.1177/0003065120939298>

Blix, M. & Dahlstrand, A. (2021). Innovationer inom digitala tjänster för psykisk hälsa: Utveckling och hinder. [https://www.vinnova.se/contentassets/24ca94ab-27274b94a32471db28da8ec0/bilaga-3\\_digitala-tjanster.pdf](https://www.vinnova.se/contentassets/24ca94ab-27274b94a32471db28da8ec0/bilaga-3_digitala-tjanster.pdf)

Bragesjö, M., Arnberg, F.K., Särnhelm, J., Olofsdotter Lauri, K. & Andersson, E. (2020). Condensed internet-delivered prolonged exposure provided soon after trauma: A randomized pilot trial. *Internet Interventions*, 10(23). <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100358>

Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M. & Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden – a register-based study. *International Journal of Equity Health*, 13(122). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0122-2>

Carl, E., Stein, A.T, Levihn-Coon, A., Pogue, J.R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G.J.G., Carlbring, P., & Powers, M. (2018). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>

Carswell, K., Harper-Shehadeh, M., Watts, S., Van't Hof, E., Abi Ramia, J., Heim, E., Wenger, A. & van Ommeren, M. (2018). Step-by-Step: a new WHO digital mental health intervention for depression. *Mhealth*, 4(34). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00986>

Damschroder, L. J. (2020). Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. *Psychiatry research*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>

Dataföreningen (2020). Digitaliserad vård i Sverige: En vägledning för investerare, entreprenörer och startups. <https://dfs.se/wp-content/uploads/2021/02/Digitaliserad-vard-i-Sverige-1.pdf>

Davies, F., Shepherd, H.L., Beatty, L., Clark, B., Butow, P. & Shaw, J. (2020). Implementing Web-based therapy in routine mental health care: Systematic review of health professionals' perspectives. *Journal of medical Internet Research*, 22(7). <https://doi:10.2196/17362>

Duffy, D., Enrique, A., Connell, S., Connolly, C. & Richards D. (2020). Internet-delivered cognitive behavior therapy as a prequel to face-to-face therapy for depression and anxiety: A naturalistic observation. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi:10.3389/fpsy.2019.00902>

Edbacken, J., Rohani, H. & Enander, J. (2021). Videosamtal. I A. J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 47-70). Studentlitteratur.

E-hälsomyndigheten. (u.å.). Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2022-03-22 från <https://www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/vision-e-halsa-2025/>

Folkhälsomyndigheten. (2020). Nedsatt psykiskt välbefinnande. Hämtad 2022-05-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-nedsatt-psykiskt-valbefinnande>

Hassija, C. & Gray, M.J. (2011). The effectiveness and feasibility of videoconferencing technology to provide evidence-based treatment to rural domestic violence and sexual assault populations. *Telemedicine journal and e-Health: the official journal of the American telemedicine association*, 17(4), 309-15. <https://doi:10.1089/tmj.2010.0147>

Heim, E., Ramia, J.A., Hana, R.A., Burchert, S., Carswell, K., Cornelisz, I., Cuijpers, P., El Chammay, R., Noun, P., van Klaveren, C., van Ommeren, M., Zoghbi, E. & Van't Hof, E. (2021). Step-by-step: Feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. *Internet Interventions*, 24. <https://doi:10.1016/j.invent.2021.100380>

Hello Future (2021, september). Transformationspodden: #52 Varför halkar Sverige efter i digitaliseringen? [Podcast]. Soundcloud. <https://soundcloud.com/transformationspodden/52-varfor-halkar-sverige-efter-i-digitaliseringen>

Hollander, AC., Bruce, D., Burström, B. & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants - a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health* 11(180). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-180>

Holländare, F. & Katalinic, J. (2021). Implementering av digitala format för psykologisk behandling. I A. J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 197-222). Studentlitteratur.

Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J. & Wagner, B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 17(3). <https://doi:10.2196/jmir.3582>

Kuhn, E. & Owen, J. E. (2020). Advances in PTSD treatment delivery: The role of digital technology in PTSD treatment. *Current Treatment Options in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00207-x>

Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M. (2003a). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), 901-909. <https://doi:10.1037/0022-006X.71.5.901>

Lange, A., van de Ven, J.P. & Schrieken, B. (2003b). Interapy: treatment of post-traumatic stress via the internet. *Cognitive behaviour therapy*, 32(3), 110-24. <https://doi:10.1080/16506070302317>

Lindegaard, T., Seaton, F., Halaj, A., Berg, M., Kashoush, F., Barchini, R., Ludvigsson, M., Sarkohi, A., & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioural therapy for depression and anxiety among Arabic-speaking individuals in Sweden: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50, 47-66. <https://doi:10.1080/16506073.2020.1771414>

Lindegaard, T., Wastesson, E., Youstina, D., Andersson, G., Richards, D., & Shahnavaz, S. (opublicerat manuskript). Acceptability and feasibility of an adapted Internet-based CBT intervention for farsi/dari speaking adolescents and young adults: a pilot study.

Lindner, P., Miloff, A., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G., Powers, MB. & Carlbring, P. (2017). Creating state of the art, next-generation Virtual Reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future directions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 404-420. <https://doi:10.1080/16506073.2017>

Lindner, P. & Kahlon, S. (2021). Virtual reality (VR). I J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 123-146). Studentlitteratur.

Ly, Eek & Topooco. (2021). Blandformat-kombinationen av behandlingssessioner och teknologi. I J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 97-122). Studentlitteratur.

Ma, L., Mor, S., Anderson, P.L., Baños, R.M., Botella, C., Bouchard, S., C Cárdenas-López, G., Donker, T., Fernández-Álvarez, J., Lindner, P., Mühlberger, A., Powers, M.B., Quero, S., Rothbaum, B., Wiederhold, B.K. & Carlbring, P. (2021).

Integrating virtual realities and psychotherapy: SWOT analysis on VR and MR based treatments of anxiety and stress-related disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(6), 509-526. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1939410>

Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröcker, K. & Emmelkamp, P. M-G. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioural assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 18-24. <https://doi:10.1016/j.brat.2015.08.010>

Moring, J. C., Dondanville, K. A., Fina, B.A., Hassija, C., Chard, K., Monson, C., LoSavio, S. T., Wells, S. Y., Morland, L. A., Kaysen, D., Galovski, T. E. & Resick, P. A. (2020). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder via telehealth: practical considerations during COVID-19 pandemic. *Journal of traumatic stress*, 33, 371-379. <https://doi.org/10.1002/jts.22544>

Morland L. A., Wells S. Y., Glassman L. H., Greene C. J., Hoffman J. E. & Rosen C. S. (2020) Advances in PTSD treatment delivery: review of findings and clinical considerations for the use of telehealth interventions for PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), 221-241. <https://doi:10.1007/s40501-020-00215-x>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2022). Besök via nätet. Resursnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök. Hämtad från <https://www.varदानalys.se/rapporter/besök-via-natet/>

Nygren, T., Berg, M., Sarkohi, A. & Andersson, G. (2018). Development of an internet-based cognitive behavioral therapy self-help program for arabic-speaking immigrants: mixed-methods study. *JMIR Research Protocols*, 7(12). <https://doi:10.2196/11872>

Nygren, T., Brohede, D., Koshnaw, K., Osman, S.S., Johansson, R. & Andersson, G. (2019). Internet-based treatment of depressive symptoms in a Kurdish population: a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 75(6), 985-998. <https://doi:10.1002/jclp.22753>

Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosko, S. & David, D. (2012). Virtual Reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 29, 85-93. <https://doi.org/10.1002/da.20910>

Psykologförbundet. (u.å.) Nätverket digitala psykologer. Hämtad 2022-02-21 från <https://www.psykologforbundet.se/foreningar-och-natverk/natverk/natverk-digitala-psykologer/>

Rees, C. S. & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264. <https://doi.org/10.1111/ap.12122>

Satinsky, E., Fuhr, D.C., Woodward, A., Sondorp, E. & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851-863. <https://doi:10.1016/j.healthpol.2019.02.007>

SFS 1977:1160. Arbetsmiljölöslag. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet ARM. Hämtad 2022-02-18 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160\\_sfs-1977-1160](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160)

SFS 2017:30. Hälso-och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2022-02-18 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30)

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2022-02-18 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm: Justitiedepartementet L6. Hämtad 2022-02-18 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

