



**PATIENTERS UPPLEVELSER OCH ERFARENHETER AV
DIGITALA VÅRDTJÄNSTER**

En litteraturöversikt

**PATIENTS' EXPERIENCES OF DIGITAL HEALTH CARE
SERVICES**

A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum:

Kurs: V20SK

Författare: Elin Dahlen

Författare: Alexander Larsson Vierth

Handledare: Eleni Siouta

Examinator: Louise Eulau

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Vården är i en pågående förändringsprocess mot att bli mer digital. Digitaliseringen öppnar upp nya sätt för sjuksköterskor och patienter att samspela på. Digitala vårdtjänster ökar i omfattning och vårdmiljön förändras. Sjuksköterskan bär ett ansvar över att tekniken inte äventyrar patientsäkerheten och att arbetet med personcentrerad omvårdnad bevaras.

Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelser och erfarenheter av digitala vårdtjänster.

Metod

Denna icke-systematiska litteraturoversikt har baserats på 15 vetenskapliga artiklar med kvalitativ, kvantitativ och mixad design. Datainsamlingen har genomförts i databaserna CINAHL och PubMed. De vetenskapliga artiklarna har kvalitetsgranskats utifrån Sophiahemmets högskolas bedömningsunderlag och därefter genomgått en integrerad analys.

Resultat

Fyra huvudkategorier har identifierats: *upplevelser av ökad tillgänglighet, upplevelser av digitala relationer till vårdpersonal, upplevelser av ökad egenvård* samt *upplevelser av tekniken*. Under dessa framkom åtta underkategorier: tidsaspekter och resekostnader, mindre inverkan i dagliga livet, funktionsnedsättningar, det visuella mötet, känslomässigt stöd, användarvänlighet, sekretess och privatliv, samt tekniska begränsningar. Patienterna upplevde att digitala vårdtjänster var logistiskt praktiska och ekonomiskt fördelaktiga jämfört med fysiska besök. Många uppskattade fördelarna med olika informationskanaler, som ökade känslan av en individanpassad kontakt med hälso- och sjukvården och bidrog till ökad egenvård. De flesta patienter upplevde de digitala vårdtjänsterna som lätta att hantera, med undantag för utsatta grupper i samhället som behöver särskilda insatser för att kunna tillgodogöra sig de digitala vårdtjänsternas innehåll.

Slutsats

Digitala vårdtjänster kan bidra till att vården blir mer jämlik. Fler patienter kan få tillgång till samma typ av vård. Mer kunskap och utveckling krävs för att tjänsterna ska kunna nyttjas av fler människor. För att säkerställa att tjänsterna håller en likvärdig kvalitet som den konventionella hälso- och sjukvården, behöver satsningar göras för att vården ska bedrivas personcentrerad och för att kvalitetssäkra tekniken. Digital kompetens krävs av sjuksköterskan som måste säkerhetsställa att den digitala vården går i linje med personcentrerad omvårdnad.

Nyckelord: E-hälsa, digitala vårdtjänster, patientupplevelser, personcentrerad omvårdnad

ABSTRACT

Background

Healthcare services are moving toward digitalization. The digitalization of healthcare has expanded the interaction between patients and nurses. Digital healthcare is growing and the healthcare environment is changing. Person centered care is a core factor in the nurse profession and has to be preserved throughout the digitalization of healthcare services.

Aim

The purpose is to examine the patient experience of digital health care.

Method

This non-systematic literature review examined 15 scientific articles; quantitative, qualitative and mixed method studies were included. The scientific articles are based on database search results from PubMed and CINAHL. After an examining the quality of included articles regarding the Sophiahemmet university assessment basis, an integrated analysis was implemented.

Results

Four main categories were identified: *experiences of improved accessibility, experiences of digital relations to healthcare professionals, experiences of increased self-care, experiences of technology*. Within these, eight subcategories emerged: time and travel expenses, less impact in daily life, disabilities, the eye-to-eye meeting, emotional support, ease of use, secrecy and privacy, and technical limitations. Patients acknowledged practical implications and economical benefits compared to physical encounters with healthcare providers. Many appreciated benefits of different types of digital information, with availability of personalized contact with healthcare professionals and self care. Most patients experienced ease of use when consulting digital healthcare, with the exception being exposed groups who need specialized effort from healthcare providers to assimilate digital healthcare.

Conclusions

Digital healthcare can contribute to increasing equality within the healthcare system. More patients can have access to corresponding healthcare. More knowledge and development is needed for services to be used by a wider audience. Ensuring that the services match conventional healthcare services regarding quality, investments are needed for the continuation of person centered care and quality assurance regarding technology. Digital competence is required of the nurse, who must ensure that digital care is in line with person-centered nursing.

Keywords: Ehealth, digital healthcare services, patient experience, person-centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Digitalisering av vården	1
E-hälsa	2
Digitala vårdtjänster	3
Sjuksköterskans profession	4
Sjuksköterskans arbete med e-hälsa	5
Teoretisk utgångspunkt – Personcentrerad omvårdnad	5
Problemformulering	6
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	7
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Upplevelser av ökad tillgänglighet	12
Upplevelser av digitala relationer med vårdpersonal	14
Upplevelser av ökad egenvård	16
Upplevelser av tekniken	17
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	24
Slutsats	26
REFERENSER	28
BILAGA A-B	

INLEDNING

Världen digitaliseras och användandet av tekniken har idag en självklar plats i vår vardag, så även inom hälso- och sjukvården. Övergången till en allt mer digital vård är en ständigt pågående process och anses nödvändig för att sjukvården ska mäkta med den ökade arbetsbelastning som förväntas (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2021). E-hälsa är användandet av digitala verktyg och digitalt utbyte av information för att uppnå och bibehålla hälsa (Socialstyrelsen, 2018a). Digitaliseringen har öppnat upp nya sätt för oss människor att samspela på, mänskliga möten sker på fler sätt än det traditionella fysiska mötet. Ett utökat användande av digitala vårdtjänster gör att sjuksköterska och patient kan mötas på nya plattformar. Därifrån väcktes intresset av att göra en litteraturöversikt och sammanställa kunskap kring hur patienterna upplever vården när den ges digitalt. En utökad kunskap kring patienternas upplevelser kan ge sjuksköterskan bättre förutsättningar att fortsätta ge en god personcentrerad omvårdnad i en föränderlig vårdmiljö.

BAKGRUND

Digitalisering i vården

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30) 1 kap. 1 § definieras hälso- och sjukvård som "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". Demografiska förändringar som att människor blir allt äldre och en ökning av antal människor som lever med kroniska sjukdomar leder till en obalans mellan vårdens kapacitet och antalet människor i behov av vård (Gjellebæk et al., 2020; SKR, 2021). För att möta utmaningarna och åstadkomma en hållbar utveckling av hälso- och sjukvården är digitalisering av vården nödvändig (Socialdepartementet, 2016).

Digitalisering är ett omfattande begrepp som används inom många olika områden. Socialdepartementet (2016) förklarar att när man använder begreppet digitalisering i vården syftar det till informations-digitalisering och samhällelig digitalisering. Informations-digitalisering handlar om omvandlingen av analog information till att bli digital och samhällelig digitalisering handlar om implementeringen och den förändring det innebär (Socialdepartementet, 2016). Sveriges regering och SKR beskriver ett fokusskifte på vad digitalisering och e-hälsa handlar om, att man idag talar mer om förmåga till omställning och nytt tänkande i stället för att fokuset ligger på tekniken i sig (Socialdepartementet, 2020). De betonar även att digitaliseringen av vården är en utveckling som kommer att förändra vården i grunden (Socialdepartementet, 2020). Utvecklingen anses nödvändig för att fortsätta det världsomfattande arbetet med att alla människor ska uppnå en så god hälsa som möjligt (World Health Organisation [WHO], 2021). Covid-19 pandemin har påskyndat utvecklingen ytterligare då sjukvården både tvingats utöka användningen av digitala hjälpmedel samt implementera nya (Bokolo, 2021). På global nivå är det WHO som är ledande i arbetet med att digitalisera vården. Europeiska Unionen [EU] har även en ledande nyckelroll i arbetet och flera samarbeten sker på Nordisk nivå (Socialdepartementet, 2016). WHO har presenterat en global strategi för digital hälsa riktade till medlemsländerna med syfte att stärka hälsosystem genom digital hälsoteknik. WHO (2021) uppmanade år 2005 sina medlemsländer att arbeta med att utveckla långsiktiga nationella strategier för implementering och fortsatt utveckling av e-hälsa. Sveriges regering har tillsammans med SKR enats om en vision som de valt att kalla E-hälsa 2025. Visionen strävar efter att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att utnyttja de möjligheter som digitaliseringen medför. Syftet är att förbättra förutsättningarna

till en god och jämlik hälsa och välfärd samt stärka och utveckla de resurser människor har till ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet (Socialdepartementet, 2016).

Informations- och kommunikationsteknologi

Ett vanligt förekommande begrepp utifrån digitalisering inom vården är informations- och kommunikationsteknologi (IKT). IKT är ett paraplybegrepp som innefattar enheter som mobiltelefoner och datorer med tillhörande program som ger tillgång till elektronisk kommunikation i form av videosamtal, textmeddelanden och flertalet andra metoder som kan användas för att dela information (Schlomann et al., 2020). Internet anses vara en del av IKT, men är ingen fristående enhet eller programvara utan fungerar som ett nätverk av tjänster som nyttjas genom enheterna. Internetbaserade IKT-enheter innefattar smarta mobiltelefoner, läsplattor och datorer då de har en internetuppkoppling som behövs för att nyttja internetbaserade tjänster, medan icke-internetbaserade IKT-enheter innefattar äldre mobiltelefoner och fast telefoni (Schlomann et al., 2020). Enligt Schlomann et al. (2020) ökar internetbaserad IKT möjligheten för användaren att nyttja ett bredare utbud av digitala tjänster än icke-internetbaserad IKT, genom att erbjuda nya funktioner kring deltagande och social interaktion.

E-hälsa

Hälsa definieras som ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande (WHO, u.å.-a). Det finns ingen vedertagen definition för begreppet e-hälsa. WHO (u.å.-b) definierar e-hälsa som kostnadseffektiv och säker användning av IKT för att stödja hälsa och hälsorelaterade områden. Socialstyrelsen (2018a) beskriver att e-hälsa är användandet av digitala verktyg och digitalt utbyte av information för att uppnå och bibehålla hälsa. Den mest citerade definitionen av e-hälsa är Eysenbach's definition (Shaw et al. 2017). Eysenbach (2001) beskriver även han att begreppet e-hälsa innefattar användandet av digital teknik och utveckling men tillägger att användandet av IKT innebär ett nytt sätt att tänka och samverka på för att förbättra sjukvården på olika nivåer. Denna litteraturöversikt utgår vidare från Socialstyrelsens (2018a) definition av e-hälsa.

