

**Forsknings- och utvecklingsenheten**

**Psykiatri och habilitering**

FoU-rapport 7/2019



# **Habilitering och rehabilitering på distans**

## **En studie av förutsättningarna för behandling via video**



<b>Verksamhet:</b>	Psykiatri och habilitering, Region Skåne
<b>Projektansvariga chefer:</b>	Petra Bovide, verksamhetschef Barn- och ungdomshabiliteringen  Helén Holmström, verksamhetschef Syn-, hörsel- och dövverksamheten  Ingrid Kongslöv, verksamhetschef Vuxenhabiliteringen
<b>Projektets medarbetare:</b>	Madeleine Persson, arbetsterapeut <a href="mailto:Madeleine.D.Persson@skane.se">Madeleine.D.Persson@skane.se</a>  Johanna Svensson, fysioterapeut <a href="mailto:Johanna.Svensson@skane.se">Johanna.Svensson@skane.se</a>
<b>Handledare vid FoUU-enheten:</b>	Åsa Waldo, fil dr <a href="mailto:Asa.Waldo@skane.se">Asa.Waldo@skane.se</a>
<b>Utgivning:</b>	November 2019
<b>ISBN:</b>	978-91-7261-328-7
<b>Layout:</b>	Kommunikationsenheten

FoU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Persson, M. & Svensson, J. (2019). *Habilitering och rehabilitering på distans*. FoU-rapport 7/2019, FoUU-enheten, Psykiatri och habilitering Region Skåne.

© Psykiatri och habilitering, Region Skåne

## Sammanfattning

Inom habiliteringen i Region Skåne finns en uttalad ambition att bli ledande när det gäller utveckling och användning av e-hälsa och digitala tjänster. En viktig del av e-hälsa är möjligheten till behandling på distans. Tidigare studier pekar på både möjligheter och utmaningar med att bedriva hälso- och sjukvård på distans och det finns behov av att undersöka för vad och vem det fungerar. Syftet med studien är att undersöka förutsättningar för olika behandlingsinsatser på distans. Sex olika insatser undersöktes: hjälpmedelsuppföljning, uppföljning av hemträningsprogram, stödsamtal, observation av kommunikation och samspel, motiverande samtal samt inspektion av glasögon. Insatserna utvärderades av både behandlare och patienter vad gäller tekniken, kommunikation och samspel, tid samt behandlingen i sin helhet.

Resultatet visar att både patienter och behandlare tycker att behandling på distans fungerar och är ett bra komplement till behandling på plats. Fördelarna för patienterna handlar om ökad tillgänglighet, tidsbesparing och att de sparar energi av att inte behöva ta sig till habiliteringen. För behandlarna utgör distansmöte en möjlighet att förenkla och effektivisera arbetet och i viss utsträckning minska tidsanvändningen i samband med hembesök. Ur verksamhetsperspektiv kan andelen avbokningar och uteblivna besök minskas. Utmaningarna handlar om att det krävs en omställning hos både behandlare och patienter för att andelen distansmöten ska öka och att tekniken måste vara tillförlitlig. Patienterna behöver ha tillgång till rätt teknik och bra uppkoppling annars riskerar behandlarna ägna tid åt teknisk support snarare än behandlingen. Studien visar att svårigheter med tekniken kan leda till osäkerhet och motverka användning av distansmöte.

**Förväntad nytta för patienten** är ökad tillgänglighet till behandling och möjlighet till digitala och flexibla sätt att få stöd och vård.

## Förord

Verksamhetsidén för habiliteringen inom Region Skåne är att stärka individens kraft och frihet att forma sitt eget liv. Vi ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika habiliteringsinsatserna.

Forsknings- och utvecklingsenheten har som uppdrag att stödja en evidensbaserad praktik, stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Forsknings- och utvecklingsrapporterna utgår från en frågeställning från praktiken som relateras till aktuell forskning och professionell erfarenhet och som leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har förutsättningar för att ge behandling på distans studerats. Projektet har genomförts av arbetsterapeut Madeleine Persson och fysioterapeut Johanna Svensson inom habiliteringen. Forsknings- och utvecklingsledare fil dr Åsa Waldo har varit handledare. Arbetet har genomförts som ett verksamhetsövergripande projekt med stöd från enhetscheferna Jeanette Ohrberg och Sofia Davidsson samt verksamhetscheferna Petra Bovide, Helén Holmström och Ingrid Kongslöv. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av forsknings- och utvecklingsmedel. Enheten för IT och e-hälsa har tillhandahållit tekniken och gett stöd i att använda systemet.

Vi riktar ett stort tack till de behandlare och patienter som provat behandling på distans för deras tid och engagemang samt värdefulla synpunkter.

Malmö november 2019

Pernille Holck  
Dr med vet, leg logoped  
Chef för Forsknings- och utvecklingsenheten  
Psykiatri och habilitering

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
1.1 Vad är e-hälsa? .....	6
1.2 E-hälsa – möjligheter och utmaningar för personer med funktionsnedsättning.....	7
1.3 E-hälsa inom vården - vårdkontakt på distans .....	9
<b>2. Syfte</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Metod</b> .....	<b>11</b>
3.1 Beskrivning av studien .....	11
3.2 Deltagare.....	13
3.3 Etiska överväganden.....	13
3.4 Materialinsamling .....	13
3.5 Analys.....	14
<b>4. Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Teknik vid distansmöte.....	17
4.2 Kommunikation vid distansmöte .....	20
4.3 Tid vid distansmöte .....	25
4.4 Behandling på distans.....	28
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>35</b>
5.1 Utmaningar.....	35
5.2 Möjligheter.....	36
<b>6. Slutsatser</b> .....	<b>37</b>
<b>7. Implementering</b> .....	<b>38</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>39</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>41</b>
Bilaga 1. Information till patienter.....	41
Bilaga 2. Frågeformulär behandlare.....	42
Bilaga 3. Frågeformulär patienter.....	46

# 1. Bakgrund

E-hälsa är ett prioriterat område inom både EU och världshälsoorganisationen (WHO; Gard & Melander Wikman, 2012). Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017) har en vision om att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta och möjliggöra en god och jämlik hälsa samt i syfte att stärka självständighet och delaktighet i samhällslivet. Region Skåne har i sin tur en ambition om att bli Sveriges ledande region i att utveckla, erbjuda och använda digitala tjänster inom hälso- och sjukvård. Regionens vision är att e-hälsa och utvecklingen av denna ska innebära nya arbetssätt som ger möjlighet att erbjuda en fortsatt tillgänglig, trygg och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård även i framtiden, samtidigt som resurserna används mer effektivt (Region Skåne, 2016). I Region Skånes e-hälsostrategi preciseras målsättningen att erbjuda ett attraktivt och lättillgängligt utbud av digitala tjänster inom hälsa och sjukvård som ska ge mervärde för både patienter och vårdgivare. Inom habiliteringen i Region Skåne finns en uttalad ambition om att bli mest framgångsrik inom regionen när det gäller utveckling och användning av e-hälsa och digitala tjänster. Målsättningen är att med hjälp av digitala tjänster fortsätta erbjuda patienterna en hög tillgänglighet och insatser av god kvalitet.

Hälso- och sjukvård är ett område där digitaliseringen skapar stora möjligheter. Användning av digitala tjänster kan leda till bättre hälsoresultat hos patienten, bland annat genom en ökad delaktighet och självständighet, men även genom en effektivare sjukvårdsverksamhet (Regeringen och SKL, 2017). Myndigheterna ser alltså stora möjligheter kopplade till digitalisering inom områdena bättre och mer jämlik hälsa, stärkt självständighet och delaktighet samt tillgänglighet till vård, trygghet och kvalitet. Allt detta samlas inom begreppet e-hälsa. För att ytterligare förstå vad e-hälsa innebär är det viktigt att precisera begreppet ur en teoretisk synvinkel samt att konkretisera vad e-hälsa kan innebära inom vården, och inte minst inom habiliteringen.

## 1.1 Vad är e-hälsa?

E-hälsa kan kortfattat beskrivas som informations- och kommunikationsteknologi (IKT) med syfte att förbättra och utveckla hälso- och sjukvård (Olsson, 2006). Informations- och kommunikationsteknologi är i sin tur ett stort begrepp. En definition som nämns i litteraturen är att IKT är något som underlättar för människor att kommunicera, samla information och att interagera på distans snabbare, lättare och utan begränsningar av tid och

rum (Gard & Melander Wikman, 2012). IKT beskrivs som en framtidslösning som ska förbättra livskvaliteten för alla medborgare. I litteraturen förklaras tekniken som något som ska möjliggöra och underlätta mänsklig kontakt, inte ersätta den (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005).

För att beskriva begreppet e-hälsa finns det en mängd olika definitioner. Studier har visat att 51 olika definitioner går att finna i litteraturen och att hälsa och teknik är övergripande begrepp som finns med i samtliga definitioner (Oh m.fl., 2005). Inom EU används begreppet e-hälsa som en paraplyterm och beskrivs som informations- och kommunikationsteknik för att förbättra och utveckla omsorg, egenvård, hälso- och sjukvård och interaktionen med patienter och anhöriga (Olsson, 2006). Socialstyrelsen (2018) beskriver e-hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande där digitala verktyg används och information utbyts digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. I sin e-hälsostrategi för år 2016-2020 skriver Region Skåne (2016:1) på följande sätt: *”Med e-hälsa avser vi användningen av informations- och kommunikationsteknik för att förbättra förebyggande arbete, diagnos och behandling samt för stöd och utveckling av livsstil och förbättrad hälsa.”*

Som framgår handlar samtliga definitioner om förbättring, hälsa och digital interaktion. I denna rapport definieras e-hälsa i enlighet med Region Skånes e-hälsostrategi. Det innebär att målsättningen är att med hjälp av tekniska lösningar förbättra habiliteringen för patienterna.

## **1.2 E-hälsa – möjligheter och utmaningar för personer med funktionsnedsättning**

E-hälsa är ett område under utveckling. Demografiska, ekonomiska och tekniska orsaker har i kombination bidragit till den snabba utvecklingen av e-hälsa. En åldrande befolkning och ett minskat antal personer i arbetsför ålder som kan möta det ökade behovet av vård och omsorg ställer krav på effektivare arbetssätt. Detta i kombination med medborgarnas allt större krav på uppdaterad information och kunskap är bidragande orsaker till utvecklingen av e-hälsa. Den tekniska utvecklingen möjliggör användandet av digitala tjänster och har kommit långt inom andra områden såsom inom resebranschen där bokning av transport och boende ofta sker digitalt och där incheckning till flyget ofta sker via mobilen. Även inom bankverksamheten sköts de flesta ärenden digitalt via appar eller dator, vilket får medborgare att även efterfråga sådana lösningar inom vården (Gard & Melander Wikman, 2012).

## **Möjligheter**

IKT och e-hälsa öppnar möjligheter för alla människor, både med och utan funktionsnedsättning (Gardelli, 2004). eHälsomyndigheten (2018) lyfter särskilt fram tre olika områden som återkommer i samband med e-hälsa: kommunikation, tillgänglighet och verksamhet. Det handlar om kommunikationen med patienten, att patienten ska kunna medverka i sin vård med hjälp av digitala lösningar och att vårdpersonalen ska ha rätt arbetssätt och uppdaterad information. Målet med e-hälsa är personcentrerad vård där patienten är delaktig. I samhället ökar individualiseringen och människor förväntas klara sig allt mer självständigt och oberoende av andra. Tekniken utvecklas konstant och kan ge en ökad möjlighet till ett mer självständigt liv (Gardelli, 2004).

Regeringen arbetar för att IKT ska vara tillgänglig för alla och för att alla ska ha möjlighet att koppla upp sig på internet. Anledningen till det är att allt fler tjänster i samhället blir digitala och på så vis bidrar tillgång till IKT till en fungerande vardag. Tillgång till IKT blir därmed en rättighetsfråga. Myndigheten för delaktighet arbetar med tillgänglighet utifrån FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Myndigheten för delaktighet, 2018). Utifrån konventionen är tillgänglighet avgörande för att personer med funktionsnedsättning ska kunna ta del av sina mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Tillgänglighet bygger på jämlikhet och icke-diskriminering och är en bärande princip som gäller alla mänskliga rättigheter. Tillgänglighet innebär tillträde till den fysiska miljön, transporter och anläggningar samt tillgång till information, kommunikation, varor, produkter och tjänster, inklusive digitala lösningar. Ett exempel på tillgänglighet är digitala lösningar som alla kan förstå. Forskning visar att för personer med funktionsnedsättning kan IKT och digitala lösningar ge möjlighet och makt att påverka den egna livssituationen (Gard & Melander Wikman, 2012).