Socialstyrelsen. (2012). Om implementering. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2021). Internetförmedlad psykologisk behandling. Hämtad 2022-02-23 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/internetformedlad-psykologisk-behandling--jamforelse-med-andra-behandlingar-vid-psykiatriska-syndrom/>

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyber Psychology & Behavior*, 7(3), 321-326. <http://doi.org/10.1089/1094931041291295>

Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). Internetbaserat stöd och behandling. Hämtad 2022-02-22 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/internetbaseratstodochbehandling.internetbaseratstodochbehandling.html>

Sveriges Kommuner och regioner. (2021b). Digitala vårdtjänster i primärvården. Hämtad 2022-02-22 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/digitalavardtjansterprimarvarden.28301.html>

Swedish center for digital innovation. (2021). Statusrapport digital mognad i offentlig sektor 2021. Hämtad från <https://usercontent.one/wp/www.digitalforvaltning.se/wp-content/uploads/2021/05/Statusrapport2021.pdf>

Tuerk, P.W., Yoder, M., Ruggiero, K.J., Gros, D.F. & Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116-23. <https://doi:10.1002/jts.20494>

US Department of Veteran Affairs (u.å.). Tech into care: Resources. Hämtad 2022-02-22 från [https://www.ptsd.va.gov/professional/tech-care/resources.asp?utm\\_medium=email&utm\\_source=govdelivery](https://www.ptsd.va.gov/professional/tech-care/resources.asp?utm_medium=email&utm_source=govdelivery)

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368-76. <https://doi:10.1016/j.brat.2010.01.005>

Vernmark, K. & Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT: en praktisk handbok*. Natur och Kultur.

Vernmark, K., Hesser, H., Topooco, N., Berger, T., Riper, H., Luuk, L., Backlund, L., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). Working alliance as a predictor of change in depression during blended cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(4), 285-299. <https://doi:10.1080/16506073.2018.1533577>

Vernmark, K., Dahlin, M. & Andersson, G. (2021). *Internetbehandling*. I J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 23-46). Studentlitteratur.

Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 3(6), 107-114. <https://doi:10.1016/j.invent.2016.09.006>

Wallén, S. & Berggren, J. (2021). *Testning*. I J. Edbacken & K. Vernmark (red.), *Digital psykologi: forskning och klinisk tillämpning* (s. 147-172). Studentlitteratur.

Wells, S. Y., Morland, L. A., Wilhite, E. R., Grubbs, K. M., Rauch, S. A. M., Acierno, R., & McLean, C. P. (2020). Delivering prolonged exposure therapy via videoconferencing during the COVID-19 pandemic: An overview of the research and special considerations for providers. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 380–390. <https://doi.org/10.1002/jts.22573>

# Bilaga 1

Den sammanställning av kunskaps- och forskningsläget som redovisas i Kapitel 2 är inte att betrakta som en systematisk litteraturöversikt. Det befintliga kunskapsläget har berörts översiktligt och en systematisk utvärdering av metodernas medicinska effektivitet har inte gjorts. En avgränsning har också varit att beskriva några av de digitala metoder som går att finna som en del av vården idag.

Kedjesökning har varit den primära metoden som har använts vid materialinsamlingen. Forskningsartiklar delades inledningsvis av referenspersoner inom projektet och därefter har olika strategier använts för att hitta fler relevanta källor. Referenslistor har undersökts, likaså har det genom Google Scholar identifierats ytterligare artiklar som har citerat de redan identifierade artiklarna. Med tiden har även källor och forskare som har återkommit vid genomläsningen uppmärksammats och sökts på. En övervägande del av forskningsartiklarna som har identifierats har hittats genom databaser med så kallad ”öppen tillgång”. Research Gate har sedan varit det främsta verktyget för att efterfråga tillgång till artiklar från författarna direkt, när dessa inte har funnits öppet tillgängliga.

Utöver genomläsning av forskningsartiklar har tips på relevant litteratur och rapporter hittats i digitala forum och föreläsningar, samt inkommit från kollegor och referenspersoner. Personer som arbetar med liknande frågor i Sverige och internationellt har intervjuats för mer användbar information.



# Bilaga 2

## Workshop om digitala lösningar

En av författarna till kapitlet ”Implementering av digitala format för psykologisk behandling” (Holländare & Katalinic, 2021) kontaktades för en konsultation kring just viktiga beaktanden inför en eventuell implementering av digitala lösningar inom RKC. Jenny Katalinic, som arbetar som legitimerad psykolog på Psykologpartners<sup>12</sup> i Malmö, fick därigenom uppdraget att genomföra en användar-workshop med några av RKC Malmö's medarbetare först och främst, eftersom Digitaliseringsprojektet har sin bas där.