Shaw et al. (2017) sammanfattar tre huvudområden inom e-hälsa som delas in i kategorierna; *hälsa i våra händer*, *interagera för hälsa* och *data som möjliggör hälsa*. *Hälsa i våra händer* syftar till användningen av e-hälsoteknik för att informera, spåra och övervaka hälsa (Shaw et al. 2017). I den här kategorin ingår mobila enheter som mobiltelefoner, surfplattor, pulsmätare, smartklockor och annan teknisk utrustning. Även enheternas innehåll som är kopplade till e-hälsa ingår i denna kategori, till exempel mobilapplikationer, hemsidor och sociala medier. *Interagera för hälsa* handlar om kommunikation med användning av teknikens hjälp. Både kommunikation mellan hälso- och sjukvården och patienter/klienter samt kommunikation aktörer sinsemellan (Shaw et al. 2017). Chattmeddelanden, videosamtal och telefonsamtal hör till den här kategorin, men även pushnotiser från mobilapplikationer och patientberättelser på dedikerade platser är exempel på digitala kommunikationsvägar. Kategorin *data som möjliggör hälsa* innehåller insamling, hantering och användning av hälsodata (Shaw et al. 2017). Här ryms bland annat journaler, forskning och digitala biomedicinska databanker.

Telemedicin

I över 50 år har yrkesverksamma och forskare inom hälso- och sjukvård undersökt och utvecklat teknologi i syfte att erbjuda hälso- och sjukvård på distans (Institute of medicine, 1996). Samlingsbegreppet för dessa teknologier är telemedicin och definieras som

användandet av IKT för att erbjuda hälso- och sjukvård över geografiskt avstånd som en funktion inom e-hälsan (Institute of medicine, 1996). De tidigaste försöken inom telemedicin genomfördes för att nå allmänheten på geografiskt avlägsna platser, exempelvis önationer, bergsområden och arktiska områden. Fram till början av 80-talet misslyckades dock många försök på grund av knapphändig teknologi och höga kostnader (Institute of medicine, 1996). För att konkurrera med fysiska möten med hälso- och sjukvården och nå en bred acceptans bland allmänheten måste telemedicinen öka tillgängligheten till vård, visa kliniska resultat och vara kostnadseffektiv för både patient och hälso- och sjukvården (Nguyen et al., 2020). Ett av telemedicinens mest vardagliga användningsområden är nationella nödnummer, i Sverige telefonnummer 112 (SOS Alarm, u.å.) som kan användas för att koppla samman allmänheten med sjukvården.

De senaste åren har intresset för och applicerandet av telemedicinens användningsområden ökat nämnvärt, framför allt i användandet av smarta telefoner (Chen et al., 2021). Smarta telefoner är idag mikrodatorer och har utöver de standardiserade samtals- och textmeddelandefunktionerna även kamera, pulsmätare och flertalet andra mätinstrument beroende på tillverkare och modell. De integrerade mätinstrumenten tar upp mindre plats än traditionell laborieutrustning och kan samverka med tredjepartsapplikationer, hälsoappar och annan utrustning. Den information som patienten själv har insamlat om dennes tillstånd kan sedan förmedlas till hälso- och sjukvården (Chen et al., 2021). Fördelen med smarta telefoner är att de kan vara användarvänliga och oftast inte kräver någon förkunskap jämfört med teknik som används inom hälso- och sjukvården idag (Blix & Levay, 2018). Appliceringen av IKT inom dagens hälso- och sjukvård är bred. Även om patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen inte befinner sig i samma rum kan patienten med hjälp av den nya tekniken överföra information om till exempel sin diabetes, sitt blodtryck och hjärtfrekvens. Teledermatologin är ytterligare ett område som utvecklas i snabb takt, där smarta telefoner används för att upptäcka melanom i ett tidigt skede (Rat et al., 2018). Enligt Rat et al. (2018) saknar dock de smarta telefonernas optiska utrustning motsvarande känslighet hos reguljär laborieutrustning som dermoskop och är därför ännu inte ett lika säkert alternativ.

Digitala vårdtjänster

Det finns ett brett utbud av tjänster som ingår i begreppet digitala vårdtjänster. Det innefattar bland annat artificiell intelligens, robottekniker och olika datorsystem som används av personal inom hälso- och sjukvården (Bokolo, 2021). Socialstyrelsen (2018b) har smalnat av begreppet och beskriver att de digitala vårdtjänster som riktar sig till patienter handlar om digitala kommunikationsvägar som sker på distans mellan patient och hälso- och sjukvården. Kommunikationen kan ske både synkront, det vill säga i realtid eller asynkront, med fördröjning (Bokolo, 2021). Det kan till exempel handla om telefonsamtal, videosamtal, chattar, e-postmeddelanden, bildmeddelanden och användning av mobila applikationer (Socialstyrelsen, 2018b). Självmonitorering där patienter mäter och registrerar mätvärden samt datorprogram med artificiell intelligens som kan ge rådgivning är exempel på andra digitala vårdtjänster (SKR, 2021).

Utöver funktionerna som digitala vårdtjänster ger syns även effekterna av digitaliseringen i en bredare kontext (Blix & Levay, 2018). Gemensamt för dessa digitala tjänster inom hälso- och sjukvården är att de idag ger patienten mer makt att övervaka sin hälsa och ökar möjligheten att få preventiv vård (Blix & Levay, 2018). Patientens kunskap om den egna hälsan eller ohälsan ökar och bidrar individstärkande och ökar deltagandet i vården.

Patienten får tillgång till sociala nätverk och kan känna samhörighet med andra individer med snarlik ohälsa. Den ständigt närvarande teknologin gör att människor i allt större utsträckning ställer lika höga krav på den digitala vårdens tillgänglighet som samhällets övriga digitala tjänster. De ska vara ständigt öppna och användarvänliga digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen, 2018b).

Utmaningar med digitala vårdtjänster

Digitala vårdtjänster står idag inför flertalet utmaningar. Ett av dem är att tillgodose adekvat digital vård för den åldrande befolkningens ökande behov av sjukvård i Sverige. Samtidigt befinner sig den äldsta gruppen av vår befolkning, 85+, i riskzonen för digitalt utanförskap, tillsammans med andra individer som lider av kognitiv nedsättning eller andra funktionshinder (Blix & Levay, 2018). Digitala vårdtjänster behöver också tillhandahålla personcentrerad omvårdnad och samtidigt värna om patientsäkerheten i form av sekretess och personlig integritet (Socialdepartementet, 2020). Tillgång till patientuppgifter som kan vara av känslig karaktär är en förutsättning för att bedriva en personcentrerad vård, därför krävs ett ständigt uppdaterat regelverk för att värna om patientsäkerheten och hur patientuppgifterna behandlas i de digitala vårdtjänsterna. De nya kommunikationskanaler som tillkommer behöver följa samma regler som den konventionella fysiska vården, utan risk att utelämnas information eller uppgifter som kan vara avgörande för att bedriva en personcentrerad omvårdnad. Automatiserad digital vård behöver även förbättras för att värna om patientsäkerheten (Borycki, 2019). I grannlandet Norge är uppföljning av diagnostiserade sjukdomstillstånd tillåtet i den digitala vården, medan diagnostisering enbart får äga rum under fysiska undersökningar. Detta gäller dock inte i Sverige, där diagnostisering får ske via digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen, 2018b). Då patientens tekniska förutsättningar är avgörande för att patienten ska få rätt vård, utökas den personcentrerade vården till att innefatta tillhandahållandet av rätt teknisk utrustning till rätt patient. Patientundervisningen behöver hålla patienten uppdaterad i takt med nya tekniska framsteg inom hälso- och sjukvården, vilket faller inom ramen för sjuksköterskans ansvarsområde.

Sjuksköterskans profession

Sjuksköterska är en skyddad yrkestitel, det är endast den som har en legitimation eller särskilt förordnande från Socialstyrelsen som får kalla sig för sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2021). Sjuksköterskans primära ansvar riktar sig till människor som är i behov av omvårdnad, från den enskilde individen till stora populationer (International Council of Nurses [ICN], 2021). Det är sjuksköterskan som leder och är ansvarig för de beslut som fattas i omvårdnadsarbetet som bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Sjuksköterskan ska bedriva en personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad (ICN, 2021). Personcentrerad omvårdnad inom sjuksköterskeprofessionen innebär att arbeta utifrån ett holistiskt synsätt, patienten som person syns mer än sin sjukdom, dennes behov och önskemål är lika viktiga som de behov vårdpersonal upptäcker (Ortiz, 2018). Det är viktigt att lyssna till personens egna upplevelser om sitt tillstånd och att uppmuntra patienten att behålla eller ta makt över sin egen situation och sin hälsa/ohälsa samt att främja egenvård (Ortiz 2018).

Att vården bedrivs evidensbaserad innebär att hälso- och sjukvårdspersonal väger samman flera kunskapskällor när beslut om insatser fattas (Socialstyrelsen, 2019). Sjuksköterskan ska använda sig av de metoder som är mest gynnsamma för patienten (SSF, 2017). En

kombination av den mest tillförlitliga kunskapen och den egna expertisen tillsammans med patientens behov och önskemål ska ligga till grund för kliniska beslut (Socialstyrelsen, 2019). I Patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS 2010:659) 6 kap. §1 står det beskrivet att hälso- och sjukvårdspersonalens arbete ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan ska även se till att patienten och dennes närstående är välinformerade och att patienten ges förutsättningar till delaktighet och självbestämmande i vården (ICN, 2021; Ortiz, 2018).

Sjuksköterskans arbete med e-hälsa

Gjellebæck et al. (2020) beskriver i deras studie att förändringen som digitaliseringen medför innebär nya arbetssätt och nya förhållningssätt hos de anställda inom vården. Detta utökar sjuksköterskans roll till att innefatta digital kompetens för att kunna tillgodose en god omvårdnad. I en studie av Hussey et al. (2015) lyfts två av sjuksköterskans kärnkompetenser, informatik och ledarskap, som högst relevanta inom e-hälsa. Omvårdnadsinformatik innefattar bland annat förmågan hitta och applicera bästa tillgängliga evidens vad gäller användning av IKT. Det innebär även att dokumentationen av den personcentrerade omvårdnaden stödjer patienten (Hussey et al. 2015). Ledarskapet är centralt eftersom sjuksköterskan är den profession som leder omvårdnadsarbetet (Hussey et al. 2015). ICN (2021) beskriver att sjuksköterskan ska se till att användningen av teknik inte äventyrar människors rättigheter och säkerhet samt förespråka en etisk användning av tekniken. I PSL (SFS 2010:659) 6 kap. § 4 stadgas det att hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Om artificiell intelligens, omvårdnadsrobotar eller liknande implementeras är det sjuksköterskans ansvar att se till att den personcentrerad omvårdnaden bevaras och att tekniken används som stöd och inte ersätter mänskliga relationer (ICN, 2021). Sjuksköterskor behöver vara involverade när ny teknik och vetenskapliga framsteg utvecklas och risker behöver rapporteras (ICN, 2021). För att kunna delta i utvecklingen behöver sjuksköterskor hålla sig uppdaterade och ha kunskap om e-hälsa (SSF, 2019). I sjuksköterskans arbete med global hälsa är det av vikt att utbilda sig själv och kollegor om global hälsa och kunskap om nuvarande och framtida teknik (ICN, 2021). E-hälsan gör även att patienter har en större möjlighet att blir mer insatta och kunniga i vård och om sin egen hälsa/ohälsa vilket gör att sjuksköterskans insatser då blir mer stödjande och vägledande (SSF, 2019).