## **Utmaningar**

Kravet på att patienterna har tillgång till internet och digital teknik i hemmet är en utmaning som kan bli en begräsning för utvecklingen av e-hälsa (Gard & Melander Wikman, 2012). Idag har 93 % av Sveriges befolkning tillgång till internet i hemmet och 8 av 10 personer i Sverige har en smartmobil. Det syns framför allt en stor ökning av internetanvändandet hos den äldre delen av befolkningen (Svenskarna och internet, 2016). Att ha tillgång till tekniken innebär dock inte alltid att den används och det är en annan utmaning som beskrivs i litteraturen. Personer med funktionsnedsättning har tillgång till IKT i lägre utsträckning än övriga befolkningen, även om man ser en successivt ökad användning samt tillgång till digital teknik hos denna grupp. Många personer med funktionsnedsättning skulle vilja använda internet i större utsträckning än de gör idag för att påverka



sin livssituation men upplever ofta hinder i samband med IKT-användning (Gardelli, 2004). Enligt Gardelli är dessa hinder framför allt kopplade till ekonomi och användarvänlighet, men även tekniken i sig kan bli ett hinder. Hur man använder tekniken kan behöva läras in både av behandlare och patienter. Om tekniken inte fungerar behöver snabb och lättillgänglig hjälp finnas för att lösa de problem som uppstår (Gard & Melander Wikman, 2012).

### **1.3 E-hälsa inom vården - vårdkontakt på distans**

Även om e-hälsa är ett område under ständig utveckling finns det redan en del erfarenheter. En del av området e-hälsa som ofta nämns är möjligheten till behandling på distans. I litteraturen beskrivs både möjligheter och utmaningar med att bedriva hälso- och sjukvård på distans. Exempelvis har man jämfört traditionell rehabilitering efter en axelledsoperation med rehabilitering på distans (Gard & Melander Wikman, 2012). Efter operationen fick två grupper (en distansgrupp och en kontrollgrupp) ett träningsprogram av en fysioterapeut och information om hur de skulle fortsätta med programmet hemma. Kontrollgruppen remitterades till fysioterapeut inom öppenvården, medan distansgruppen behandlades av fysioterapeut på sjukhusets ortopedklinik. Distansträningen genomfördes via ett system som möjliggjorde bild- och ljudkommunikation. Resultatet visade att distansgruppen hade en bättre kontinuitet i sin träning och signifikant större förbättring gällande smärta och skulderfunktion. När det gällde att lyfta armen sågs ingen direkt skillnad mellan grupperna, men distansgruppen hade en större hälsorelaterad livskvalité gällande just smärta i jämförelse med kontrollgruppen. De patienter som fick behandling på distans upplevde det positivt och tryggt med en kontinuerlig kontakt, vilket minskade oron över att skada axeln i samband träning. De upplevde även att det var positivt att få möjlighet att träna i sin hemmiljö och att de blev stärkta och kände en närhet trots att träningen skedde på distans. Fysioterapeuterna som deltog i studien upplevde att behandling på distans ökade träningsmotivationen hos deltagarna.

Ett annat exempel är en studie av hur ungdomar och unga vuxna med autism och ADHD upplevde behandling på distans (Sehlin, Hedman Ahlström, Andersson & Wentz, 2018). Behandlingen innebar coaching och psykoedukativa tekniker via chattfunktion och email i syfte att underlätta patientens förståelse för sina vardagliga svårigheter. Behandlingen inleddes med en vårdkontakt på plats som sedan följdes av en åtta veckors behandlingsperiod på distans. Patienterna upplevde många positiva effekter av behandlingen, till exempel att det var enklare att prata via chatten än på plats och att inte behöva resa för att få stöd. Dock påtalade många av patienterna att de inte helt ville ersätta

vårdkontaktarna på plats med behandling på distans, utan önskade variation mellan vårdkontakter på plats, videosamtal, chattsessioner med behandlare och konversationer med behandlare via email.

Cuijpers & van Straten (2008) har jämfört behandling på distans för personer med smärtrelaterade problem mot en kontrollgrupp som fick behandling på traditionellt sätt. Resultatet visade att båda behandlingsalternativen gav likartade effekter, vilket gav slutsatsen att behandling på distans kan vara ett bra alternativ för patienter med smärta.

En svensk studie (Lundström, 2006) av logopediska interventioner för patienter med afasi, dysartri eller röststörning på distans undersökte både logopedernas och patienternas upplevelse av behandlingen. Resultatet visade att logopederna ansåg att behandling på distans till stor del kunde utföras med likvärdigt innehåll som då de träffade patienten på mottagningen. Det övergripande helhetsintrycket för behandling på distans skattades av behandlande logopeder som bra vid 95 % av besöken. Dock var en upplevd nackdel att behandlarna inte fysiskt kunde guida de patienter som hade mycket stora språkliga eller kognitiva svårigheter. En annan nackdel var att inte ha möjlighet att fysiskt trösta patienterna om de blev ledsna under behandlingen. När det gäller patienternas upplevelse av behandlingen visade resultatet att endast två patienter av de 157 som svarat på enkäten, hade önskat att hellre ha en vårdkontakt på plats med behandlande logoped. Patienterna var nöjda med att slippa resorna, att de sparade tid och att det inte krävde lika mycket frånvaro från arbetet. Enbart två procent av distansbesöken ställdes in jämfört med 10-15 % som ställdes in på mottagningen. En av både patienter och behandlare upplevd nackdel var tekniken och att det var nödvändigt med förberedande kontakter för att lära sig tekniken.

Behandling på distans via video visar på stora möjligheter så länge man använder sig av rätt tekniska lösningar (Peterson, Piazza, Luczynski & Fisher, 2017). I denna studie använde sig forskarna av digitala verktyg för att i första hand utbilda personal som arbetade med barn med autism i att, efter en utbildning, hålla i barnens träning i deras vardagliga miljö. Att ha träningen i barnets vardagliga miljö underlättade intensivträning och barnet slapp ett stressande moment i form av resa och miljöombyte. Utöver detta framkom även många andra fördelar med att observera och göra en bedömning av ett barn i dess vardagliga miljö. Exempelvis gav det behandlare en möjlighet att se vissa av barnens typiska beteenden i hemmet och hur hemmiljön påverkade beteendet. Enligt forskarna finns det dock tillfällen då videobaserad bedömning inte är tillräcklig och bedömning på plats är nödvändig. Exempelvis menar forskarna att

videomöten inte räcker fullt ut för att observera barnens olika beteenden utan att dessa kan behöva kompletteras med observationer på plats.

Som framgår finns det flera positiva exempel när det kommer till vårdkontakter på distans och inom hälso- och sjukvård är Socialstyrelsen, eHälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet och Sveriges kommuner och landsting överens om att det är en potential för framtidens sjukvård. Det finns stöd för att vårdkontakter på distans kan användas av olika yrkesprofessioner vid olika typer av behandlingar med positivt resultat, dock kan kognitiva svårigheter och behov av hands-on instruktioner vara en begränsning vid denna typ av behandling. I enlighet med den uttalade ambitionen att habiliteringen i Region Skåne ska bli mest framgångsrik inom regionen när det gäller utveckling och användning av e-hälsa och digitala tjänster är det av vikt att ta steget från teori till praktik. För att göra detta på bästa sätt är det nödvändigt att undersöka olika behandlingsformer på distans och vilka möjligheter och begränsningar patienter och behandlare kan stöta på vid vårdkontakt på distans.

## **2. Syfte**

Syftet med studien är att undersöka förutsättningar för olika behandlingsinsatser på distans.

## **3. Metod**

### **3.1 Beskrivning av studien**

Studien genomfördes som ett projekt i samtliga verksamheter inom habiliteringen, där ett urval olika re-/habiliteringsinsatser genomfördes på distans och utvärderades. Det är en kvalitativ studie med fokus på både behandlarens och patientens upplevelse av behandling på distans.

Urvalet av insatser som skulle provas på distans gjordes strategiskt. En förfrågan om förslag på lämpliga behandlingar skickades till samtliga utvecklingsledare och yrkesutvecklare inom barn- och ungdomshabiliteringen, vuxenhabiliteringen och syn-, hörsel- och dövverksamheten i Region Skåne samt till KommSyn inom Hjälpmedel Skåne. De ombads inkomma med svar om vilken/vilka behandlingar de ansåg vara aktuella att utföra på distans utifrån sin yrkeskategori eller sitt specialområde. Därefter valdes sex av de olika behandlingsförslagen ut till studien. Det fanns en målsättning att få en variation i typ av insats, ansvarig yrkesgrupp och verksamhet. De insatser som slutligen valdes redovisas nedan.

1. **Hjälpmiddelsuppföljning:** Användningen av ett hjälpmedel följs upp på distans efter förskrivning. Exempelvis sittande i rullstol/arbetsstol, förflyttning med förflyttningshjälpmedel eller hur ett kognitiva hjälpmedel används.
2. **Uppföljning av hemträningsprogram:** Utförandet av ett hemträningsprogram följs upp på distans efter att behandlaren gått igenom det med patienten på plats. Exempelvis får patienten eller en assistent visa hur övningarna utförs så att behandlaren vid behov kan korrigera.
3. **Stödsamtal:** Stödsamtal genomförs på distans. Det kan vara ett enstaka samtal eller del av en längre behandlingsinsats.
4. **Observation av samspel/kommunikation:** Observation på distans i hemmiljö eller förskole/skolmiljö av hur barnets samspel och kommunikation fungerar. Exempelvis observeras barn med autism, intellektuell funktionsnedsättning eller hörselnedsättning.
5. **Motiverande samtal:** Samtal på distans för att motivera patienter till aktiviteter i vardagen. Exempelvis uppmuntran till fortsatta studier eller att arbeta samt uppföljning av hur det går med genomförandet av det som är planerat/bestämt.
6. **Inspektion av glasögon:** Glasögon som gått sönder och behövs lagas inspekteras för att avgöra vilken åtgärd som är lämplig, om de kan lagas eller behöver bytas ut.

Yrkesutvecklare och utvecklingsledare undersökte vilka behandlare som var intresserade av att delta i försöket och gav deras namn till projektansvariga. Därefter kontaktades behandlare som skulle kunna prova den aktuella behandlingen på distans med ett antal av sina patienter under provperioden. Behandlarna utbildades i den aktuella tekniken, CallGuide EdgeAgent, av enheten för IT och e-hälsa och informerades om studiens upplägg. Försöket genomfördes under perioden 01-09-2018 - 31-12-2018 och gick ut på att varje behandlare skulle genomföra sin behandling på distans med fem unika patienter. Samtliga behandlare, förutom de som provade *Inspektion av glasögon* på distans, valde deltagande patienter utifrån egen bedömning av lämplighet. När det gäller patienter till insatsen *Inspektion av glasögon* erbjöds de deltagande enligt ett konsekutivt urval, det vill säga i samband med att de kontaktade enhetssekreteraren.

### 3.2 Deltagare

35 behandlare anmälde intresse för att vara med i försöket och fick individuella licenser till och utbildning i CallGuide-tekniken. Sex av dessa hoppade av projektet av olika anledningar. Totalt medverkade 29 behandlare i studien och behandling på distans genomfördes med 61 patienter. Fördelningen var följande:

**Tabell 1.** Genomförda distansmöten

Insats	Yrke/Verksamhet	Antal
Hjälpmiddelsuppföljning	Arbetsterapeuter, fysioterapeuter/bou	16
Uppföljning av hemträningsprogram	Fysioterapeuter/vux	5
Stödsamtal med patient	Kuratorer, psykologer/bou, vux, shd	15
Observation av samspel/kommunikation	Logopedier, specialpedagoger, hörselpedagoger/bou, shd	9
Motiverande samtal	Arbetsterapeuter, specialpedagoger/vux	12
Inspektion av glasögon	Optiker/shd	4

### 3.3 Etiska överväganden

Patienterna tillfrågades av respektive behandlare om deltagande i studien. De fick information om projektets syfte och vad det innebar att delta (Bilaga 1). De informerades om att det var frivilligt att delta och att deras svar skulle avidentifieras. Behandlingen som gavs var en behandling som patienterna skulle fått även utanför studien. Om patienterna valde att inte delta fick de behandlingen ändå, men på plats.