### Syfte, deltagare och upplägg

Workshopens syfte var att tydliggöra vilken typ av digitala lösningar medarbetarna efterfrågar och ser behov av (för att öka tillgången till vård för patientgruppen) samt att väcka engagemang och involvering hos de tänkta användarna. Utifrån CFIR-ramverket kan en användarworkshop ses som ett sätt att involvera de inblandade individerna och samtidigt jobba med den inre miljön. Utifrån workshopens upplägg var det inte optimalt att genomföra det med en så stor grupp som hela RKC Malmö's team, varför ett urval av följande deltagare gjordes. Siffrorna inom parentes visar antalet som slutligen deltog efter bortfall.

- 5 (4) psykologer
- 2 fysioterapeuter
- 2 (1) kuratorer
- 2 (1) verksamhetsutvecklare inom Barnverksamheten
- 1 läkare

Tolkar och administratörer valdes i detta första skede bort då fokus främst låg på behandlingsmetoder och anhörigstöd. Workshopen genomfördes under tre timmar på förmiddagen den 20:e januari 2022 och sammanföll olyckligtvis med en period av ökad smittspridning av Covid-19, både i samhället och inom RKC Malmö's team. Workshopen som var tänkt att genomföras på plats fick därför ställas om till ett heldigitalt format som genomfördes i Microsoft Teams och med hjälp av ett digitalt verktyg för kommunikation och interaktion, Padlet.

---

<sup>12</sup> Psykologpartners är ett psykologföretag med specialistpsykologer och specialistkompetens inom digital-, klinisk- och pedagogisk psykologi, samt inom organisation och ledarskap.

Genom detta verktyg kunde en Whiteboard-liknande funktion användas som tillät alla deltagare att anteckna i ett gemensamt dokument anonymt.

Workshopen var indelad i tre moment; idégenerering, utveckling av idéer och omröstning, samt bedömning av nyhet, nytta och genomförbarhet. Avslutningsvis genomfördes en skriftlig och anonym utvärdering.

## **Idégenerering**

**UPPGIFT:** skriv ner en idé/lapp, på någon form av digitaliseringsinsats som skulle kunna öka tillgängligheten (nå fler, nå nya grupper, förbättra flödet, underlätta arbetssituationen etc.).

## **Utveckling av idéer och omröstning**

**UPPGIFT:** Välj en idé som verkar intressant och berätta varför i 30 sekunder. Övriga deltagare får i turordning bygga vidare på samma idé under lika lång tid. Upprepa tills alla deltagare har fått välja en idé. Deltagarna får sedan två röster att fördela på antingen en eller två idéer (inte kategorier) som känns intressanta och de fem idéer som får flest röster går vidare till nästa moment.

## **Nyhet – nytta – genomförbarhet**

**UPPGIFT:** Skatta varje idé utifrån hur ny, genomförbar, eller hur mycket nytta idén skulle innebära, på en skala från 1–10. Diskuskutera i storgrupp, eventuella farhågor kring idéerna. Idéernas skattningar sammanställs och jämföras med varandra.

## **Utvärdering**

Deltagarna fick i slutet av förmiddagen svara på tre utvärderande frågor. För fråga (2) specificerades att det inte var det digitala formatet som utvärderades, utan workshopformatet i sig.

- 1. Upplevde du att du fick uttrycka dina idéer/tankar kring digitala lösningar i ditt arbete, i dagens workshop?*
- 2. För- och nackdelar med att framföra dina idéer/tankar i det här formatet?*
- 3. Har dagens workshop bidragit till att väcka ditt intresse för digitala lösningar i ditt arbete? Om ja, vad bidrog till detta? Om nej, vad hade kunnat göras annorlunda?*





**Svenska Röda Korset**

**Svenska Röda Korset**

Box 17563, Hornsgatan 54, 118 91 Stockholm

Telefon 08-452 46 00

E-post: [info@redcross.se](mailto:info@redcross.se) | Besök vår hemsida [www.rodakorset.se](http://www.rodakorset.se)