Teoretisk utgångspunkt - Personcentrerad omvårdnad

McCance et al. (2011) beskriver att personcentrerad omvårdnad är ett förhållningssätt som etableras i skapandet och bevarandet av terapeutiska relationer mellan vårdgivare, vårdtagare och dennes närstående. Det utgår från vården i respekt för personen, den enskilde individens rätt till självbestämmande och vilar på en ömsesidig respekt och förståelse (McCance et al. 2011). McCormack et al. (2015) beskriver en global spridning av att anamma ett personcentrerat förhållningssätt, WHO (2021) beskriver att digitala hälsolösningar ska vara personcentrerade och att digitaliseringen medför möjligheter för en mer personcentrerad vård. Socialdepartementet (2020) beskriver att det finns en outnyttjad potential med digitaliseringen för att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Det är olika begrepp som används men McCormack et al. (2015) beskriver att fokuset ligger i att humanisera vården och säkerhetsställa att det är patienten/klienten som står i centrum. Även om kunskapen kring och vikten av personcentrerad vård ökar behövs det mer arbete och utveckling för att säkerhetsställa att vården verkligen utgår från den

enskilda människan i centrum för att uppnå effektiva och meningsfulla resultat (McCormack et al. 2015). Personcentrerad omvårdnad är en central del i sjuksköterskans arbete, detta motiverade val av teoretisk utgångspunkt till McCormacks (2004) och McCance et al. (2011) teori om personcentrerad omvårdnad. Denna teori har använts som stöd i resultatdiskussionen.

McCormack (2004) beskriver att det finns fyra centrala begrepp inom personcentrerad omvårdnad: *vara i relation*, *vara i en social värld*, *vara på plats* och *vara med sig själv*. *Vara i relation* betonar vikten av våra relationer och dess betydelse för omvårdnad. Även vikten av att i vårdarbetet inkludera andra viktiga personer till den som vårdas. *Vara i en social värld* handlar om hur människor genom sitt varande blir sammanlänkade i sin sociala värld genom skapande och omskapande av mening, där människan bekräftas för vem denne är. Det handlar också om att förstå en persons sammanhang och bakgrund, vem personen är och vad som är viktigt i personens liv. För att kunna bevara en persons sociala värld är det av vikt att detta är en central del vid beslutsfattanden. *Vara på plats* handlar om det sammanhang som vården ges i och vikten av hur det kan påverka personens upplevelser av vården. *Vara med sig själv* handlar om vad en person värdesätter i och med sitt liv. Det handlar också om personens uppfattningar av vad som händer runt omkring oss. Det är av vikt att sjuksköterskan bildar sig en uppfattning om detta då det likt innebörden av *vara i en social värld* är viktiga delar för ett gemensamt beslutsfattande. Det är även viktigt att sjuksköterskan tar sina egna värderingar i beaktande eftersom detta påverkar beslut kring den vård som ges (McCormack, 2004).

McCormack & McCance har utvecklat ett teoretiskt ramverk för personcentrerad omvårdnad (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015). Den består av fyra komponenter som i ordningsföljd leder fram till ramverkets resultat: *förutsättningar*, *vårdmiljön*, *personcentrerade processer* och *förväntade resultat*. *Förutsättningar* handlar framför allt om sjuksköterskans kompetens och medvetenhet kring hur de egna värderingarna kan påverka patientens beslut. Sjuksköterskan behöver besitta en mellanmänsklig och social kompetens samt ha förmåga att vara inkännande. *Vårdmiljön* beskriver vikten av omgivningen där vården ges. Teamarbete mellan och inom olika yrkesprofessioner, stöttande organisatoriska system och kulturen på arbetsplatsen är viktiga komponenter för att bedriva personcentrerad vård. *Personcentrerade processer* har fokus i att vårdarbetet utgår från patienten som person, människan i sin helhet där man möter såväl fysiska som psykiska behov. Identifiering av personens övertygelser, värderingar och uppfattningar är viktigt för att kunna skapa ett partnerskap och gemensamt beslutsfattande. *Förväntade resultat* beskriver förväntan av en lyckad personcentrerad omvårdnad där patienten är tillfredsställd med upplevelsen av vården. Känsla av välbefinnande och delaktighet är här centralt (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015).

Problemformulering

Inom hälso- och sjukvården pågår en utveckling där e-hälsan får en allt mer central funktion. Ett ökande utbud av digital vård och digitala vårdtjänster skapar nya kommunikationsvägar och informationstjänster. Digitaliseringen förväntas erbjuda möjligheter men skapar även utmaningar för sjuksköterskan att bedriva personcentrerad omvårdnad på distans. Sjuksköterskan har en central roll i arbetet med e-hälsa och ett ansvar över patienternas säkerhet vid införandet av nya tekniker. Sjuksköterskan har även ett ansvar i att se till att verksamheten sjuksköterskan befinner sig i bedriver en personcentrerad omvårdnad. Patientupplevelserna av digitala vårdtjänster kan ge

sjuusköterskan en överblick av vilka problemområden som finns i den digitala kontakten mellan patienter och hälso- och sjukvården. En ökad förståelse för patienternas upplevelser av digitala vårdtjänster kan ge möjligheter att förbättra patientupplevelsen och säkerställa att arbetet med personcentrerad omvårdnad bevaras i den digitala vårdmiljön.

Sjuusköterskan kan med en större insikt i patientupplevelsorna få en ökad kunskap om patienternas förutsättningar och begränsningar samt bistå i vidareutvecklingen av de digitala tjänsterna så att de möter kravet på en personcentrerad vård.

SYFTE

Syftet var att belysa patienters upplevelser och erfarenheter av digitala vårdtjänster.

METOD

Design

I den här litteraturoversikten valdes en icke-systematisk litteraturoversikt som design. Litteraturoversikter är av betydande vikt för forskningen som bedrivs inom hälso- och sjukvården (Friberg, 2017a; Kristensson, 2014). Att göra en litteraturoversikt är ett lämpligt val för att skapa sig en översikt inom ett valt ämnesområde (Friberg, 2017a). Syftet med studien var att utifrån kunskapsläget från tidigare forskning belysa patienters upplevelser och erfarenheter, vilket motiverade val av metod. Kristensson (2014) beskriver hur olika typer av litteraturoversikter skiljer sig åt gällande omfattningen av det systematiska tillvägagångssättet. En systematisk litteraturoversikt är mer omfattande än en icke systematiskt litteraturoversikt (Friberg, 2017a) men även om omfattningen varierar mellan de olika typerna av litteraturoversikter baseras det på ett vetenskapligt underlag och är en bra grund för kunskapsinhämtning och vidare forskning (Polit & Beck, 2021).

Val av metod föll på en modifierad deduktiv ansats. Skillnaden mellan en induktiv och deduktiv ansats handlar om vad man har för utgångspunkt och i viken omfattning teori och empiri ges plats i studien (Priebe & Landström, 2017). En deduktiv ansats har sin utgångspunkt i teori och logiska resonemang (Priebe & Landström, 2017) vilket i detta fall var McCormack och McCance teori om personcentrerad omvårdnad. En induktiv ansats utgår från den empiri som samlas in (Priebe & Landström, 2017). Modifikationen gjordes för att kunna spegla McCormack och McCance teori om personcentrerad omvårdnad mot empirin i resultatet.

Urval

Avgränsningar

För att få ett urval av artiklar med vetenskaplig relevans utfördes en eftersökning med kriteriet peer review. Peer review innebär att artiklarna i kvalitetssyfte var granskade av andra forskare inom samma fält (Kristensson, 2014). Vidare sattes en tidsavgränsning för att säkerställa att artiklarna som eftersökts var grundade på forskning som under arbetets grund var aktuell (Polit & Beck, 2021). I detta fall valdes artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2012 och 2022, för att säkerställa att dessa artiklar var à jour med den snabba utvecklingen inom e-hälsa och den digitala vårdens hastiga framväxt (Socialdepartementet, 2020). Då denna studie var oberoende av geografiska kriterier för att inkludera eller exkludera valda artiklar, föll valet på att söka efter artiklar

som var engelskspråkiga. Detta då en stor andel av publicerat vetenskapligt material är skrivet på engelska (Östlundh, 2017) och författarna behärskade det valda språket.

Inklusionskriterier

Artiklarna som ingick i denna litteraturoversikt behandlade patientperspektivet och patienternas upplevelser och erfarenheter av digitala vårdtjänster. För att få ett brett underlag inkluderades studier med både kvalitativ, kvantitativ och mixad design. Artiklar med kvantitativa data inkluderades då de kan innefatta erfarenheter från en större population, som i kombination med mer djupgående beskrivningar i kvalitativa artiklar kan ge ett brett kunskapsunderlag (Friberg, 2017a). De inkluderade artiklarna innehöll data från patienter som konsulterat hälso- och sjukvården genom digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen, 2018b; SKR, 2021). Inklusionskriterier rörande ålder var patienter i åldern 18+ år.

Exklusionskriterier

I denna litteraturoversikt exkluderades artiklar som inte var originalartiklar. Översiktsartiklar exkluderades eftersom resultatet i denna typ av studier kan ha färgats av artikelförfattarnas subjektiva tolkningar och därmed inte räknas som primärkällor (Polit & Beck, 2021). Artiklar som behandlade upplevelsen av patientmötet ur hälso- och sjukvårdens perspektiv exkluderades då de inte beskrivit patienternas upplevelser. Vetenskapliga artiklar som var specifikt kopplade till COVID-19 pandemin uteslöts för att undvika resultat som kunde vara tillfälligt påverkade av den isolering som pandemin bidragit med.

Datainsamling

Insamlingen av vetenskapliga artiklar utfördes i databaserna Public Medline [PubMed] och Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature [CINAHL]. PubMed är en omfattande databas som innehåller artiklar från flera områden inom biomedicin, däribland omvårdnad (Karlsson, 2017). CINAHL är en databas som specifikt inriktar sig på omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi (Karlsson, 2017). I enlighet med Karlsson (2017) och Östlundh (2017) genomfördes flertalet testsökningar i båda databaserna för att nå fram till de slutgiltiga sökningarna som redovisas i tabell 1, detta för att optimera sökresultatet. Denna fas av datainsamlingen benämns även som den inledande informationssökningen (Östlundh, 2017). Efter den inledande sökningen följer den så kallade egentliga informationssökningen där arbetssättet med att ta fram de slutgiltiga artiklarna sker systematiskt (Östlundh, 2017). Detta innebär att ett strukturerat arbetssätt applicerades och att artiklarna utförligt granskades samt att noggrann dokumentation utfördes (Friberg, 2017b).