### 3.4 Materialinsamling

Utifrån tidigare forskning kring möjligheter och begränsningar med behandling på distans utformades två strukturerade frågeformulär i syfte att följa upp upplevelsen av distansmötet och behandlingen ur behandlarperspektiv (Bilaga 2) och patientperspektiv (Bilaga 3). Formuläret innehöll frågor kring tekniken, tidsaspekten, samspelet och kommunikationen, behandlingen i sig och vad som fungerade bra respektive dåligt med att ha behandling på distans.

Behandlare och patienter ombads att direkt efter avslutat behandlingstillfälle svara på frågorna. Patienterna hade fått sitt frågeformulär hemskickat i förväg tillsammans med ett frankerat kuvert. Efter avslutad

behandling påminde behandlarna patienten om att fylla i formuläret och skicka in det. Patienter som inte skickat in sin utvärdering en månad efter behandlingen fick en påminnelse hemskickad. Vid försöksperiodens slut kontaktades de patienter som inte inkommit med utvärderingar per telefon. Samtliga ifyllda formulär inkom till handledaren vid FoU-enheten som avidentifierade dem samt kodade och sammanställde svaren i en datafil.

Inom ramen för försöket var målsättningen att genomföra 145 behandlingar (29 behandlare x 5 unika patienter). Vid försökstidens slut hade endast 61 behandlingar utförts. För att få reda på anledningen till det låga antalet genomförda behandlingar samlades kompletterande information in. Detta gjordes genom ostrukturerade frågor till behandlarna via telefon och mail. Frågorna handlade om varför de fem distansmötena inte genomförts, om det berodde på att patienter avböjt eller på något annat.

### **3.5 Analys**

Det insamlade materialet analyserades på gruppnivå i sin helhet och för de olika insatserna. För två av insatserna genomfördes endast fyra respektive fem försök vilket utgör ett för litet material för att dra några slutsatser om den specifika insatsen. Dessa svar analyserades enbart på aggregerad nivå. Analysen utgick från temana teknik, kommunikation, tid och behandling. En separat, mindre analys gjordes av svårigheterna kring att genomföra försöket för att synliggöra orsaker till att försöket inte kunde genomföras som planerat.

## 4. Resultat

Resultatdelen inleds med en redogörelse för svårigheter som uppstod kring genomförandet av försöket och som påverkade materialinsamlingen och resultatet. Därefter redovisas resultatet i fyra delar: Teknik vid distansmöte, Kommunikation vid distansmöte, Tid vid distansmöte och Behandling på distans.

Studien byggde på ett försök där varje behandlare under 16 veckor skulle genomföra behandling på distans med fem unika patienter. När försöket avslutades visade det sig att endast fyra behandlare hade lyckats med målsättningen och att tio av behandlarna stod för 42 av 61 genomförda behandlingar. Fyra av behandlarna genomförde inte något distansmöte alls inom angiven tidsperiod. Behandlarna beskriver olika anledningar till att de inte lyckats få till fem besök inom tidsperioden. Dessa redovisas i Tabell 2 nedan.

**Tabell 2.** Orsaker till att behandling på distans inte genomfördes

Orsak	Antal
Patienten tackade nej till behandling på distans	9
Behandlare hade ingen aktuell patient för insatsen under tidsperioden	6
Stress och tidsbrist hos behandlare	6
Gammal eller för dålig teknik hos patienten	6
Avbokning/uteblivna besök	4
Patienten hade inte möjlighet att sitta ostört	3
Tolkbehov hos patienten	2
Svårighet hos vuxna med kognitiv nedsättning	2
Behandlare var inte redo för ett nytt arbetssätt	2
Insatsen ansågs inte passa för behandling på distans	2
Patienten var inte redo för ett nytt arbetssätt	2
Testperioden upplevdes som för kort	1
Insatsen krävde mer förberedelse än ett traditionellt möte	1

Det fanns alltså många orsaker till att behandling på distans inte genomfördes. Som framgår handlade det om att behandlarna inte kände sig redo för ett nytt arbetssätt, att de inte hade lämpliga patienter under

perioden och att patienterna avböjde eller saknade förutsättningar kognitivt, tekniskt eller praktiskt i vardagslivet. Detta tyder på att det krävs förberedelse och möjlighet att skapa förutsättningar både för behandlare och patienter för att behandling på distans ska fungera som arbetssätt.

För att ta reda på förutsättningarna för att kunna utföra behandling på distans studerades sex insatser. Insatserna valdes för att representera olika typer av stöd och behandling som riktades till olika målgrupper och utfördes av olika professioner. Resultatet baseras på de utvärderingar som behandlare och patienter lämnade in. Behandlarna utvärderade 52 distansmöten och patienterna utvärderade 50. Dessa fördelar sig på olika insatser enligt Tabell 3 nedan.

**Tabell 3.** Fördelning av behandlarnas och patienternas utvärderingssvar

<b>Insats</b>	<b>Antal insatser utvärderade av behandlare</b>	<b>Antal insatser utvärderade av patienter</b>	<b>Antal genomförda insatser</b>
1. Hjälpmedelsuppföljning	16	14	16
2. Uppföljning av hemträningsprogram	3	5	5
3. Stödsamtal	9	13	15
4. Observation samspel/kommunikation	8	7	9
5. Motiverande samtal	12	9	12
6. Inspektion av glasögon	4	2	4
Totalt:	52	50	61

Som framgår finns det en skillnad mellan antalet genomförda insatser och antalet utvärderade insatser på mellan två och fyra per insats. Svaren som handlar om insatserna *Uppföljning av hemträningsprogram* och *Inspektion av glasögon* analyseras enbart i avsnitt 4.1 och delar av avsnitt 4.2.

Anledningen till detta är ett för litet antal genomförda distansmöten och således ett för begränsat material att analysera. Insatsen *Inspektion av glasögon* var beroende av att det inkom förfrågningar från patienter vars glasögon gått itu och att aktuell patient i sin tur var intresserad av att prova distansmöte. Under aktuell tidsperiod bokades enbart fyra besök på distans, varav två utvärderades av patienterna. För insatsen *Uppföljning av hemträningsprogram* utfördes endast fem besök på distans och alltför få utvärderades av behandlarna.

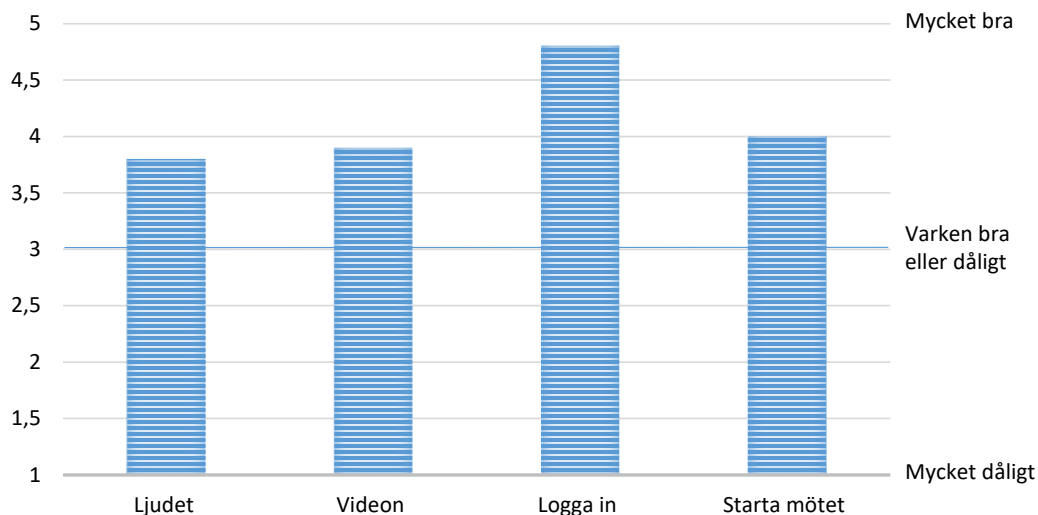


## 4.1 Teknik vid distansmöte

För att satsningen på e-hälsa och däribland insatser på distans ska kunna implementeras och komma igång är det viktigt att tekniken fungerar. Tekniken blir ett redskap och det är av stor vikt att programmet som används upplevs smidigt och användarvänligt. Det var därför nödvändigt att undersöka hur väl tekniken fungerade vid distansmöte, och om den hade någon påverkan på den slutliga upplevelsen.

### Behandlarnas upplevelse

Frågorna till behandlarna handlade om hur ljudet och videon fungerade, hur det var att logga in i programmet och hur det fungerade att starta videomötet. I denna del presenteras resultatet från samtliga insatser,. Resultat ses nedan i Figur 1.



**Figur 1.** Behandlarnas upplevelse av tekniken, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=48-49 beroende på internt bortfall).

Resultaten visar att ljud, video och att starta mötet fungerade ganska bra och att det fungerade mycket bra att logga in. Det bör dock påpekas att behandlarna i de fria textsvaren rapporterade åtskilliga problem och svårigheter som orsakats av tekniken. Värt att nämna är även att det finns tillfällen då tekniken inte alls fungerat och insatsen därför inte kunde varken genomföras och utvärderas.

Fick inte igång videon. Fick ta det per telefon istället.

I 15 min gick det mycket bra på ovanstående frågor sen blev min patients bild svart och min bild hos patienten. Vi gjorde om det flera gånger. Då kommer: Callguide går inte att nå för tillfället.

Problem som behandlarna beskriver gällande *ljudet* är att det inte kom något ljud i datorn eller hörlurarna samt att bara den ena parten hörde den andra. Det förekom även att ljudet "skorrade".

Jag kunde inte höra patienten, men patienten kunde höra mig bra. I och med att ljudet inte fungerade för båda parter så hade vi lite startsvårigheter.

Hörlurarna och ljud fungerade inte vid två tillfällen.

Upplevda svårigheter med *bilden* var att bildkvalitén ibland var dålig och att bilden var för liten. Behandlarna upplevde det även som störande att bilden på dem själva var stor och i vägen och önskade att den skulle vara mindre eller kunna flyttas för att få en större bild på patienten.

Dålig bildkvalitet på patienten men efter ett tag blev bilden riktigt bra!

Ingen bra bild. Starten av videomötet strulade lite. Fick logga in en gång till. Bokade videomöte två gånger pga. teknikstrul första gången.

De flesta svårigheter upplevdes kring hur videon fungerade. Dels var det svårt att starta videon och hitta var man skulle acceptera den och dels hände det att "acceptera video" rutan inte kom upp alls. Det förekom även problem med att videon stängde av sig och samtalet avbröts.

Andra försöket med denna patient. Vid första försöket efter 20 min stängdes videon av hos patienten. Jag syntes hos mig men patientens bild var svart. Vi kunde höra varandra och sen "skorrade" det. Vi försökte logga in flera gånger men det fungerade inte. Fick upp en ruta att Callguide var nerlagt, går inte att komma in. Nytt försök. Denna gång gick inte alls kameran/videon igång. Kom inte fram [VIDEO] utan vi kunde bara chatta med varandra. Patienten tappade intresse. Hälsa att detta inte fungerar.

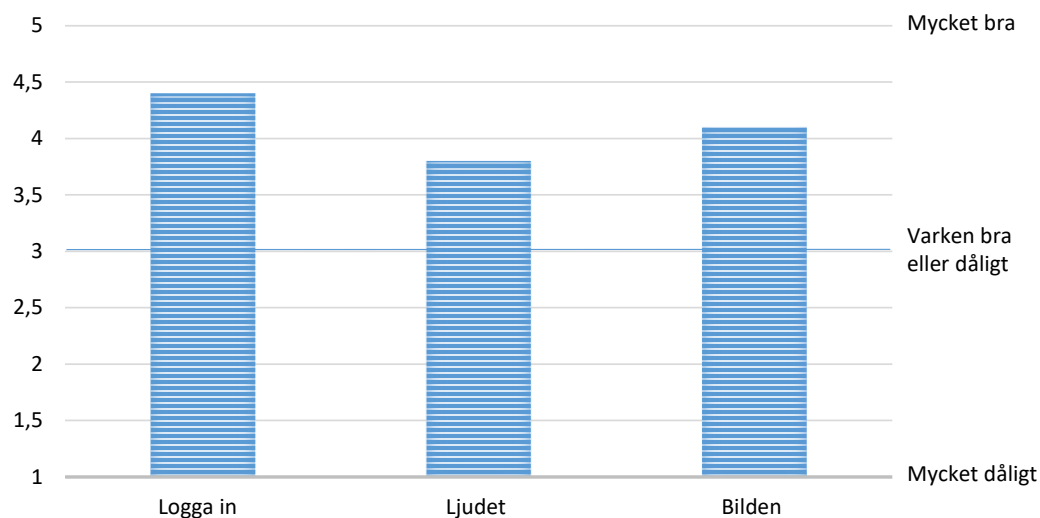
En stunds krångel innan vyn kom upp med rutan "video". Jag fick trycka på personnumret i flera omgångar, funkade till slut så att jag kunde starta videomötet. Videomötet avbröts efter 15 min och vi fortsatte per telefon istället.

En annan aspekt som togs upp av behandlarna är att programmet är begränsat till vissa webbläsare. Det beskrivs som en omständighet som försvårat för patienterna. Dels fungerade det inte med vissa webbläsare

som var rekommenderade och dels blev det en begränsning och ett hinder i att få till besök på distans om inte patienten hade rätt webbläsare.

### Patienternas upplevelse

Även patienterna fick svara på frågor rörande tekniken. Patienterna fick svara på hur det gick att logga in och hur ljudet och bilden fungerade. Även här är insats 2 och 6 inkluderade i resultatet. Det finns tillfällen då behandlingen på distans inte blivit av eftersom tekniken inte alls fungerat, dessa besök har inte utvärderats. Resultatet visas nedan i Figur 2.



**Figur 2.** Patienternas upplevelse av tekniken, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=49-50 beroende på internt bortfall).

Framförallt så upplevde patienterna att det var problem med ljudet. Bland annat att ljudet skorrade, var fördröjt och i några fall inte fungerade alls. Patienterna tyckte däremot att det gick bra att logga in. När det gäller bilden tyckte patienterna precis som behandlarna att bilden på dem själva var störande.

Man ser för mycket sig själv i videokonferens, så pass att det är ett störande att ej se den andra. Obs lägg till möjlighet för minimera sin egen bild.

Patienterna beskriver även problemen med att programmet slutade fungera samt att bilden fastnade och blev stilla och ibland suddig. Även om patienterna haft en del problem med tekniken uttrycker de en positivitet och önskan om att det ska fungera. De tyckte att videosamtal var ett väldigt bra alternativ när tekniken fungerade som den skulle.

Det avbröts helt plötsligt. Våldigt synd för annars var det bra ljud och bra bild! :-) Hoppas man kommer kunna prata längre därför det hjälper mig.

Men bröts ibland - då fick man börja om. Jobbigt när det avbryts mitt i en mening.

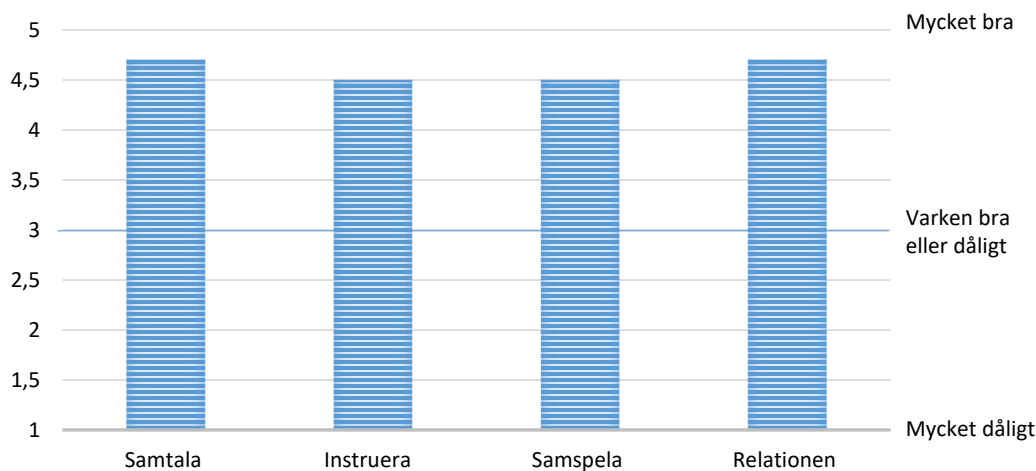
Det kan konstateras att överlag hade både patienter och behandlare en hel del problem med tekniken. Problemen gjorde att några av de planerade behandlingarna på distans fick bokas om eller genomföras på telefon istället. Problemen innebar även att tid togs från själva behandlingen eftersom både patienter och behandlare fick prova att starta om programmet och söka efter fel när det inte fungerade. Detta fick vissa patienter att tröttna. Det störde även behandlingen när programmet slutade fungera mitt i besöket. Resultaten visar tydligt att det behövs förbättringar i programmet för att det ska fungera optimalt för patienter och behandlare. Framför allt är det viktigt att tekniken har hög tillförlitlighet. Om tekniken ofta felar kan det skapa en osäkerhet hos både behandlare och patienter som gör dem tveksamma till att välja behandling på distans som ett alternativ. En icke välfungerande teknik kan även göra att insatsen på distans tar mer tid än vad som sparas eftersom besök behöver bokas om och tid går till att få ordning på tekniken.

## **4.2 Kommunikation vid distansmöte**

Kommunikationen mellan behandlare och patient är avgörande för utfallet av behandlingen. Vid behandling på distans istället för på plats kan kommunikationen påverkas på olika sätt.

### **Behandlarnas upplevelse**

För att ta reda på hur kommunikationen påverkades fick behandlarna svara på frågor om hur det fungerade att samtala, ge instruktioner, att samspela (turtagning och ögonkontakt) och om relationen (tillit och stämning) till patienten påverkades. I denna del presenteras resultatet från samtliga insatser, även insats 2 och 6. Svaren framgår i Figur 3.



**Figur 3.** Behandlarnas syn på kommunikationen, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=38-42 beroende på internt bortfall)

Som diagrammet visar är svaren övervägande positiva gällande alla undersökta områden och kommunikationen beskrivs ofta som likvärdig ett besök på plats. Vid samtliga av de insatser som provades upplevdes fördelar med möjligheten att ha behandlingen på distans. En av de behandlare som provade *Hjälpmedelsuppföljning* nämnde att barnet tack vare att det skedde på distans inte blev stört av att behandlaren var närvarande utan kunde fortsätta med sin aktivitet utan avbrott.

Behandlarna som utförde *Stödsamtal* upplevde framför allt att relationen med patienten blev mycket bra och var likvärdig med hur de upplever besök på plats. Behandlarna beskrev också att vissa patienter var mer avslappnade och hade lättare med ögonkontakten vid distansmöte än vid möte på plats.

Jag upplevde att det var lättare för patienten att reglera ångest när vi inte var i samma rum.

Bättre än det samtal vi har haft på plats. Patienten verkade mer bekväm än vanligt.

Även behandlare som provade *Observation av kommunikation och samspel* såg fördelar.

Patienten riktade sitt samtal mycket tydligare tack vare surfplattan än vid ett fysiskt möte. Patienten hade sett fram emot videomötet med stor förväntan.

Patienten själv och förälder var mycket nöjda med att föra en dialog på detta sätt. Patienten är väldigt datorvan och mer bekväm med att ha ögonkontakt såhär än i vanliga fall.

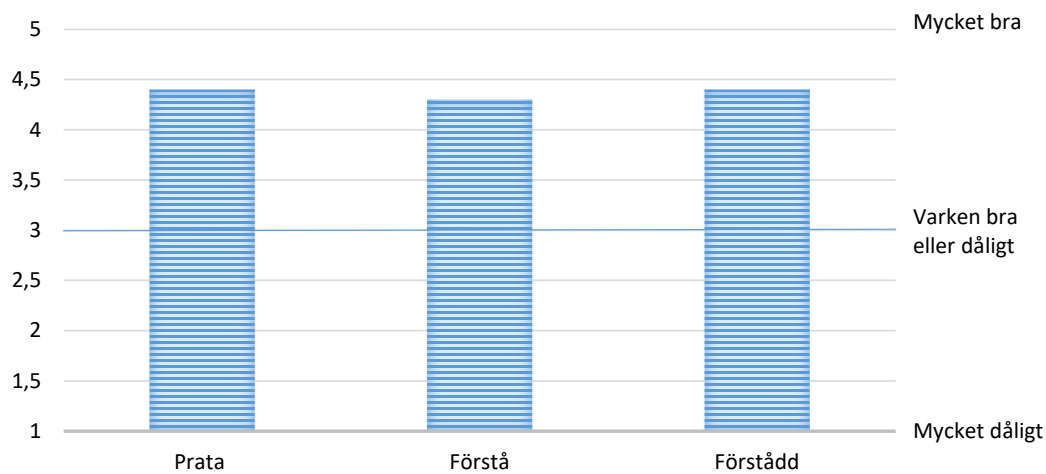
Behandlarna som utförde *Motiverande samtal* nämnde flera fördelar med att ha besöken på distans, ett exempel var att patienten kände sig trygg i sin hemmiljö och därför blev bekväm i samtalet. En annan upplevd fördel var att patienten blev mer självständig och inte beroende av att få skjuts till besöket.

Det framkom inte bara fördelar med att ha de aktuella insatserna på distans. Några behandlare framförde att tekniken påverkade kommunikationen negativt. Brister i tekniken påverkade även turtagningen negativt i vissa fall. Detta gäller generellt för samtliga insatser.

### **Patienternas upplevelse**

Även patienterna fick svara på hur de upplevde kommunikationen, dels hur det fungerade att prata, förstå vad behandlaren sa och göra sig förstådd för behandlaren och dels om man pratade i mun på varandra och om det var stelt att mötas på distans.

När det gäller frågorna om hur kommunikationen fungerade överensstämmer patienternas svar med behandlarnas och är övervägande positiva. Även här presenteras resultatet från insats två och sex. Se Figur 4. Patienterna som fick prova behandling på distans skattade generellt högt inom området kommunikation oavsett typ av insats. De verkade inte ha upplevt speciellt stora bekymmer varken med att förstå eller göra sig förstådda.



**Figur 4.** Patienternas syn på kommunikationen, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=47)

Majoriteten av de patienter som provade att ha *Hjälpmedelsuppföljning* upplevde att kommunikationen med behandlaren fungerade bra, att samtalet flöt på och att det var ett smidigt sätt att ha besök på. De patienter som fick prova att ha *Stödsamtal* hade samma upplevelse. En patient nämner dock svårigheten med att inte kunna läsa av behandlarens kroppsspråk.

Kändes bättre att prata såhär än på vanligt sätt, slapp åka till habiliteringen och det sparade tid.

Det känns lite konstigt att mötas på distans i början, men jag upplevde att det fungerade bra överlag.

Ovan med sådant möte. Måste ge tid. Kroppsspråk kan man inte se vilket i så fall kan bli felbemött.