De föregångna sökningarna utforskade sökord och begränsningar. Rekommenderade ämnesord från databasernas ämnesordlistor identifierades under en sökning i databaserna tillsammans med en bibliotekarie vid Sophiahemmet högskolas bibliotek. I PubMed benämns dessa som Medical Subject headings [MeSH] och i CINAHL Cinahl Subject Headings. Ämnesord kan ses som en etikett på artikeln som beskriver innehållsområdena (Karlsson, 2017). Identifierande Subject headings i CINAHL var Telehealth+, Telemedicine+, Telecomunication+ och Telenursing, samt "Patient attitudes" och "Patient Satisfaction+". Om ett sökord saknar en specifik term i databasernas ämnesordlistor kan en fritextsökning göras (Kristensson, 2014). Detta gjordes i båda databaserna med sökordet "patient experience*". För att få med alla böjningar på sökordet gjordes en trunkering i

CINAHL, dvs ett trunkeringstecken (*) lades till för att aktivera sökfunktionen (Östlundh, 2017). I PubMed identifierades MeSH-termerna Telemedicine, Patient Satisfaction och Mobile applications. Dessa sökord kombinerades sedan med hjälp av de booleska operatorerna "AND" och "OR". OR användes för att utvidga sökningen och AND för att specificera sökningen (Karlsson, 2017). En annan vanlig boolesk operator är "NOT", som kan användas för att begränsa sökningen (Karlsson, 2017) men denna användes inte i dessa sökningar.

Totalt genomfördes tre sökningar för att finna de artiklar som inkluderades. Den första sökningen genomfördes i CINAHL med Subject Headings-termerna "Telehealth", "Telecommunications+", "Telenursing", "Telemedicine" med den booleska operatoren OR mellan termerna. Detta sökblock kombinerades med booleska operatoren AND följt av sökblocket "Patient attitudes" OR "Patient satisfaction+". Därefter lades fritextsökningen "Patient experience*" till med den booleska operatoren AND. Samtliga Subject Headings användes som Exact Major Subject Heading [MM]. Följande avgränsningar genomfördes: Abstract Available, Published Date: 20120101-20211231, English Language, Peer Reviewed samt Research Article. Detta resulterade i 74 artiklar varav sju inkluderades.

Den andra sökningen utfördes i PubMed med MeSH-termerna "Mobile applications" och "Patient satisfaction" med den booleska operatoren AND mellan termerna. Både termerna användes som MeSH Major Topic. Avgränsningar som gjordes: Abstract available, English Language, och 10 years. Resultatet blev 63 artiklar varav fyra inkluderades. Den tredje sökningen utfördes i PubMed med MeSH-termerna "Telemedicine" och "Patient satisfaction" samt fritextsökning med orden "Patient experience" kombinerat med den booleska operatoren AND mellan termerna. Avgränsningar som gjordes: Abstract available, English Language, och 10 years. Detta resulterade i 415 artiklar varav fyra inkluderades.

När varje sökning genomförts värderades artiklarna i listan i två steg, enligt Friberg (2017a). Under det första steget värderades relevansen i varje artikeltitel, där de artiklar som mött kriterierna för arbetets syfte inkluderades. Dubletter uteslöts och därefter lästes de inkluderade artiklarnas abstrakt. Under steg två lästes hela de artiklar vars abstrakt innehöll data som ansågs relevant för arbetet och därefter utfördes kvalitetsgranskning (Friberg, 2017b) innan artiklarna fördes in i matrisen.

Tabell 1: Redovisning av datainsamling i CINAHL och PubMed

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 2022-02-02	((MM "Telehealth+") OR (MM "Telecommunication s+") OR (MM "Telenursing") OR (MM "Telemedicine+")) AND ((MM "Patient Attitudes") OR (MM "Patient Satisfaction+")) AND patient experience*	Abstract Available Published Date 20120101-20221231; English Language Peer Reviewed Research Article	74	17	14	7
PubMed 2022-02-09	(Mobile applications[MeSH Major Topic]) AND (Patient satisfaction[MeSH Major Topic])	Abstract available; English Language; 10 years	63	10	10	4
PubMed 2022-02-14	((telemedicine[MeSH Terms]) AND (patient satisfaction[MeSH Terms])) AND (Patient experience)	Abstract available; English Language; 10 years	415	20	9	4
TOTALT			552	47	33	15

Kvalitetsgranskning

För att säkerhetsställa att artiklarna överensstämmer med syftet och att kvaliteten är tillräckligt hög måste artiklarna granskas (Friberg, 2017b). Tillförlitlighet till de valda vetenskapliga artiklarna och eventuella bias granskades i enlighet med Kristensson (2014). Kvalitetsgranskningen genomfördes med Sophiahemmet Högskolas granskningsmall modifierad utifrån Berg et al. (1999) och William et al. (2016), se bilaga A. Sophiahemmets bedömningsunderlag är framtaget för vetenskaplig klassificering och kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ och kvalitativ metod. Beroende på metod görs bedömningen på olika sätt men resulterar i samma bedömningsskala där I = hög kvalitet, II = medel kvalitet och III = låg kvalitet.

Inledningsvis granskades den första artikeln gemensamt för att öka förståelsen kring hur granskningen skall gå till (Kristensson, 2014). Därefter granskades artiklarna separat och granskningsresultaten jämfördes. För de artiklar som gavs olika bedömningar genomfördes en gemensam granskning och diskussion fördes till det att en enad slutsats nåtts i bedömningen. Artiklar som bedömdes vara av låg kvalitet = III uteslöts och artiklar med hög kvalitet = I inkluderades. För artiklar som fick bedömningen medel = II fördes en dialog kring artiklarnas värde för studien, och ett gemensamt beslut fattades om inkludering eller exkludering. Totalt granskades 33 artiklar, varav 15 artiklar inkluderades och 18 artiklar uteslöts.

Dataanalys

Insamlade data analyserades och sammanställdes till ett resultat i en integrerad analys enligt Kristensson (2014). Detta är en lämplig metod för litteraturöversikter eftersom resultatet blir lättöverskådligt (Kristensson, 2014). Analysen genomfördes i tre steg. I det första steget analyserades varje artikel noggrant och varje artikels resultat sammanfattades. Detta steg genomfördes enskilt för att minska risken för att något skulle utelämnas. Därefter jämfördes resultaten gemensamt för att kunna identifiera samband mellan resultaten och vad som skiljde dem åt. I det andra steget skapades olika huvudkategorier utifrån identifierat innehåll i sammanfattningarna. Detta genom närläsning av artiklarna och antecknande av relevanta fynd i ett externt dokument, där färgkodningar skapades utefter kategorier som växte fram när innehållet i artiklarna undersöktes och jämfördes. I det tredje steget sammanställdes de funna kategorierna, och underkategorier skapades (Kristensson, 2014). Dessa huvudkategorier och underkategorier presenteras under rubriken resultat. Innehållet i artiklarna lästes och diskuterades flertalet gånger för att minska risk för feltolkning.

Forskningsetiska överväganden

För att frambringa kunskap krävs det ofta deltagande och inblandning av andra människor, därmed finns en risk att människor på olika sätt kan fara illa (Kjellström, 2017). I och med detta är det viktigt att inneha kunskap om forskningsetik samt att anamma ett forskningsetiskt förhållningssätt. Kjellström (2017) beskriver att forskningsetiken finns till för att skydda de mänskliga rättigheterna och människans värde, samt värna om liv. Det finns flertalet etiska riktlinjer, etiska principer och lagar som är till för att styra och vägleda vetenskaplig forskning för att de ska anses etiska (Kjellström, 2017). Till exempel beskrivs det i den forskningsetiska riktlinjen Helsingforsdeklarationen att deltagarnas rättigheter alltid ska komma i första hand och att allt deltagandet ska ske i informerat samtycke (World Medical Association, 2018). För att säkerställa att denna litteraturöversikt höll ett etiskt förhållningssätt fanns det tydliga redogörelser för etiska överväganden som gjordes i de inkluderade artiklarna som resultatet baserats på. Kjellström (2017) beskriver vidare att en etisk studie ska vara av god vetenskaplig kvalitet och att den ska handla om frågor av betydelse. Genom den gjorda kvalitetsgranskningen granskades den vetenskapliga kvaliteten och ställningstaganden togs i förhållande till kvaliteten.

I en litteraturöversikt finns det en risk att kunskapsinsamlingen feltolkas samt att grupper beskrivs på ett nedlåtande sätt (Kjellström, 2017). För att undvika feltolkning bearbetades det insamlade materialet med en medvetenhet kring detta för att artiklarna skulle tolkas objektivt i möjligaste mån. Hänsyn togs till att språkliga kunskaper skulle kunna bidra till feltolkningar då artiklarna var skrivna på ett annat språk än modersmål (Kjellström, 2017).

Diskussion och reflektion genomsyrade bearbetningen av materialet för att säkerställa samstämmighet och på så sätt minska riskerna för feltolkning. För att se till att inga grupper har beskrivits nedlåtande lades vikt på val av begrepp lagts när deltagare från studierna benämndes (Kjellström, 2017). Utöver egen granskning genomfördes utomstående kamratgranskningar av denna litteraturöversikt. Att tydligt redovisa för källor som använts samt att plagiat inte förekommer är viktiga delar i ett vetenskapligt arbete (Kjellström, 2017). Denna litteraturöversikt tillämpade Sophiahemmet Högskolas modifierade version av APA [American Psychological Association] för en tydlig referering. Litteraturöversikten genomgick även en plagiatkontroll genom granskning via Ouriginal.

RESULTAT

Resultatet i litteraturöversikten baserades på 15 vetenskapliga originalartiklar, 13 artiklar med kvalitativ metod, en artikel med kvantitativ metod och en artikel med mixad metod. Baserat på dataanalysen framkom fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier, vilka presenteras nedan i tabell 2. Huvudkategorierna inkluderar patientupplevelser som rör tillgänglighet, relationer, egenvård samt teknik. De vetenskapliga artiklar som utgjorde litteraturöversiktens resultat är markerade med en asterisk (*) i referenslistan.

Tabell 2

Huvudkategorier	Underkategorier
Upplevelser av ökad tillgänglighet	- <i>Tidsaspekter och resekostnader</i> - <i>Mindre inverkan i dagliga livet</i> - <i>Funktionsnedsättningar</i>
Upplevelser av digitala relationer till vårdpersonal	- <i>Det visuella mötet</i> - <i>Känslomässigt stöd genom digital kontakt</i>
Upplevelser av ökad egenvård	
Upplevelser av tekniken	- <i>Användarvänlighet</i> - <i>Sekretess och privatliv</i> - <i>Tekniska begränsningar</i>

Upplevelser av ökad tillgänglighet

Patienter från 12 studier beskrev att de upplevde en ökad tillgänglighet med digitala vårdtjänster och beskrev den ökade tillgängligheten som en stor fördel (Abelson et al., 2017; Arnaert et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Jacobs et al., 2020; Joschko et al., 2018; Matthias et al., 2020; Palcu et al., 2020; Pedersen et al., 2020; Powell et al., 2017; Warner et al., 2019; Waterworth et al., 2018; Williamson et al., 2015). I dessa studier framgick en eller flera av underkategorierna *tidsaspekter och resekostnader*, *mindre inverkan i det dagliga livet* och *funktionsnedsättningar*.