De patienter som fick prova *Motiverande samtal* tyckte generellt att det var enkelt att prata, förstå och göra sig förstådd vid samtal på distans. En av patienterna uttrycker följande:

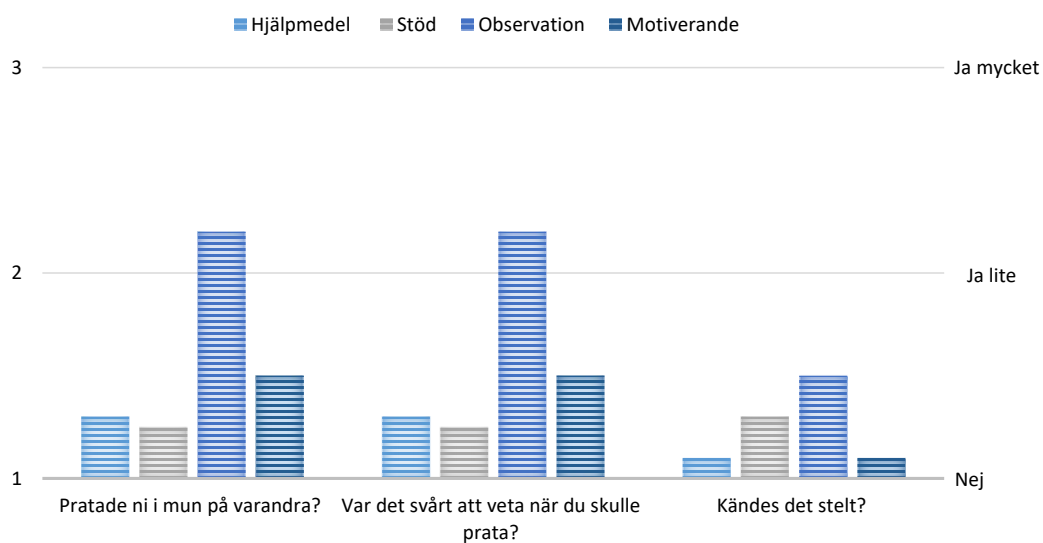
Jag tyckte det var som ett vanligt samtal, att jag kunde öppna mig precis som vanligt som när vi ses. Jag tyckte det kändes naturligt och vi hade ju ögonkontakt vilket underlättar.

Även patienterna som provade att ha *observation av samspel och kommunikation* tyckte det var positivt med behandling på distans. Det

framkom i utvärderingarna att några patienter upplevt en utmaning i att de och behandlaren pratade i mun på varandra.

Ögonkontakten var positiv men vi pratade i mun på varandra vilket till stor del berodde på att ljudet var dåligt...

Patienterna ombads även att svara på frågor kring hur samspelet med behandlaren fungerade. Frågorna handlade om att prata i mun på varandra och om det kändes stelt. Eftersom varje insats analyserades separat ingår inte insats 2 och 6. Se Figur 5 för resultat, där 1 är mest positivt.



**Figur 5.** Patientens syn på samspel, medelvärden skala 1-3 (1=Nej 3=Ja mycket) (n=46-47 beroende på internt bortfall)

Här framkommer skillnader mellan de olika insatserna. Vissa patienter tyckte att det var mer avslappnat att mötas på distans, medan andra tyckte att det var lite stelt. Utifrån resultatet tycks de patienter som haft *Hjälpmedelsuppföljning*, *Stödsamtal* samt *Motiverande samtal* på distans tycka att samspelet med behandlaren fungerat mycket bra medan de som haft *Observation av kommunikation och samspel* på distans haft vissa svårigheter. En anledning till svårigheterna kan vara att ett besök där syftet är att observera är mindre strukturerat och har en mer otydlig turtagningsgång. Patienterna uttrycker att de pratade en del i mun på varandra, men att detta till stor del berodde på att ljudet fungerade dåligt.

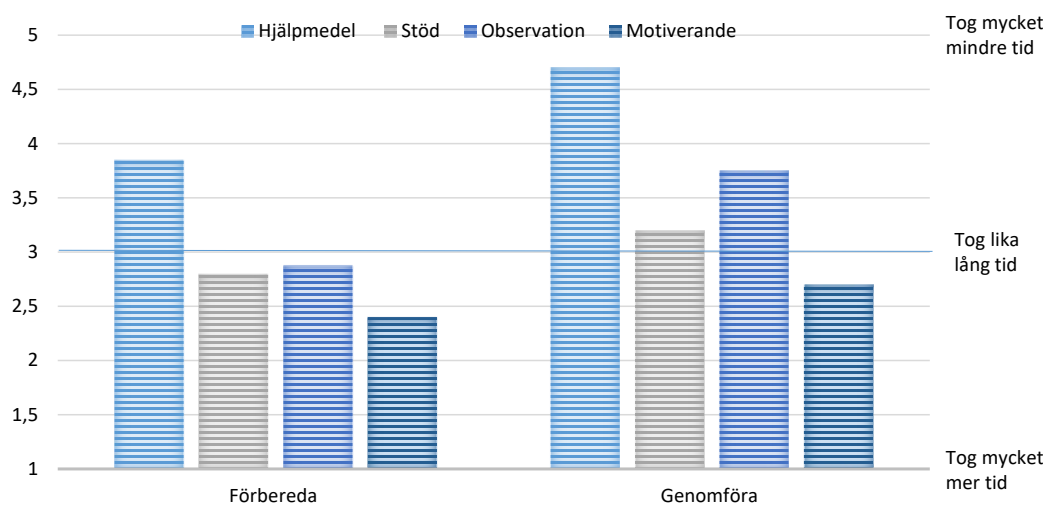


### 4.3 Tid vid distansmöte

Tid och eventuell tidsbesparing är en viktig faktor att utvärdera. Med tanke på det ökade vårdbehovet i samhället samt målet med en tillgängligare vård för patienterna är det viktigt att implementera nya arbetssätt som kan spara tid för både patienter och behandlare.

#### Behandlarnas upplevelse

För att ta reda på hur tidsanvändningen påverkas vid behandling på distans fick behandlarna svara på frågor om restid, förberedelsetid och genomförandetid. Svaren redovisas insats för insats i Figur 6 och 7.



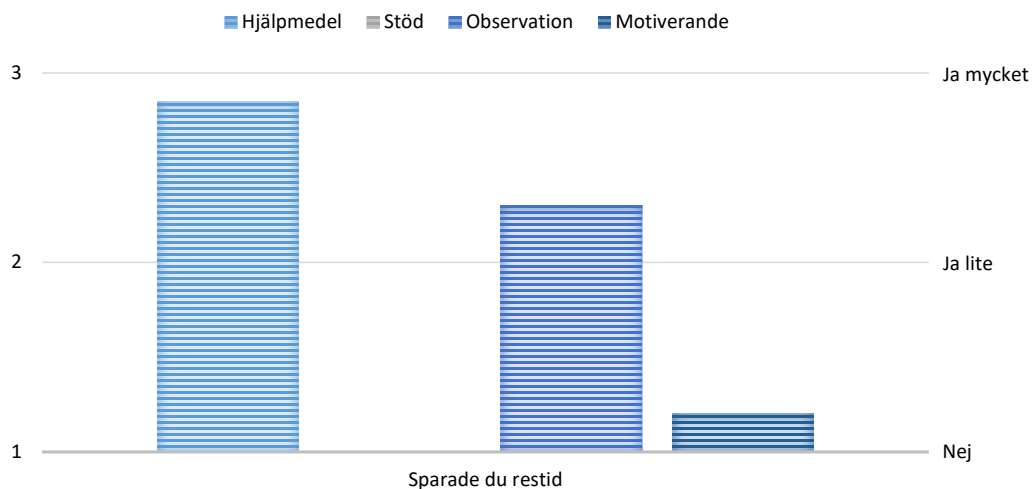
**Figur 6.** Behandlarnas syn på tid, medelvärden skala 1-5 (1=Tog mycket mer tid 5=Tog mycket mindre tid) (n=40)

I Figur 6 redovisas behandlarnas upplevelse av hur lång tid det tog att förbereda och genomföra behandlingen jämfört med ett besök på plats. Resultatet visar att det framför allt är de behandlare som utfört *Hjälpmedelsuppföljning* som tyckte att de sparade tid på att förbereda och genomföra besöket på distans jämfört med om det hade genomförts på plats. Behandlare som provade *Stödsamtal* tyckte att det tog ungefär lika lång tid som vid besök på plats. De som provade *Observation av samspel och kommunikation* tyckte att de sparade tid på genomförandet men att det tog ungefär lika lång tid att förbereda. De som provade *Motiverande samtal* beskriver att förberedelser tog längre tid jämfört med besök på plats och ungefär lika lång tid att genomföra. De nämner dock att det framför allt berodde på ovana vid att ha distansmöte samt på teknikstrul.

Tog lite mer tid för att jag är orutinerad. Annars tar det ju inte längre tid än att gå och hämta en patient.

Det var lättare att hålla sig till saken och lättare att avsluta samtalet.

En annan positiv upplevelse av distansmöte när det gäller tidsaspekten är att det upplevdes lättare att hålla sig till besökets syfte och att besöket då blev mer effektivt.



**Figur 7.** Behandlarnas syn på restid, medelvärden skala 1-3 (1=Nej, 3=Ja mycket) (n=40)

Svaren på frågan om behandlarna sparade restid på att möta sin patient på distans redovisas i Figur 7. Resultatet visar tydliga skillnader mellan insatserna. De behandlare som utförde *Hjälpmedelsuppföljning* och *Observation av samspel och kommunikation* på distans sparade restid medan de som hade *Stödsamtal* eller *Motiverande samtal* inte sparade någon restid. Av de behandlare som utförde stödsamtal svarade samtliga att de inte sparade någon restid på att möta sin patient på distans. Detta kan förklaras av att insatserna *Stödsamtal* och *Motiverande samtal* vanligen sker på plats på mottagningen och behandlaren inte behöver förflytta sig vid dessa insatser. *Hjälpmedelsuppföljning* och *Observation av samspel och kommunikation* innebär däremot vanligtvis restid för behandlaren och de sparar därmed mycket tid på att mötas på distans. Behandlare som utfört dessa insatser uttrycker i utvärderingen att de sparar mycket tid på att mötas på distans och är väldigt positiva till detta.

Sparade två timmars restid på ett 45 minuters besök. Kunna få in besök tre veckor tidigare pga. ingen restid.

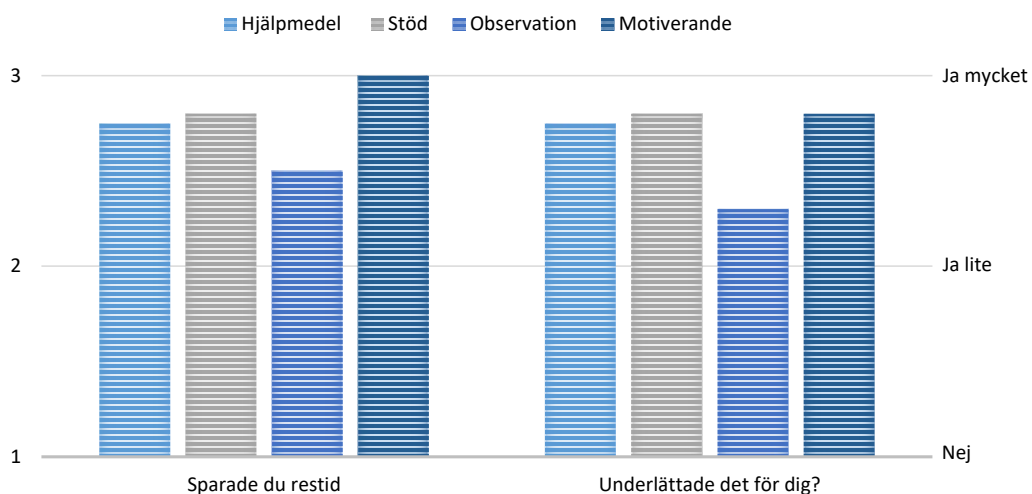
Vi fick till besöket tidigare tack vare att jag inte behövde ta mig hem till patienten...

Underbart tidsbesparande. Jag kunde också skriva rakt in i journalen under observationen vilket också sparar tid.

Barnet orkade inte. Kändes ok att ha mindre/kortare tid då familjen inte rest och lagt restid...

### Patienternas upplevelse

Även patienterna fick svara på frågor om tid. De tillfrågades om eventuellt förändrad restid samt om det underlättade för dem att ha besöket på distans istället för på plats. För resultat se Figur 8, där värdet tre är mest positivt. Av resultatet kan vi utläsa att behandlare och patienter har olika upplevelse av tidsaspekten. Patienterna uttrycker tydligt att det underlättar för dem att ha besöket på distans istället för på plats och att de sparar mycket restid på detta. Behandlarna har, som nämnts ovan, sparat olika mycket tid beroende på vilken typ av insats de gett på distans.



**Figur 8.** Patienternas syn på tid, medelvärden skala 1-3 (1=Nej 3=Ja mycket) (n=45-46 beroende på internt bortfall).

Resultatet visar att majoriteten av patienterna sparade restid på att mötas på distans och tyckte att det underlättade för dem i vardagen. Några av patienterna uttryckte att besök som annars av olika anledningar skulle ha avbokats kunde bli av eftersom det utfördes på distans.

Jag brukar behöva bli skjutsad av en förälder till mina möten så det är mycket enklare för dem då de båda arbetar heltid.

Jag behövde inte åka till Helsingborg och behövde inte stressa iväg från jobbet. Om man har mycket på jobbet och känner att man inte

hinner komma så kan man ta det via video istället. Det underlättade mycket för mig.

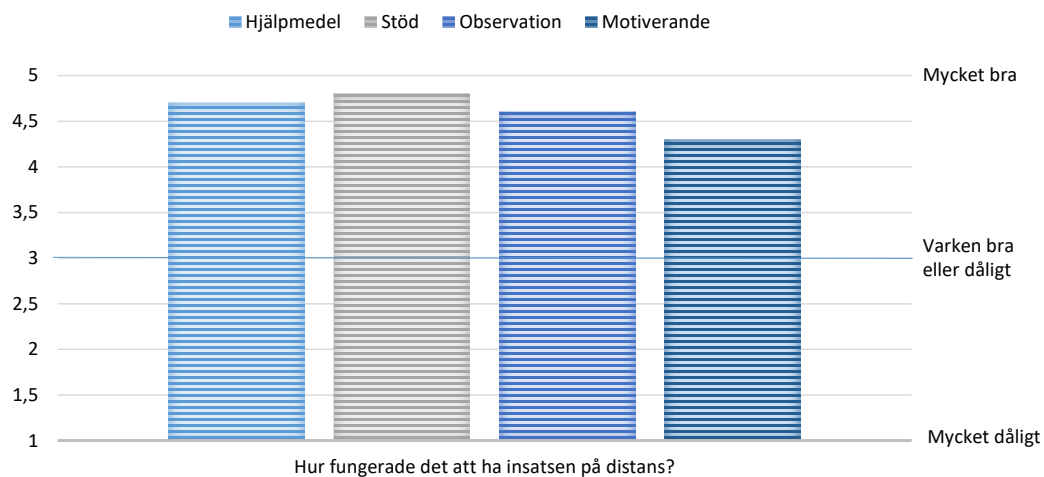
Sparade jättemycket tid. Om vi ska iväg behöver vi packa och ha massa saker med oss. Absolut enklaste sättet att kommunicera.

#### 4.4 Behandling på distans

Det huvudsakliga syftet med denna studie var att undersöka förutsättningar för olika behandlingsinsatser på distans. Utifrån detta blir det tydligt vilka habiliterande och rehabiliterande insatser som passar att ge på distans och vilka som bör ges på plats. För att få reda på detta ombads både patienter och behandlare att svara på frågor gällande insatsen i sin helhet.

##### Behandlarnas upplevelse

Behandlarna fick svara på hur de tyckte att det fungerade att ha aktuell insats på distans istället för på plats, samt om det var något som blev bättre eller sämre med att ha insatsen på distans istället för på plats. Resultatet redovisas nedan i Figur 9, där fem (5) är mest positivt.



**Figur 9.** Behandlarnas uppfattning av insats på distans, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=46)

Resultatet visar att behandlarna generellt tyckte att det fungerade bra att genomföra aktuell insats på distans, medelvärde 4,3–4,8. Mest positiva, även om det är marginellt, är de medarbetare som provade *Stödsamtal*. Behandlarna som gav stödsamtal kunde se att vissa saker till och med blev bättre av att besöket utfördes på distans istället för på plats. Exempel som nämndes var att patienter som glömt bort tiden kunde ha besöket

ändå genom att behandlarna ringde upp patienten. Eftersom patienten bara skulle logga in på datorn och inte ta sig till mottagningen kunde besöket genomföras. Flera nämner att besöket av olika anledningar inte hade blivit av om det inte skett på distans.

Vi hade fått ställa in annars då hon var fysiskt sjuk.

Skulle patienten komma hit hade samtalet blivit inställt. Hade troligtvis blivit telefonsamtal (som jag nästan alltid säger är ett alternativ till att avboka eller utebli). Men med bild kändes det ännu bättre än telefon.

Patienten hade missat tiden men kunde ta besöket i ett rum på skolan.

Andra fördelar som nämndes var att patienten var mer avslappnad än annars, att det öppnades upp för andra samtalsämnen samt att patienten slapp gå ifrån arbetet tidigare vilket gjorde patienten mindre stressad. På frågan om det fanns något som gjorde samtalet sämre för att det utfördes på distans nämndes att man inte kunde rita och skriva i samband med besöket samt att de tekniska avbrotten gjorde att besöket blev lite hackigt.

Det hade varit lättare för mig på plats eftersom jag då kan skriva och rita. Vet inte om det faktiskt blev sämre av att inte kunna göra det.

De behandlare som provade *Motiverande samtal* lyfter särskilt fram att patienten befann sig i sin hemmiljö som en fördel, eftersom det gjorde dem mer avslappnade. Att kunna vara kvar hemma innebär även en ökad tillgänglighet för patienterna.

Patienten var avslappnad, satt i sin egen soffa som hen alltid sitter i, "hemmasittare". Var mer öppen, upplevde att patienten pratade mer öppet och ärligt. Vågade säga saker som hen inte benämnt tidigare.

Ett konstruktivt, ambivalent, engagerande möte som resulterade i ett vägval för patienten som hen kände sig trygg med. PS. Har nu haft tre samtal genom videokontakt med denna patient. Ett superverktyg i mötet med denna patient.

Även de behandlare som utförde insatsen *Observation av kommunikation och samspel* tog upp möjligheten att observera i patientens hem som en positiv faktor. Att barnet kunde befinna sig i sin trygga hemmiljö upplevdes som positivt. De tyckte även att det gav mer avslappnade föräldrar. Eftersom barnet var i sin hemmiljö var upplevelsen att det blev minsta möjliga störning på den kommunikation som skulle observeras. En åsikt var att det blev en mer "äkta" bild eftersom behandlarna inte var där och

”störde” barnet. Samtidigt gavs möjlighet att guida båda föräldrar samtidigt i en naturlig samspelssituation i hemmet.

Det fanns även utmaningar med att ge insatsen på distans. Till exempel var upplevelsen att man som behandlare inte kunde agera ”lekare” och språk-/samtalsmodell på samma sätt som om besöket hade skett på plats. Behandlaren fick en mer tillbakadragen roll vid besök på distans. Det upptäcktes även en viss svårighet i att fånga upp icke-språkliga signaler samt att det ibland kunde vara svårt att höra/tolka barn med talsvårigheter.

Svårare att fånga upp icke-språkliga signaler som gör det tydligare med turtagning. Det händer oftare att man pratar i munnen på varandra.

Sämre struktur och fokus för barnet.

Samtidigt upplevdes föräldrarna bli mer delaktiga och aktiva mot barnet än vid möten på plats när behandlaren fick en mer passiv roll. Många uttryckte att observation på distans är ett bra alternativ om tekniken fungerar och att distansmöte skulle kunna användas vid många tillfällen men inte alltid.

Detta vill jag göra mycket! Fler och fler möjligheter dyker upp i huvudet. Jag tror jag skulle kunna använda detta vid många tillfällen.

Behandlarna som utförde *Hjälpmedeluppföljning* lyfte fram att besöket gick fortare än om insatsen hade utförts på plats samt att patienten kunde få en tid för behandling tidigare än om behandlaren skulle åka till patienten för samma insats.

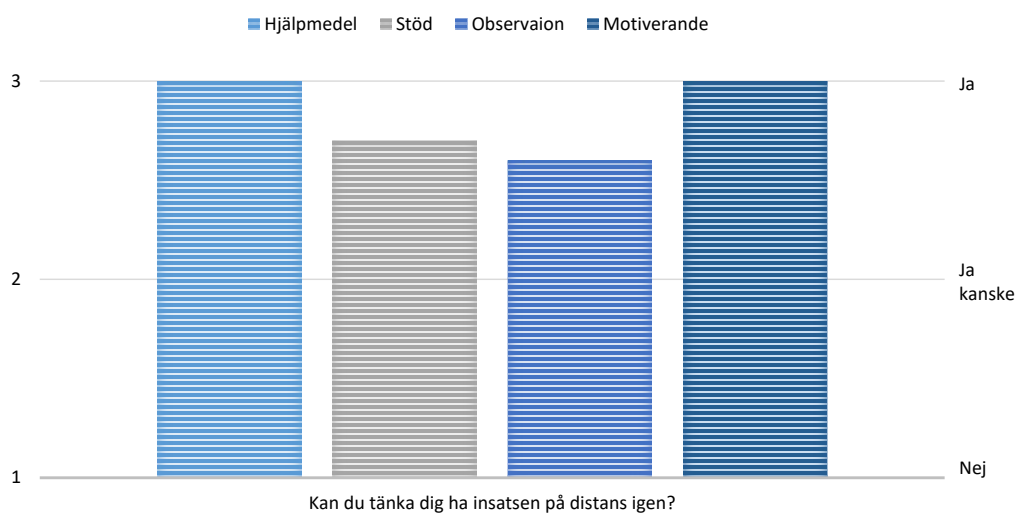
Mer fokus och tydlighet på vad som följdes upp. Familjen mer delaktig i att själva justera på hjälpmedlet.

Som nämns i citatet ovan var en uppfattning att både barn och föräldrar blev mer delaktiga vid besök på distans. Ett ökat fokus på uppgiften samt en tydlighet i vad som skulle göras ansågs bidra till den positiva upplevelsen. Hos denna grupp behandlare var det framför allt tid och tillgänglighet som nämndes som positivt. Vid frågan om vad som gjorde insatsen sämre för att den utfördes på distans jämfört med på plats framkom begränsningen i att inte kunna använda sina händer och kunna känna hur väl hjälpmedlet passade barnet. Behandlarna behövde förlita sig på vad de såg och/eller föräldrarnas bedömning utifrån guidning. Det nämndes även begränsningar i hur mycket man egentligen kunde se via video. De begränsningar som framkommer kan anses förväntade vid distansuppföljning

av icke kognitiva hjälpmedel där exempelvis positionering behöver bedömas eller åtgärdas.

### Patienternas upplevelse

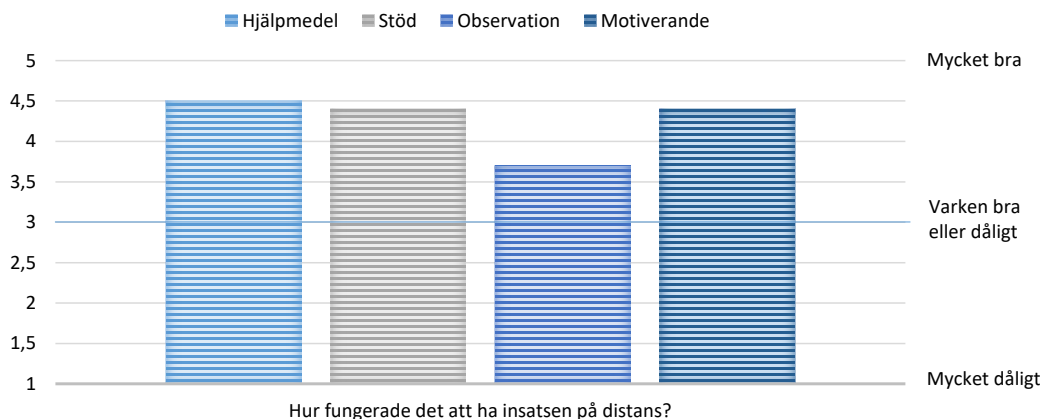
Även patienterna fick utvärdera hur de upplevde insatsen på distans i sin helhet. En fråga var om de kunde tänka sig att ha aktuell insats på distans igen. Resultatet visade att patienterna är generellt positiva till detta, se Figur 10 nedan.



**Figur 10.** Patienternas syn på behandling på distans i framtiden, medelvärden skala 1-3 (1=Nej, 3=Ja) (n=47).

Som diagrammet visar kan de flesta av patienterna tänka sig att ha aktuell insats på distans igen, vilket tyder på att distansmöte är något habiliteringen bör kunna erbjuda sina patienter. För de patienter som provat *Hjälpmedelsuppföljning* och *Motiverade samtal* så är samtliga som svarat på utvärderingen positiva till att ha denna typ av insats på distans igen.