Tidsaspekter och resekostnader

I studien av Joschko et al. (2018) uppgav patienterna att det var en fördel att slippa långa resor och kostnader som ett fysiskt besök hade inneburit. Patienter i Arneart et al. (2021) studie upplevde att tillgången till specialistvård ökade och att dom fick hjälp snabbare än vid fysiska besök. Patienter upplevde att de fick snabb konsultation och snabb diagnos genom att använda sig av en digital tjänst där vårdpersonal från deras lokala vårdmottagning kunde konsultera specialister (Joschko et al., 2018). Patienter jämförde tillgången i att få konsultation av en specialist inom ett par dagar via tjänsten jämfört med ett fysiskt besök där väntetiden är på flera veckor eller månader (Arneart et al., 2021;

Joschko et al., 2018). Minskade resekostnader och lägre tidsåtgång upplevdes som en stor fördel även för patienterna i Abelson et al. (2017) studie. Patienterna upplevde även en reducerad risk för infektion i operationssår i och med att besök till kliniken inte behövdes (Abelson et al., 2017). Patienter som efter ett digitalt besök fick en remiss till ett fysiskt besök upplevde att de kunde ordna provtagning och tester innan det fysiska besöket och därmed slapp att skickas runt eller riskera fördröjningar, vilket minskade tidslinjen för deras vård (Joschko et al., 2018).

I en studie av Williamson et al. (2015) uppgav patienterna att bokningen av uppföljningssamtalen med specialistsjuksköterska gav patienterna en snävare tidsram för uppföljningen än ett fysiskt besök vid en klinik. Detta upplevdes som positivt, då det även innebar en kontakt utan resekostnader för patienterna. I Powell et al. (2017) och Areneart et al. (2021) studier upplevde patienterna väntetiderna som betydligt kortare än vid fysiska besök. Tjänsterna upplevdes som tids- och kostnadseffektiva, då patienterna inte behövde betala vare sig för drivmedel eller parkeringsavgifter (Areneart et al., 2021; Powell et al., 2017). För patienter som annars skulle behöva pendla med privata fordon blev tidsåtgången för köer i trafiken obefintlig (Powell et al., 2017). I Andersson et al. (2016) studie uppskattade patienterna att hälso- och sjukvården omedelbart kunde delges data som patienterna matade in digitalt. Detta innebar att de inte behövde boka in och delta i upprepade fysiska besök vid en klinik (Andersson et al., 2016). Istället för att pendla till och från kliniken innefattade tidsåtgången för patienterna i Erenreich et al. (2019) studie enbart det digitala mötet, vilket i vissa fall innebar en tidsbesparing på flera timmar per tillfälle. Lägre eller inga resekostnader, samt möjligheten att schemalägga ett besök utan att behöva ta hänsyn till avståndet till kliniken upplevdes som en fördel med den digitala tjänsten. Flera patienter i Areneart et al. (2021) studie beskrev att dom slapp ordna med övernattninng för att kunna vara på plats i tid.

I Palcu et al. (2020) studie var den främsta anledningen till ett digitalt möte med vården att tjänsten gjorde ett lägre anspråk på deras tid och att de kunde befinna sig i hemmet. Därmed slapp de även resekostnader och hade tillgång till specialistvård, som annars inte hade varit möjlig vid ett fysiskt besök inom liknande tidsramar. Patienterna upplevde liknande fördelar i en studie av Warner et al. (2020) där slopad tidsåtgång, färre resekostnader, geografiska avstånd och funktionsnedsättningar inte heller utgjorde ett hinder i deras digitala möte med vården. Flera studier (Areneart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Joschko et al., 2018; Palcu et al., 2020; Warner et al., 2020; Waterworth et al., 2018) betonade vikten av att digitala vårdtjänster fanns att tillgå för patienter boende på glesbygd. Dessa patienter hade samma tillgång till specialistvård som vid fysiska besök, som annars hade varit otillgänglig.

Mindre inverkan i det dagliga livet

Med anledning av den begränsade tidsåtgången som de digitala tjänsterna bidrog till, påverkades patienternas dagliga liv även i mindre utsträckning (Areneart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Joschko et al., 2018; Powell et al., 2017; Williamsson et al., 2015). Flera studier rapporterade att patienterna inte behövde ta ledigt från sitt arbete (Areneart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Joschko et al., 2018; Powell et al., 2017; Williamsson et al., 2015). I tre studier upplevde patienterna att det var en börda (Powell et al., 2017) eller mödosamt (Ehrenreich et al., 2019) att behöva resa och frustrerande (Joschko et al., 2018) att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, något som de inte behövde göra då de hade tillgång till de digitala vårdtjänsterna. I Powell et al. (2017) och Ehrenreich et al. (2019) studie upplevde patienter att det var en fördel att slippa arrangera barnpassning.

Schemaläggning av vardagen blev lättare med den lägre tidsåtgången som den digitala vårdtjänsten erbjöd, något som också rapporterades i Waterworth et al. (2018) studie.

Funktionsnedsättningar

Patienterna upplevde färre hinder kopplat till rörelserestriktioner i den digitala kontakten med hälso- och sjukvården (Williamson et al., 2015; Powell et al., 2017; Warner et al., 2019). Äldre patienter upplevde en osäkerhet kring användandet av den digitala vårdtjänsten på grund av en lägre förförståelse för digital teknik (Abelson et al., 2017). Äldre patienter med kognitiv svikt upplevde flera hinder kring internetbaserade vårdtjänster (Jakobsson et al., 2019). Användandet av internet utan kontakt med sjukvården och att söka och läsa hälsoinformation på nätet var främmande för flera patienter. Ingen patient var bekväm med användning av onlinetjänster, tidsbokning, förnyelse av recept, eller att läsa sina journaler (Jakobsson et al., 2019). Inte alla patienter var medvetna om att möjligheten fanns. Patienterna uppgav att de inte kunde följa med i utvecklingen eller använda tekniken, och upplevde sig distanserade från de digitala vårdtjänsterna. Anledningarna till att de inte använde internet eller onlinetjänster beskrevs som kunskapsbrist om bank-ID, och att de inte hade behovet av de digitala tjänsterna eftersom de kunde ringa och boka tid på plats (Jakobsson et al., 2019). Patienterna upplevde att de sedan tidigare hade en vana som inte innefattade digitala vårdtjänster, samt en upplevd osäkerhet av användandet av tekniken. Vissa deltagare hade motoriska svårigheter i användandet av touchskärmar och knappar. Andra deltagare hade kognitiva svårigheter, till exempel att komma ihåg i vilken ordning de olika stegen i de digitala vårdtjänsterna skulle genomföras. Att ha ett planerat möte i pappersform kändes tryggare än att ha det i telefonen, till exempel via sms, då det i den formen kan "försvinna" (Jakobsson et al., 2019). Flertalet deltagare var helt eller delvis beroende av anhöriga eller annan nära person för att ha kontakt med vården eller andra e-hälsotjänster som till exempel informationssökande på internet. Många deltagare upplevde ett motstånd i att be anhöriga om ytterligare hjälp för att lära sig internet eller smarta telefoner (Jakobsson et al., 2019). Sun et al. (2019) rapporterade att äldre patienter upplevde ett behov av mer tid för att bekanta sig med hälsoappar och ett behov av ett förenklat användargränssnitt. Pedersen et al. (2020) studie om internetbaserad kognitiv beteendeterapi visade att de patienter som inte lyckades använda materialet pekade på svårigheter med att planera övningarna på egen hand och ett behov av stöd för att genomföra dem som de främsta orsakerna till att inte ha kunnat ägna sig åt övningarna.

Upplevelser av digitala relationer till vårdpersonal

Det visuella mötet

I en studie av Jakobsson et al. (2019) undersökes hur äldre personer med kognitiva svårigheter upplevde e-hälsa och i Waterworth et al. (2018) studie undersöktes hur äldre personer upplevde telefonsamtal med sjuksköterskor beskrev patienterna att relationen till vårdpersonalen var av betydande vikt. Patienterna beskrev också vikten av att först ha etablerat en god relation genom att träffas fysiskt innan kommunikation skedde via telefonkontakt (Jakobsson et al., 2019; Waterworth et al., 2018). En del patienter uppgav att det var enklare att kommunicera och lokalisera väsentliga behov och frågor när man träffade vårdgivaren ansikte mot ansikte, men fanns en etablerad relation upplevde patienterna att det gick bra att ta viktiga saker över telefon med den personen (Jakobsson et al., 2019). Förtroende beskrev patienterna gick hand i hand med en god relation (Waterworth et al., 2018).

I Areneart et al. (2021) och Williamsson et al. (2015) studier beskrev patienterna att de genom telefonsamtal upplevde en god relation till sjuksköterskan. De beskrev vidare att de upplevde samtalet som personligt och avslappnat och vågade ställa frågor om personliga besvär (Williamsson et al., 2015). Patienterna beskrev relationen till sjuksköterskan som tillitsfull och att de vågade dela känslor av sårbarhet utan att känna risk för att bli dömda (Areneart et al., 2021). En del patienter uppgav att dom hade velat ha ett ansikte på sjuksköterskan som de samtalade med men att det inte påverkade deras tillfredsställelse av samtalet (Williamsson et al., 2015; Powell et al., 2017). I Ehrenreich et al. (2019) studie där patienterna hade videokontakt med en sjuksköterska beskrev flertalet patienter att de uppskattade att kunna se sjuksköterskan och uppskattade möjligheten att få ögonkontakt. Två patienter uppgav att dom hade föredragit att träffa sjuksköterskan fysiskt istället. En patient med motivationen att det hade varit trevligt och den andra patienten upplevde begränsningar med utrymme att uttrycka känslor, men säger sig osäker på om en annan besöksform hade spelat någon roll (Ehrenreich et al., 2019). I studien av Pedersen et al. (2020) om ett självhjälpsprogram online beskrev en stor majoritet av patienterna både avsaknad och otillfredsställda behov av professionellt mänskligt stöd. Detta av flera anledningar, både för att kunna ställa frågor, för att ens kunna utföra behandlingssteg i tjänsten och för att kunna få en djupare förståelse för sina problem (Pedersen et al., 2020). En del patienter efterfrågade specifikt behov av möte ansikte mot ansikte (Pedersen et al., 2020). Liknande resultat påvisades i studien av Abelson et al. (2017) där nära en av tio patienter föredrog ett fysiskt möte med hälso- och sjukvården framför ett digitalt.