Patienterna fick även frågan om hur de tyckte att det fungerade att ha aktuell insats på distans. Resultatet redovisas i Figur 11 nedan.



**Figur 11.** Patienternas upplevelse av insatsen i sin helhet, medelvärden skala 1-5 (1=mycket dåligt, 5=mycket bra) (n=46). Stöd=Stödsamtal

Resultatet visar att patienterna generellt tycker att det fungerade bra att ha aktuell insats på distans, medelvärde 3,7–4,5. Dock finns variationer beroende på vilken insats det gäller. Det som utmärker sig är att de patienter som haft *Observation av kommunikation och samspel* är mindre positiva än de övriga, de skattade i genomsnitt 3,7. Utmaningar som nämndes vid denna insats är bland annat upplevelsen av att barnet hade sämre fokus samt att föräldern fick styra mycket i besöket vilket inte blev detsamma som när de träffar behandlaren på mottagningen.

Svårt med fokus för barnet, mycket annat att göra hemma.

Jag som vuxen styr och vägleder min son vilket inte sker i vanligt möte där han träffar behandlare själv.

Det fanns även positiva upplevelser av insatsen. Till exempel upplevdes det bli mindre stress och oro för barnet som är trygg i sin hemmiljö.

Mindre stress och oro för sonen, tjänar tid. Minskar antalet besök på rehabiliteringen/sjukhus med flera. Minskad risk för infektioner på grund av nedsatt immunförsvar.

Det är intressant att jämföra patienternas upplevelse med behandlarnas kring denna insats, där behandlarna tyckte att det fungerade något bättre än vad patienterna tyckte. En förklaring till detta kan vara att patienter och behandlare hade olika syn på syftet med besöket. Behandlaren såg sannolikt tillfället som en observation medan patienten kanske mer såg det som ett tillfälle för träning med behandlaren och därför upplevde att denna inte var lika aktiv vid besök på distans som vid besök på plats.



De patienter som provade *Stödsamtal* menade att en stor fördel med att ha behandling på distans istället för på plats var att de inte behövde ta sig till habiliteringen. Många kommenterade att de inte kunnat ha besöket om det inte utförts på distans på grund av sjukdom eller bristande ork att ta sig utanför hemmet. Flera nämnde att de slapp ett stressande moment genom att inte behöva förflytta sig. Upplevelsen av stress och bristande ork är vanligt förekommande vid de diagnoser som finns representerade bland habiliteringens patienter. Därför kan just minskad stress vara av speciellt stor vikt inom denna verksamhet där många besök avbokas eller patienter uteblir på grund av stress, bristande ork eller dåligt mående.

Sparar restid, pengar och så vidare. Även bra om man, som jag just nu, är lite sjuk. Hade kanske inte orkat komma fysiskt men nu kunde jag närvara ändå.

Slipper stressa runt. Beställa taxi, komma i tid. Blir en mindre process. Positivt efter jobbet.

Patienterna kunde inte se några direkta nackdelar med att ha besöket på distans istället för på plats. Dock nämns ett fåtal, till exempel bristen i att inte kunna läsa av kroppsspråket hos varandra och att det kan upplevas som opersonligt. En annan nackdel som nämns är svårigheten i att hitta ett avskilt rum.

Flera av patienterna framhåller att det är viktigt att ses på plats också. Anledningen till detta kan vara att det inte känns bekvämt att prata om allt på distans och att det är viktigt att ses för att bibehålla/skapa en trygg relation till sin behandlare.

Jag tror möte på distans kan vara ett bra komplement till vanliga möten. Jag hade inte velat ersätta dem helt dock.

Patienterna som provat *Motiverande samtal* såg fördelar som att de sparade både tid och pengar på att mötas på distans. Flera nämnde fördelen med att inte behöva gå ifrån jobbet för att åka till habiliteringen och att det skapade mindre stress.

Det var mycket enklare för mig att inte behöva lämna hemmet. Det brukar ta väldigt mycket energi för mig att ta mig till Vuxenhabiliteringen.

Man kan visa uppgifter man har fått med sig hem. Man behöver inte bli irriterad på att behöva gå upp och göra sig klar lika tidigt eller bli sur på dåligt väder. Sparar energi vilket kan leda till bättre humör och ett bättre samtal.

Jag tycker att det är bra för man kan boka in en tid som passar i min vardag.

På frågan om de såg några nackdelar med att ha besöket på distans svarade många av patienterna att de inte såg några nackdelar. Några av patienterna uttrycker dock att kontakten försämrades vid besök på distans jämfört med på plats.

Personligen tycker jag att det är lättare att prata om saker ansikte till ansikte i samma rum.

De patienter som provat *Hjälpmiddelsuppföljning* nämnde flera fördelar med att ha uppföljningen på distans. Till exempel att småsaker kunde lösas smidigt genom att patienten enkelt kunde göra en felbeskrivning via video och behandlaren kunde identifiera vad som behövde åtgärdas. Det gjorde att problemet kunde lösas snabbare och det blev ett fysiskt möte mindre än vad det annars hade blivit.

Jag hade jättebra känsla efter samtalet. Var chockad att det var så lätt. Trodde det skulle bli svårare att visa vad som var problemet men det gick jättebra. Jag var glad att ni har kommit på en sådan idé att man kan göra detta. Jag håller tummarna att vi kan fortsätta ha videosamtalet.

Allt flöt bra. Bättre än förväntat. Hoppas detta får fortsätta! Jag behöver ej VAB:a vilket är bra. Vill ha många fler besök via videolänk.

Man kan visa vad som är fel på hjälpmedlet och behöver inte åka till [behandlaren] med alla hjälpmedlen. Ibland är det svårt att bara förklara med ord vad problemet är men med videomöte kan man även visa. Ibland kan vi då lösa problemet direkt på distans eller så vet [behandlaren] vad hon ska beställa för att det ska gå och laga.

På frågan om vilka nackdelar patienterna kunde se med att ha insatsen på distans istället för på plats nämndes att det kan vara svårt att visa det behandlaren behöver se med kameran. Det framkom även att det kunde vara svårt att följa upp alla typer av hjälpmedel och att visa från alla vinklar.

Den gemensamma upplevelsen hos både patienter och behandlare är att behandling på distans är ett bra komplement till behandling på plats. Behandling på distans kan bidra till att spara restid, antingen för behandlaren eller patienten. En annan viktig aspekt som nämns är upplevelsen av att det sparar patientens energi då de inte behöver avbryta sin vardag och ta sig till rehabiliteringen. En annan tydlig fördel är att besök

som annars hade avbokats eller patienter uteblivit från kunde genomföras just på grund av att de utfördes på distans.

Tydligt är att både patienter och behandlare tycker att aktuella insatser fungerar att ge på distans. Dock finns en tydlig åsikt från patienter om att en kombination av möten på plats och möten på distans är att föredra. Många uttrycker att den personliga kontakten är viktig och vill inte enbart ha distansmöten.

## **5. Diskussion**

Resultatet av denna studie visar en genomgående positiv upplevelse av rehabiliterande och habiliterande insatser på distans hos både patienter och behandlare. Det blir tydligt att det finns ett behov av att kunna få insatser på distans, men även att distansbesök bör ses som ett komplement till besök på plats och inte helt ersätta dem. De stora fördelar som framkommer gäller främst för patienterna och handlar om ökad tillgänglighet, tidsbesparing och möjligheten att få vara i sin trygga hemmiljö. De största utmaningarna med distansmöte handlar om att få in det nya arbetssättet i sitt dagliga arbete och att erbjuda det som komplement till patienterna. Det är även av stor vikt att både patienter och behandlare har tillgång till tillförlitlig teknik.

### **5.1 Utmaningar**

Utmaningar som blir tydliga är svårigheten för behandlarna att få in behandling på distans som en naturlig del i sitt arbete. Behandlarna tycks ha haft svårt för att motivera sina patienter till att prova behandling på distans. Möjligen beror detta på en osäkerhet hos några av de medverkande behandlarna i att använda denna metod, samt en osäkerhet då det gäller tekniken. Tekniken har upplevts som opålitlig och detta har bidragit till att några behandlare känt en tveksamhet till att fortsätta erbjuda behandling på distans.

I Lundströms (2006) studie konstaterades att det på distans var svårt att guida patienter som hade stora språkiga eller kognitiva svårigheter. I denna studie förekom inte detta problem, vilket troligen beror på att de patienter som fick möjlighet att prova behandling på distans blev särskilt utvalda av sin behandlare utifrån lämplighet. Insatser på distans erbjöds helt enkelt inte till patienter med dessa funktionsnedsättningar i så stor utsträckning.

Gard och Melander Wikman (2012) beskriver att en annan utmaning för att få behandling på distans att fungera är att patienten måste ha tillgång till internet och uppdaterad digital teknik. Som konstaterades i bakgrunden, har personer med funktionsnedsättning tillgång till denna teknik i mindre utsträckning än övriga befolkningen. Resultaten pekar på liknande begränsningar där några patienter framför allt hade för gammal teknik som inte fungerade tillsammans med det program som användes för behandling på distans. Behandlarna uttryckte även en utmaning i att ge patienterna tillräckligt tydliga och strukturerade instruktioner för att de skulle klara att logga in på egen hand, detta gällde framför allt patienter med kognitiva svårigheter. Även Gardelli (2004) beskriver tekniken som ett hinder då den inte alltid är användarvänlig för personer med funktionsnedsättning. Det finns en risk att behandlaren får agera första linjens teknisksupport för patienterna istället för att ägna sig åt behandlande arbete. Detta i kombination med opålitlig teknik kan skapa en osäkerhet hos både patienter och behandlare och bidra till att behandling på distans helt undviks eller erbjuds i mindre utsträckning.

Resultatet visar även att alla typer av behandlingar inte är lämpliga att utföra på distans. Ett sådant exempel är när behandlaren behöver guida och bedöma med hjälp av sina händer och då det visuella inte är tillräckligt, som till exempel vid vissa hjälpmedelsuppföljningar och uppföljningar av hemträningsprogram. Det framkommer även att vissa stödsamtal upplevs som mer bekväma att ha på plats istället för på distans. Liknande begränsningar gällande hands-on och att uppfatta alla kommunikativa signaler ses i Gards m.fl. (2012) studie där det utfördes axelrehabilitering på distans samt i Petersons m.fl. (2017) studie om TBA-behandling på distans. Denna insikt är viktig att ha med sig vid en eventuell implementering och tyder på att allt inte kan utföras och bedömas på distans. En del, men inte alla, besök som kräver hands-on eller annan personlig kontakt kan alltså ersättas med ett distansbesök och bör ses som ett komplement till besök på plats.

## **5.2 Möjligheter**

I utvärderingen med både behandlare och patienter framkommer det att insatserna upplevs som mer tillgängliga för patienten då de sker på distans. Flertalet patienter nämner att besök som de i vanliga fall hade avbokad eller uteblivit från kunde bli av eftersom de utfördes på distans. De beskriver att hinder som uppkommer i vardagen inte påverkar ett distansmöte lika mycket som det påverkar ett besök på plats. Även behandlarna upplever färre uteblivna besök, detta främst för att besöken kunde bli av trots att patienten glömt tiden eller blivit sjuk. Liknande

resultat sågs i Lundströms (2006) studie där endast 2 % av distansbesöken ställdes in i jämförelse med de 10-15 % som ställdes in då behandlingen var på mottagningen. Ett av habiliteringens mål för 2019-2020 är att minska antalet uteblivna besök och öka tillgängligheten för patienterna. Att använda sig av mer distansmöte skulle kunna vara en del av habiliteringens arbetssätt och användas som ett komplement till besök på plats och därmed bidra till att nå målet.

Resultatet i flertalet studier (Lundström, 2006; Gard m.fl., 2012; Sehlin m.fl., 2018; Peterson m.fl., 2017) visar att patienterna framför allt var nöjda med att inte behöva resa till mottagningen, att det ökade patienternas självständighet och att det inte krävdes lika mycket frånvaro från arbetet, varken för patienter eller deras närstående. Just tidsbesparingen sågs som väldigt positivt av framför allt patienter men även av behandlare. Behandlare som slapp restid hade möjlighet att träffa fler patienter och kunde ofta erbjuda kortare väntetid för besök. Detta innebär en mer tillgänglig vård för patienterna, vilket ligger i linje med Petersons m.fl. (2017) studie där barn med autism fick TBA-behandling i hemmet på distans. Att insatsen gavs på distans innebär att fler barn fick möjlighet till behandling.