Känslomässigt stöd genom digital kontakt

I flera studier beskrev patienterna ett behov av känslomässigt stöd och betonade vikten av det (Areneart et al., 2021; Jakobsson et al., 2019; Matthias et al., 2020; Pedersen et al., 2020; Waterworth et al., 2018). I Pedersen et al. (2020) studie nämnde flertalet patienter ett behov av mänskligt stöd och interaktion som kan anpassas för att möta deras sinnestillstånd. I Areneart et al. (2021) studie beskrev patienterna att vetskapen av att vårdpersonal fanns lättillgänglig genom digitala tjänster ökade deras känsla av trygghet, de kände sig inte lika utelämnade. Att känna sig omhändertagen, få bli sedd, hörd och förstådd nämndes i flera studier som centrala delar i upplevelsen av att få känslomässigt stöd (Ehrenreich et al., 2019; Jakobsson et al., 2019; Matthias et al., 2020; Warner et al., 2019; Waterworth et al., 2018). I studien av Matthias et al. (2020) där en automatiserad tjänst mellan två grupper jämfördes diskuterades det mänskliga stödet i båda grupperna, den ena gruppen använde enbart den automatiserade tjänsten och den andra gruppen hade även stöd av en sjuksköterska via telefonkontakt. Patienterna som hade stöd av sjuksköterskan beskrev att de upplevde stödet som värdefullt. De beskrev att det var viktigt att kunna ställa frågor och bolla funderingar som väcktes från den automatiserade tjänsten samt att sjuksköterskan kunde komma med andra förslag. De beskrev även att de kände ett känslomässigt stöd, att det stödet var viktigt och att det var skönt att ha någon att prata med som förstod vad de går igenom (Matthias et al. 2020). I gruppen som endast använde den automatiserade tjänsten uppgav flera deltagare att de trodde att de hade fått ut mer av tjänsten om de hade haft möjligheten att prata med en sjuksköterska. De beskrev även att de hade velat ha det stödet, att det hade varit hjälpsamt att ha en sjuksköterska att prata med (Matthias et al., 2020).

Flera patienter i Areneart et al. (2021), Ehrenreich et al. (2019) och Warner et al. (2019) studier beskrev att de upplevde ett känslomässigt stöd genom digital kontakt med vården. Patienterna beskrev att de upplevde sjuksköterskan som vänlig, stöttande och inte dömande (Ehrenreich et al., 2019). Patienter i Areneart et al. (2021) studie beskrev att stödet de

kände från sjuksköterskan lindrade deras oro och ångest. Patienter beskrev att relationen fördjupades och blev mer personlig under upprepad kontakt (Warner et al., 2019). En del patienter upplevde att användandet av en mobil applikation kunde ge ett känslomässigt stöd som de kände saknades i fysiska möten med vården eftersom de besöken blev mer fokuserade på det medicinska (Jacobs et al., 2020). I Waterworth et al. (2018) studie efterfrågade patienter utrymme till känslomässigt stöd i telefonkontakt med sjukvården men upplevde det svårt att veta om utrymme fanns. Goda relationer till sjukvårdspersonal beskrevs som viktigt för att känna känslomässigt stöd (Jakobsson et al., 2019; Waterworth et al., 2018).

Upplevelser av ökad egenvård

Många patienter upplevde att användandet av digitala vårdtjänster ökade deras möjligheter till egenvård (Abelson et al., 2017; Anderson et al., 2016; Areneart et al., 2021; Matthias et al., 2020; Sun et al., 2019; Warner et al., 2019; Williamson et al., 2015). I Abelson et al. (2017) studie beskrev patienterna att de med hjälp av den digitala vårdtjänsten påmindes om vikten av deras återhämtning efter operation och därefter kunde bejaka en mer hälsosam livsstil som underlättade för återhämtningen. Även i Areneart et al. (2021) studie beskrev deltagarna att tjänsten gav strategier för att underlätta för återhämtning. De beskrev även ökade möjligheter till delaktighet och i beslutsfattande i deras vård. Patienterna upplevde att sjuksköterskans undervisning och stöttning både ökade deras självförtroende och möjligheter till egenvård (Arenearth et al., 2021). I Sun et al. (2019) studie fick patienterna en initial utbildning i hur en mobilapplikation skulle användas samt att gränssnittet hade anpassats för att bättre passa målgruppen 65+ år, detta beskrev patienterna ökade deras självförtroende. Patienterna beskrev vidare att mobilapplikationen gav de ökade möjligheter att kunna följa råd och rapportera data till sjukvården samt att de upplevde tillfredsställelse av att kunna sköta sitt blodsocker på egen hand (Sun et al., 2019). Patienter som nyttjade ett automatiserat telemedicinsystem för kronisk smärta och påverkan på humör beskrev att de fick hjälp att medvetandegöra deras upplevelser och förstå korrelationen mellan smärta och humör (Matthias et al., 2020).

Många patienter beskrev att digitala vårdverktyg gett dem hjälp till självhjälp och att de lärt sig olika copingstrategier för att själva bättre kunna hantera sina problem (Anderson et al. 2016; Matthias et al. 2020). I Warner et al. (2019) studie där patienterna använde ett digitalt vårdverktyg för att förbättra deras kost kopplat till deras sjukdomstillstånd beskrev patienterna att dom upplevde en ökad förmåga till självhjälp, mycket tack vare att informationen de delgavs via verktyget var kort och koncist, men även tack vare telefonsamtal och påminnelser i form av textmeddelanden (Warner et al. 2019). Vissa patienter beskrev även upplevelser av ökad motivation i samband med textmeddelanden (Warner et al., 2019). Även i Williamson et al. (2015) studie upplevde patienterna att informationen som de delgavs främjade deras egenvård. I Anderson et al. (2016) studie beskrev patienterna att de upplevde en ökad insyn i deras hälsotillstånd och att tjänsten bidrog till ökad motivation och känsla av kontroll. Flera patienter uppgav att de använde olika sorters hälsoappar i perioder, att många appar fyllde en stor funktion initialt och att de slutade att använda apparna när de kände att de kunde ta hand om sig själva men återgick till användning vid behov av till exempel systematisk registrering av symtom (Anderson et al., 2016).

Upplevelser av tekniken

I samtliga artiklar interagerade patienterna med de digitala vårdtjänsterna via olika former av IKT. Oavsett vilken digital tjänst patienterna nyttjade identifierades de tre underkategorierna *användarvänlighet, sekretess och privatliv* och *tekniska begränsningar*.

Användarvänlighet

Joschko et al. (2018) rapporterade att en majoritet av patienterna föredrog en vårdkontakt via den digitala tjänsten framför ett besök på klinik. Tjänstens funktioner kunde boka provtagning och tester på samma vis som om de hade bokat provtagning vid ett fysiskt besök. I tre studier hade fler patienter ingen tidigare eller låg erfarenhet av digitala vårdtjänster (Arnaeart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Powell et al., 2017). Trots brist på förförståelse tyckte patienterna att det var enkelt att nyttja tjänsterna (Arnaeart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Powell et al., 2017). En majoritet av patienterna i Powell et al. (2017) studie ansåg att videosamtalen och användarvänligheten höll hög kvalitet. Oron som patienter upplevde kring tekniken visade sig vara obefogad i Ehrenreich et al. (2019) studie då patienterna blev förvånade över hur lätthanterlig tjänsten var. Flera patienter skulle gärna nyttja digitala vårdtjänster i framtiden (Arnaeart et al., 2021; Ehrenreich et al., 2019; Powell et al., 2017). Patienterna i en studie av Jacobs et al. (2020) upplevde det som positivt att applikationen kunde fyllas med små, lättsmälta uppsättningar information under behandlingsövergångar. Den kliniska informationen var kort och koncis och upplevdes inte överväldigande eller svårtolkad för en person utan förförståelse (Jacobs et al., 2020). Detta upplevde även patienterna i en studie av Warner et al. (2019), där information kunde läsas i patientens eget tempo och sparas till senare. Patienterna upplevde att distraktion i form av stress vid fysiska besök och risk att bli avbruten försvann och att den digitala tjänsten underlättade informationsintaget (Warner et al., 2019). Informationen om hälsan var lättförståelig och de fick en förenklad förklaring om kliniskt avancerad information (Warner et al., 2019). Flera patienter upplevde att de olika informationskanalerna bidrog till att informationen blev mer anpassad (Jacobs et al., 2020). Information fanns i video-, text- och ljudformat samt ett diskussionsforum så att de kunde hitta det som passade just dem (Jacobs et al., 2020). I kontrast till dessa fynd upplevde ett fåtal av patienterna i en studie av Abelson et al. (2017) att nyttjandet av den digitala vårdtjänsten innebar en ansträngning på grund av en upplevd orkeslöshet eller smärta postoperativt.

I två studier erbjöds patienterna en initial utbildning i användandet av tjänsterna, detta upplevde patienterna som positivt och att det underlättade användningen (Arnaeart et al., 2021; Sun et al., 2019). I en studie av Palcu et al. (2020) upplevde patienterna att de var bekväma med tekniken i den digitala kommunikationen med hälso- och sjukvården, och uppskattade att det fanns tekniskt kunnig personal på plats i andra änden för att bistå med expertis. Patienterna i Sun et al. (2019) studie upplevde även en ökad möjlighet att följa råd och leverera data till forskargruppen. Möjligheten för patienterna att själva kunna delge läkaren sina mätvärden var god, något som också uppskattades av patienterna i två andra studier (Abelson et al., 2017; Anderson et al., 2016). I dessa studier upplevde patienterna att appen kunde anpassas efter användarens unika kliniska förutsättningar samt att de uppskattade att den förändras över tid i samband med att hälsan förändrades. Detta bidrog till en ökad vilja att fortsätta nyttja appens funktioner (Abelson et al., 2017; Anderson et al., 2016). Automatiseringen upplevdes som en frihet i vardagen, då patienterna inte behövde tänka på att registrera och sända data till hälso- och sjukvården (Abelson et al.,

2017; Anderson et al., 2016). Taktil, visuell och hörbar feedback ökade intresset för appen i två studier (Anderson et al., 2016; Warner et al., 2019). Notiser om framsteg i hälsan upplevdes som motiverande och roligt (Anderson et al., 2016) och visuella påminnelser hjälpte patienterna att komma ihåg hälsomålen (Warner et al., 2019).

Sekretess och privatliv

Patienter i Williamson et al. (2015) studie beskrev att de vågade ställa fler frågor när de befann sig i deras hemmiljö, att det var lättare att fokusera på det som sas och lättare att få fram det de ville få sagt i en miljö de hade kontroll över. Flera patienter beskrev att de ville befinna sig hemma när de skulle ha telefonkontakt med vården för att få vara privata (Jakobsson et al. 2019). Många patienter upplevde en ökad grad av integritet som inte var tillgänglig i sjukhusmiljöer tack vare användningen av digitala vårdtjänster (Ehrenreich et al. 2019; Williamson et al. 2015). Patienter som inte var i sin hemmiljö utan befann sig utanför hemmet upplevde istället en minskad integritet (Powell et al., 2017). En del patienter som befann sig på deras arbetsplats upplevde svårigheter att finna en privat plats och upplevde samtalen som obekväma och mindre effektiva (Powell et al., 2017). I Ehrenreich et al. (2019) studie där patienterna haft ett informationsbesök via videosamtal om abort upplevde patienter som bodde nära mottagningen en ökad integritet. Flera av de patienterna beskrev att detta var den största fördelen med tjänsten, möjligheten att vara privat, att inte behöva bli igenkänd på mottagningen. Flera patienter beskrev uppskattade att de kunde se rummet som sjuksköterskan befann sig i, att de då kände trygghet i att inga obehöriga kunde höra vad som framgick under samtalet (Ehrenreich et al., 2019). Många av patienter i Williamson et al. (2015) studie uppgav problem med samsjuklighet och förändrad tarmfunktion vilket ledde till upplevda svårigheter och orosmoment vid ett fysiskt besök, som inte var ett problem i en digital kontakt med hälso- och sjukvården.

När det kommer till användandet av mobila applikationer var det flera patienter som upplevde en oro kring att den information som matades in och registrerades i apparna kunde nå obehöriga personer (Abelson et al., 2017; Anderson et al. 2016). I studien av Abelson et al. (2017) upplevde patienterna även en oro över att deras hälsoinformation kunde nå obehöriga genom en cyberattack och att hälso- och sjukvården kunde rapportera om en låg följsamhet hos patienten till försäkringsbolag eller annan tredje part. I Areneart et al. (2021) studie var majoriteten av patienter inte oroliga över att deras information skulle delges obehöriga men lyfter vikten av att vården behöver säkerhetsställa att digital information endas delges behöriga i patientens vård.

Tekniska begränsningar

Patienterna i flera studier uppgav att de inte kände till eller hade låg kännedom om de digitala vårdtjänster som erbjöds (Jacobs et al., 2020; Jakobsson et al., 2019; Joschko et al., 2018; Palcu et al., 2020). Flera patienter uppgav att dom inte visste att sådana tjänster fanns men uppskattade att få ta del av den digitala vården när de informerades om möjligheten (Joschko et al., 2018). Vissa patienter påtalade att vårdpersonal bör bli bättre att informera om digitala alternativ till fysiska besök (Jakobsson et al., 2019). Patienterna i studien av Jacobs et al. (2020) önskade att mobilappen de använde även innehöll information om övriga resurser i lokalsamhället, som transporttjänster eller finansiellt stöd för sjuka. Vissa av patienterna hade svårt att greppa vem som hade vilken roll i det digitala vårdteamet (Palcu et al., 2020). De upplevde även att de digitala vårdtjänsterna hade dålig uppföljning och hade lågt förtroende för koordinering av tester och undersökningar under den digitala vårdtiden (Palcu et al., 2020). Detta rapporterades även i en annan studie där

patienterna upplevde en oro kring risk för felbedömning gällande ohälsan de sökt för (Abelson et al., 2017).

Patienternas upplevde det som negativt att inte själva kunna tala direkt med en specialist, samt att informationen som delgavs patienterna digitalt via husläkaren var andrahandsinformation (Joschko et al., 2016). De tekniska utmaningar som patienterna upplevde kretsade kring koder och lösenord som behövdes för att koppla upp sig (Joschko et al., 2018.) Även i Areneart et al. (2021) studie beskrev patienterna svårigheter med lösenord och dålig uppkoppling samt avsaknad av teknisk support. Bland ett fåtal deltagare beskrevs kvaliteten på videsamtal som låg och bristande användarvänlighet samt dålig internetuppkoppling rapporterades som anledningar till negativa upplevelser (Joschko et al., 2018). Dessa deltagare kunde delta i ett videosamtal efter konsultation med familjemedlem eller tjänstens tillhörande IT-support. Vissa patienter nämnde att den digitala vårdtjänsten inte var lämplig för alla typer av åkommor, till exempel när fysisk undersökning behövdes (Joschko et al., 2018). Patienterna hade också blandade åsikter om huruvida dom skulle vilja ta emot dåliga besked över video eller vid ett fysiskt besök (Powell et al., 2017). I en studie av Jacobs et al. (2020) var tekniska svårigheter som att navigera i appen en vanlig upplevelse hos patienterna. Patienterna upplevde även olika behov och önskemål om individanpassad mängd information i appen. Felmätningar av stegräkning och pulsmätning var ett vanligt förekommande klagomål hos patienterna i en annan studie (Andersson et al., 2016).

I de fall där hårdvaran var beroende av miljön upplevdes frustration hos patienterna i att de inte alltid hade förutsättningarna för att få korrekta mätresultat (Andersson et al., 2016). Användarna var även i denna studie missnöjda med appens begränsade funktioner för individanpassning och det personliga valet av träningsform (Andersson et al., 2016). Flera patienter i en studie av Waterworth et al. (2018) visste inte vilken profession de skulle ringa. De upplevde även en brist i sjuksköterskornas förmåga att erbjuda god vård genom telefon och patienterna upplevde väntan på att bli uppringda av sjuksköterskan som besvärligt (Waterworth et al., 2018). För vissa var detta också en anledning att avstå från att kontakta sjuksköterskan, då de var oroliga över att hamna hos telefonsvararen där de inte kunde adressera sina kliniska ärenden. De patienter som i Mattihias et al. (2020) studie blev tillfrågade om de skulle ha föredragit ett samtal med sjuksköterskan istället för den automatiserade tjänsten uppgav att det var besvärligt att boka ett samtal för att få en telefonkontakt med sjuksköterska. Patienter vid ett digitalt KBT-program i en studie av Pedersen et al. (2020) upplevde att innehållet inte passade in på deras problem och att programmets utformning utgjorde hinder för att fullfölja behandlingen. Detta eftersom varje avslutad modul i programmet låste följande modul i sju dagar vilket minskade motivationen hos patienterna (Pedersen et al., 2020). Palcu et al. (2020) visade i en studie att patienterna önskade ett mer personligt självhjälsprogram än det som ingick i studien. I en studie upplevde några av patienterna besvär med att uppdatera hälsotillståndet på egen hand och undvek appen då de upplevde att de redan hade fått kunskap om självhjälp eller blev påmind om sin sjukdom (Warner et al., 2019). I studien av Abelson et al. (2017) upplevde patienterna dålig internetuppkoppling och kort batteritid som hinder när de nyttjade den digitala vårdtjänsten. Vidare ifrågasatte de tjänstens nytta genom att uppge en oro för att kroppens läkning följde ett förlopp som inte kunde påverkas av tjänsten.

Flera av studierna visade att patienterna upplevde ett behov av en digital plattform för kommunikation med andra patienter med liknande hälsa eller ohälsa (Abelson et al., 2017; Anderson et al., 2016; Palcu et al., 2020; Williamsson et al., 2015). Patienter i två studier

önskade en funktion i appen för utökade sociala funktioner, för att komma i kontakt med andra patienter i samma situation (Abelson et al., 2017; Anderson et al., 2016). Liknande önskemål kom från patienter i studien av Palcu et al. (2020), där de efterfrågade kommunikation med andra patienter som hade samma diagnos.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa patienternas upplevelser och erfarenheter av digitala vårdtjänster. Efter en integrerad analys som genomfördes av de 15 utvalda vetenskapliga originalartiklar möttes syftet och de fyra huvudkategorierna identifierades: *Upplevelser av ökad tillgänglighet*, *Upplevelser av digitala relationer till vårdpersonal*, *Upplevelser av ökad egenvård* och *Upplevelser av tekniken*. I följande diskussion diskuteras huvudfynden från resultatet med stöd av McCormacks (2004) och McCance et al. (2011) teori om personcentrerad omvårdnad och resultatet speglas mot McCormack & McCance teoretiska ramverk för personcentrerad omvårdnad.

Resultatet visade att digitala vårdtjänster gör att vården upplevs som mer tillgänglig och att det ses som en av de största fördelarna med att använda digitala vårdtjänster. Minskade kostnader, en besparing av tid och en minskad ansträngning, både personlig och logistisk beskrivs som positiva effekter. Detta bekräftas i en studie av LeBlanc et al. (2020) och det framkom både i denna litteraturoversikt samt i LeBlanc et al. studie att det finns en efterfrågan för en ökad tillgång till specialistvård och att digitala vårdtjänster anses vara ett bra sätt för att möta detta. I HSL (SFS 2017:30) 5 kap. 1 § står det beskrivet att vården ska vara lättillgänglig för att leva upp till kraven på en god vård. I flera studier påtalar patienter boende ute på glesbygd att digitala vårdtjänster ger dem en ökad tillgång till vård som de tidigare upplevt varit begränsad till följd av deras geografiska förutsättningar.

Patienter från flera studier påtalar att vården bör bli bättre på att informera om digitala alternativ till fysiska besök. För att alla människor ska kunna nyttja tjänsterna krävs det dock att alla har förutsättningar till det, vilket resultatet påvisade att alla inte har. I McCormack & McCances teoretiska ramverk handlar den första komponenten *Förutsättningar* om sjuksköterskans förmåga av att vara socialt och mellanmänniskt inkännande (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015). Denna komponent kan knytas till sjuksköterskans förmåga att erbjuda rätt tjänst till rätt patient. I kontexten innebär det att besitta förmågan att avgöra om kommunikation via digitala vårdtjänster är lämpligt eller inte för den enskilda patienten. Äldre patienter med kognitiv svikt och patienter med funktionsnedsättningar hade svårt att nyttja digitala vårdtjänster. Deras kognitiva funktionsnedsättningar gjorde det svårt för dem att minnas hur tjänsterna fungerade och fysiska rörelsenedsättningar hindrade dem från att interagera med de digitala tjänsterna. Denna patientgrupp behövde en längre tid för att bekanta sig med funktionerna och en kontinuerlig uppföljning. Hos andra grupper med fysiska rörelserestriktioner men utan kognitiva funktionsnedsättningar uppskattades dock den digitala vårdens tillgänglighet, då de inte behövde göra sig besvär med att resa till en klinik. För vissa av dessa patienter var ett fysiskt besök omöjligt.

Flera patienter som använde digitala vårdtjänster där det inte fanns någon visuell kontakt mellan parterna beskrev en avsaknad av att inte kunna se den person man har en konversation med. I samband med detta var det flera patienter som kom in på vikten av

relationen de har till vårdpersonal. Enligt McCance et al. (2011) är en god relation mellan patienten, dennes närstående och vårdpersonal grundläggande för att bedriva personcentrerad omvårdnad. Med andra ord är det av vikt att belysa dessa upplevelser för att lyfta hur omvårdnadsarbetet kan påverkas vid avsaknad av en god relation när digitala vårdtjänster används. För att kunna tillgodose dessa behov kan det i vissa fall det är möjligt, vara lämpligt att börja med ett fysiskt besök i de fall en etablerad relation inte redan existerar. Det framkom även i resultatet att de patienter som använde videosamtal och på så sätt kunde se den de pratade med inte upplevde samma avsaknad. I en studie av Rush et al. (2018) görs en jämförelse mellan telefonsamtal och videosamtal. Studien visade inte några signifikanta skillnader i patienternas tillfredsställelse, men det bör betonas att det inte går att dra några generella slutsatser av studien på grund av ett lågt urval att tillgå samt att detta är ett område där det saknas forskning (Rush et al. 2018). Det går därför inte att rekommendera videosamtal framför telefonsamtal med stöd av evidens. Vid framtida övervägningar i val av digitala vårdtjänster är det dock av nytta att ta med sig vetskapen om de skilda perspektiv och upplevelser patienter tidigare rapporterat. Upplevelserna kan kopplas till McCormack & McCance andra komponent *Vårdmiljön* i det teoretiska ramverket. Denna komponent beskriver vikten av omgivningen där vården ges (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015). Den digitala kontakten, som vårdmiljö och upplevelserna av den kommer med andra ord att påverka arbetet med personcentrerad omvårdnad.