Resultatet visar att både behandlare och patienter såg en fördel med att patienten kunde befinna sig i sin hemmiljö under behandlingen. Patienterna var mer bekväma och mindre stressade när de var hemma. Att få möjlighet att observera patienterna i sin hemmiljö och att patienterna slapp ett stressande moment i form av miljöombyte sågs som positivt från behandlarnas sida. Detta överensstämmer med Petersons m.fl. (2017) studie där man såg liknande fördelar med att ge behandling i hemmiljö.

## **6. Slutsatser**

Syftet är att undersöka förutsättningar för olika behandlingsinsatser på distans. Resultatet visar att samtliga av de insatser som provades fungerar bra att genomföra på distans och att både behandlare och patienter är positiva till att möjligheten finns. Det är dock av stor vikt att arbetssättet används personcentrerat och utifrån patientens önskemål och behov. Inte alla patienter ser fördelarna med behandling på distans, men det är viktigt att alla erbjuds möjligheten på ett likvärdigt sätt.

Det kan konstateras att fördelarna med behandling på distans för patienterna handlar om ökad tillgänglighet, tidsbesparing och att kunna vara kvar i sin hemmiljö. För behandlarna utgör distansmöte en möjlighet som kan förenkla och effektivisera arbetet och ur verksamhetsperspektiv kan behandling på distans minska andelen avbokningar och uteblivna

besök, samt i viss utsträckning minska tidsanvändningen i samband med hembesök.

Det finns även utmaningar förknippade med behandling på distans. Som framgick av resultatet var det svårt för behandlarna att boka in behandling på distans. Detta tyder på att det krävs en omställning hos både behandlare och patienter för att andelen behandlingar på distans ska öka. För behandlarna handlar det om att se behandling på distans som en möjlighet och att göra det till en naturlig del av arbetssättet där vissa möten planeras på distans, för patienterna om att våga prova ett nytt sätt att få stöd från habiliteringen. Det är tydligt att behandling på distans kan fungera som ett komplement, men inte helt ersätta behandling på plats. Patienterna betonar att de vill ha en kombination av dem båda.

Den största utmaningen handlar om teknikens tillförlitlighet. Distansmöten kräver både en fungerande teknik och att patienterna har tillgång till bra internetanslutning och rätt webbläsare. Resultaten visar att svårigheter med tekniken både leder till att behandlarna får ägna tiden åt första linjens support snarare än behandling och att det uppstår en osäkerhet som kan bidra till en minskad vilja och motivation att använda distansmöten för behandling fortsättningsvis.

Med rätt förutsättningar för behandling på distans är det möjligt att erbjuda ett välfungerande alternativt arbetssätt för både patienter och behandlare och på så sätt bidra till utvecklingen av e-hälsa inom habiliteringen.

## **7. Implementering**

Studien visar tydligt att rehabilitering och habilitering på distans är en möjlighet som behöver finnas inom habiliteringen fortsättningsvis, både för att möta patienternas behov och för att habiliteringens resurser ska räcka till för alla. För att detta ska kunna implementeras krävs:

- Tillgång till en stabil, tillförlitlig teknik
- Kunskap i att hantera tekniken
- Distansmöte som en tydlig del i arbetssättet och planeringen av insatser till patienter

## Referenser

Cuijpers, P. & van Straten, A. (2008). Internet-administrated cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 169-177.

eHälsomyndigheten (2018) *Vad är e-hälsa?*  
<https://www.ehalsomyndigheten.se/om-oss/vad-ar-e-halsa/> Uppgift hämtad: 2018-05-09.

Gard, G. & Melander Wikman, A. (2012). *E-hälsa – innovationer, metoder, interventioner och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Gardelli, Å. (2004). *"Det handlar om ett värdigt liv": människor med funktionshinder införlivar IKT i sina vardagliga liv*. (Doktorsavhandling. Institutionen för konst, kommunikation och lärande, Pedagogik språk och Ämnesdidaktik. Luleås tekniska universitet).

Lundström, M. (2006). *Telemedicin som redskap i logopedisk rehabilitering*. Äldrecentrum Västerbotten. Rapport 2006:5.

Myndigheten för delaktighet (2018). *Tillgänglighet i korthet*.  
<http://www.mfd.se/delaktighet/tillganglighet-i-korthet/> Uppgift hämtad: 2018-05-09.

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is e-Health (3): Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1): 1-12.

Olsson, S. (2006). E-hälsa inom EU Från forskning till policy. *Läkartidningen*, 15-16(103): 1197-1201. Uppgift hämtad: 2018-03-01.

Peterson, K. M., Piazza, C. C., Luczynski, K. C. & Fisher, W. W. (2017). Virtual-Care Delivery of Applied-Behavior-Analysis Services to Children With Autism Spectrum Disorder and Related Conditions. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17(4): 286-297.

Regeringen & Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017). *Vision e-hälsa 2020*. Regeringskansliet, Socialdepartementet.

Region Skåne (2016). *e-hälsostrategi för Region Skåne år 2016-2020*. Region Skånes offentliga protokoll. <https://www.skane.se> Uppgift hämtad: 2018-03-14.

Sehlin, H., Hedman Ahlström, B., Andersson, G. & Wentz, E. (2018). Experiences of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorder - a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18(1): 15.

Socialstyrelsen (2018). *Det här är e-hälsa*. <https://www.ehalsomyndigheten.se/om-oss/vad-ar-e-halsa/>. Uppgift hämtad: 2018-03-01.

Svenskarna och internet (2016). *En årlig studie om svenskarnas internetvanor*. Hämtad från: <http://www.soi2016.se/allmant-om-internetutvecklingen/tillgang-till-internet/> Uppgift hämtad: 2018-03-02.



# Bilagor

## Bilaga 1. Information till patienter

### Habilitering och hjälpmedel Forsknings- och utvecklingsenheten



#### Information om studien *Habilitering och rehabilitering på distans*

Habilitering och hjälpmedelsförvaltningen genomför för närvarande en undersökning om habilitering och rehabilitering på distans. Syftet är att prova och utvärdera olika insatser som genomförs med hjälp av digital teknik för att se vilka möjligheter och svårigheter det medför. Undersökningen genomförs som ett led i att utveckla och förbättra habiliteringsverksamheten med stöd av forsknings- och utvecklingsenheten.

Om du väljer att medverka i studien får du samma stöd och behandling på distans som du skulle fått på plats på habiliteringens mottagning. Det du behöver göra är att svara på några frågor efteråt och berätta hur du upplevde det. Frågorna och frankerat svarskuvert finns med i det här brevet.

Dina svar går direkt till forsknings- och utvecklingsenheten och din behandlare kommer inte att se dem. När du berättar för oss vad du tycker om oss hjälper du till att förändra och förbättra vår verksamhet.

Det är helt frivilligt att delta. I rapporten om undersökningen kan ingen se vem som svarat på frågorna eller vem som har svarat vad. Hör gärna av dig till oss om du har några frågor om undersökningen.

Med vänliga hälsningar

**Åsa Waldo**  
(projektansvarig och handledare vid Fou-enheten)  
[Åsa.Waldo@skane.se](mailto:Åsa.Waldo@skane.se)  
040-675 36 28

**Madeleine Persson**  
(arbetsterapeut, projektmedarbetare)  
[Madeleine.D.Persson@skane.se](mailto:Madeleine.D.Persson@skane.se)  
042-169143

**Johanna Svensson**  
(fysioterapeut, projektmedarbetare)  
[Johanna.Svensson@skane.se](mailto:Johanna.Svensson@skane.se)  
0431-58 58 28

Mer information om forskning och utveckling vid Habilitering och hjälpmedel i Region Skåne finns på vår webbplats: <https://vard.skane.se/habilitering-och-hjalpmedel/om-oss/>  
Rapporter från andra undersökningar finns publicerade på Region Skånes webbplats för vårdgivare: <https://vardgivare.skane.se/vardnklarlinjer/habilitering/fou-rapporter/>

Postadress: 291 89 Kristianstad  
Besöksadress: Rådhus Skåne, Västra Storgatan 12, Kristianstad  
Organisationsnummer: 23 21 00-0255  
Telefon: 040-33 30 00 - Fax: 044-309 32 98  
[skane.se/habilitering](http://skane.se/habilitering)

## Bilaga 2. Frågeformulär behandlare

### Utvärdering av Habilitering och rehabilitering på distans

För att veta om och när [aktuell insats] på distans är ett bra alternativ är det viktigt att ta reda på både patienternas och behandlarnas upplevelse av det. Dina svar är viktiga för oss! Vänligen besvara ett formulär per patient.

#### Teknik

1. Hur fungerade ljudet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

2. Hur fungerade bilden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

3. Hur fungerade det att logga in?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

4. Hur fungerade det att starta videomötet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

Synpunkter på tekniken:

---

---

---

---

---

### Kommunikation och samspel

1. Hur fungerade det att samtala med patienten och/eller närstående?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

2. Hur fungerade det att ge instruktioner?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

3. Hur fungerade samspelet (t.ex. turtagning och ögonkontakt)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

4. Hur fungerade relationen till patienten (t.ex. tillit och stämning)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

Synpunkter på kommunikation och samspel:

---

---

---

---

---

### Behandling

1. Hur fungerade det att ha [aktuell insats] på distans?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

2. Var det något som gjorde [aktuell insats] bättre än om den hade genomförts på plats?

---

---

---

---

---

3. Var det något som gjorde [aktuell insats] sämre än om den hade genomförts på plats?

---

---

---

---

---

## Tid

1. Sparade du restid på att [aktuell insats] gjordes på distans?

Nej Ja lite Ja mycket

2. Hur påverkades tiden för att förbereda insatsen av att den gjordes på distans istället för på plats?

Tog mycket mer tid Tog lite mer tid Tog lika lång tid Tog lite mindre tid Tog mycket mindre tid

3. Hur påverkades tiden för att genomföra insatsen av att den gjordes på distans istället för på plats?

Tog mycket mer tid Tog lite mer tid Tog lika lång tid Tog lite mindre tid Tog mycket mindre tid

Synpunkter på tid:

---

---

---

---

Övriga kommentarer:

---

---

---

---

---

Stort tack för din medverkan!

## Bilaga 3. Frågeformulär patienter

### Habilitering och hjälpmedel Forsknings- och utvecklingsenheten



#### Utvärdering av [Aktuell insats] på distans

För att veta om och när habilitering och rehabilitering på distans är ett bra alternativ är det viktigt att ta reda på hur du som patient upplever det. Dina svar är viktiga för oss!

##### Tekniken

1. Hur fungerade det att logga in via länken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket Dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

2. Hur fungerade ljudet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

3. Hur fungerade bilden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

4. Vad använde du?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dator	Surplatta	Mobil

Synpunkter på tekniken:

---

---

---

---

## Kommunikationen

1. Hur fungerade det att prata med din behandlare på distans?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

2. Hur fungerade det att förstå din behandlare?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

3. Hur fungerade det att göra dig förstådd för behandlaren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Varken bra eller dåligt	Ganska bra	Mycket bra

4. Pratade ni i mun på varandra?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja lite	Ja mycket

5. Var det svårt att veta när du skulle prata?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja lite	Ja mycket

6. Kändes det stelt att mötas på distans?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja lite	Ja mycket

Synpunkter på kommunikationen:

---

---

---

---

### Tillgängligheten

1. Sparade du restid på att mötas på distans?

Nej Ja lite Ja mycket

2. Underlättade det för dig att mötas på distans?

Nej Ja lite Ja mycket

Synpunkter på tillgängligheten:

---

---

---

---

### Helheten

1. Hur fungerade det att ha [aktuell insats] på distans?

Mycket Ganska Varken bra Ganska Mycket  
dåligt dåligt eller dåligt bra bra

2. Vilka fördelar ser du med att [aktuell insats] gjordes på distans?

---

---

---

---



3. Vilka nackdelar ser du med att [aktuell insats] gjordes på distans?

---

---

---

---

4. Kan du tänka dig att möta din behandlare på distans igen?

Nej       Kanske       Ja

Övriga kommentarer:

---

---

---

---

---

---

Stort tack för din medverkan!