Det mänskliga stödet är något som resultatet visar är av betydelse för upplevelsen av en god vård. Patienter som använt automatiserade digitala vårdtjänster där mänsklig kontakt inte är inblandad beskrev en avsaknad av det stödet. Som tidigare presenterats har sjuksköterskan ett ansvar i att se till att tekniken används som stöd och inte ersätter mänskliga relationer (ICN, 2021). Därför bör vikten av att vara medveten om detta när digitala vårdtjänster används påtalas. McCormacks (2004) beskrivning av begreppet *vara med sig själv* innefattar en människas uppfattningar av vad som händer runt omkring oss. Att lämna en människa ensam med sina frågor och funderingar utan tillgång till stöd går inte i enlighet med personcentrerad omvårdnad. Skär & Söderberg (2018) beskriver att det finns en risk att patienter blir osynliga vid användandet av digitala vårdtjänster, att personen hamnar i skymundan och förknippas med information som ska ges och delas. Därför tycks det vara viktigt att det även erbjuds stöd från vården när automatiserade tjänster rekommenderas till patienter. Används tekniken på rätt sätt kan digitala vårdtjänster snarare öka upplevelsen av stöd. I resultatet framkom att upprepad digital kontakt med vården stärkte känslan av stöd och fördjupade relationen patient och vårdpersonal emellan. I LeBlanc et al. (2020) studie rapporterade patienter att de upplevde ett mer konkret stödnätverk tack vare digitala vårdtjänster samt att relationerna till vårdpersonal stärktes med en ökad digital kontakt. De patienter som beskrev att de kände ett känslomässigt stöd via digital kontakt med sjukvården beskrev vikten av att känna sig omhändertagen, sedd, hörd och förstådd. Detta belyser hur betydelsefull sjuksköterskans förmåga att vara inکännande är samt vikten av att se och bekräfta den enskilda människan (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015).

Resultatet redovisade att patienterna upplevde digitala vårdtjänster som ett bra hjälpmedel för ökad förmåga till egenvård. Som lyfts tidigare ska sjuksköterskan uppmuntra patienter att ta kontroll över sin situation och sitt tillstånd samt främja egenvård (Ortiz, 2018). I Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning står det beskrivet att sjuksköterskan genom användning av IKT ska stärka patienten och närståendes egenvård och inflytande i vården (SSF, 2017). Flera patienter upplevde hur informationen de delgavs genom de

digitala vårdtjänsterna bidrog till deras förmåga till ökad egenvård, till följd av att informationen var tydlig och enkel att ta till sig och förstå. I vissa fall undervisades patienterna i programvaran, vilket gjorde att de upplevde att de lättare kunde hantera den på egen hand. Patientundervisning är en central del i arbetet för sjuksköterskor och innebär i kontexten digital vård att säkerställa att patienterna har en god kännedom om den digitala vårdens funktioner (Ortiz, 2018). Skär & Söderberg (2018) beskriver vikten av medvetenhet kring hur vårdpersonal använder den makt de besitter så patienternas värdighet, autonomi och möjlighet till deltagande bevaras när vården förändras och blir mer digital. Möjligheter till ökad egenvård som digitala vårdtjänster för med sig, samt vikten av att se till att patienterna som erbjuds digitala vårdtjänster har förutsättningarna att kunna nyttja dem bör understrykas.

Flera patienter föredrog en digital vårdkontakt framför en fysisk och var positiva till en utökad användning av digitala vårdtjänster. Ett genomgående tema som bidrog till den positiva patientupplevelsen var patienternas förmåga att behärska tekniken. Det breda utbudet av digitala vårdtjänster som finns tillgängliga idag medför krav på patienternas förmåga att orientera sig i användargränssnitten, deras tillgång till adekvat utrustning och en generell förförståelse för det digitala samhället. Den tredje komponenten i McCormack & McCance teoretiska ramverk för personcentrerad omvårdnad är *personcentrerade processer* (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015). Dessa processer synliggör patienten som person, med både fysiska och psykiska behov. I dessa behov ingår de övertygelser, värderingar och uppfattningar som är centrala i partnerskapet mellan patient och vårdpersonal. De personcentrerade processerna går att härleda till resultatet, där det framgår att de positiva upplevelserna ofta var sammanhängande med en hög grad av användarvänlighet.

Resultatet visar att den äldre befolkningen i samhället behöver ett enkelt användargränssnitt genom hela behandlingen för att den digitala tjänsten ska vara till nytta. Äldre patienter och patienter med funktionsnedsättningar ställer krav på genomgående grundläggande funktioner, medan den generella populationen önskar mer avancerade funktioner i de digitala vårdtjänsterna. Påståendet stärks i en studie av Mort et al. (2013) som visar att äldre patienter ofta behöver finna sig i teknik som är anpassad för majoriteten av befolkningen. Avancerade funktioner kan verka avskräckande hos grupper med särskilda behov och en anpassning av digitala vårdtjänster till fördel för utsatta grupper bör vara ett prioriterat område. Detta då de redan befinner sig i riskzonen för att hamna i ett digitalt utanförskap (Blix & Levay, 2018). En gynnsam vidare utveckling av digitala vårdtjänster kan med fördel kretsa kring möjligheterna att utgå från minsta gemensamma nämnare i respektive patientgrupp, snarare än att möta ett stort antal individuella krav från varje patient. Denna utvecklingsmodell stöds i en studie av Vicente (2004) som argumenterar för att identifierandet av ett mänskligt eller socialt behov ska forma teknologi avsedd för olika grupper som är representativa för behovet.

Ett av de centrala begreppen inom personcentrerad omvårdnad enligt McCormack (2004) handlar om att *vara i en social värld*. Människor bekräftas för den dem är samt skapar och omskapar en mening i sociala sammanhang. Några av förutsättningarna för att människan ska integreras och omsättas i en social värld är att den personliga bakgrunden och individuella värderingar ges utrymme. Ett vanligt önskemål som framgick i resultatet var utökade sociala funktioner, då patienterna sökte ett sammanhang med andra patienter med snarlik sjukdomsbild. Patienterna upplevde ett behov av stöd och att få dela med sig av sina erfarenheter av att leva med deras besvär. En patientplattform för utbyte av

erfarenheter skulle således kunna tillgodose patienternas upplevelse av att befinna sig i ett socialt sammanhang, samtidigt som den rapporterat upplevda trygghet som hemmets omgivning erbjuder bevaras. Patienterna i flera studier vågade ställa fler frågor och upplevde trygghet i att befinna sig i hemmet där de ansåg sig ha kontroll på sin omgivning. Vid vårdinrättningar av självupplevd känslig karaktär upplevde flera patienter en ökad bibehållen integritet av att inte behöva synas vid en fysisk klinik.

Den fjärde och sista komponenten i det teoretiska ramverket för personcentrerad omvårdnad är *förväntade resultat*. Här beskrivs en patient som är tillfreds med upplevelsen av vården, med känslor av delaktighet och välbefinnande, som resultatet av en lyckad personcentrerad omvårdnad (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015). För att nå hit är alla ovanstående beskrivna komponenter delar på vägen mot en personcentrerad omvårdnad.

I resultatet framgick att patienter i viss utsträckning upplevde sig välinformerade via lättillgängligheten och utformandet av de digitala vårdtjänsterna och kände sig genom detta delaktiga i sin behandling. Samtidigt återfanns en upplevd oro kring hanteringen av den personliga information och data som delas med sjukvården och hanteras genom de digitala verktygen. Denna dimension bör och skall beaktas genom de digitala vårdgivarnas skyldighet till transparens, tydlighet och värnande om patienternas personliga integritet och sekretess (Socialdepartementet, 2020). Vidare tydliggörs därmed sjuksköterskans ansvar att beakta och rapportera risker vid användandet av digitala vårdtjänster och hanteringen av personliga data (ICN, 2021). I studien av Borycki (2019) framgår det att den automatiserade vården behöver förbättras för att bevara patientsäkerheten, något som faller inom ramarna för sjuksköterskans ansvarsområde inom omvårdnadsinformatik (Hussey et al. 2015).

En utmaning som de digitala vårdtjänsterna står inför är att tillhandahålla fungerande teknik. Många av studierna i resultatet visar att patienterna upplevde att tekniken inte fungerade som den skulle. Felmätningar av vitalparametrar, begränsningar i teknikens tillförlitlighet och användningsområden bidrog till dessa negativa upplevelser. För att patienterna ska uppleva den digitala vården som tillfredsställande behöver tekniken, utöver att vara användarvänlig, även hålla hög standard och vara pålitlig. I studien av Nguyen et al. (2020) stöds påståendet och där framgår utöver patienternas krav på tillförlitlighet även ett behov av teknisk support från hälso- och sjukvården i det digitala mötet med patienterna. Tillgången till teknisk support var en faktor som förbättrade patientupplevelsen även i studierna som ingick i denna litteraturöversikts resultat. Utöver frustrationen patienterna upplevde vid brist på teknisk vägledning riskerar även patientsäkerheten äventyras vid felmätningar, då automatiska försändelser av felaktiga data kan nå hälso- och sjukvården.

Till följd av de tekniska begränsningar och problem som återfinns i dagens digitala teknik, samt människors behov av sociala sammanhang och mänsklig interaktion kan vård i sin helhet inte ersättas av digitala lösningar (Donelan et al., 2019). Potentialen till förbättring av vården med hjälp av digitala teknik bör tas till vara och utvecklas i enlighet med personcentrerad omvårdnad.

Metoddiskussion

I detta arbete valdes en icke-systematisk litteraturöversikt som metod eftersom en litteraturöversikt är lämplig för att bilda sig en överskådlig uppfattning av det valda ämnet (Friberg, 2017a). En icke-systematisk litteraturöversikt innehåller till skillnad från en systematisk litteraturöversikt inte allt vetenskapligt material som finns tillgängligt inom det valda området, vilket resulterar i ett urval av vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014). Då en viss tidsbegränsning har funnits under arbetets period var en systematisk litteraturöversikt inte lämplig på grund av tidsåtgången. En risk med att tillämpa en icke-systematisk litteraturöversikt är att en medveten selektion kan göras i urvalet av vetenskapligt material och på så vis förvanska resultatet (Rosén, 2017). Begränsningen av vetenskapligt material som en icke-systematisk litteraturöversikt innehåller, samt risker med denna metod har beaktats genom arbetsprocessen i syfte att förhindra förvanskning av resultatet. För att öka tillförlitligheten applicerades ett systematiskt tillvägagångssätt under arbetet i enlighet med Östlundh (2017) och Kristensson (2014). Detta genom att arbeta strukturerat, noggrant dokumentera och utförligt granska artiklar innan inkludering. En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer hade också kunnat besvara litteraturöversiktens syfte, då metoden bland annat genererar svar på människors upplevelser och erfarenheter (Danielson, 2017). En systematisk litteraturöversikt hade likaså kunnat besvara syftet.

Valet av en modifierad variant av deduktiv metod motiverades av att öka utrymmet av McCormack och McCance teori om personcentrerad omvårdnad. Både för att tydliggöra vikten av personcentrerad omvårdnad i sjuksköterskans omvårdnadsarbete och för att öka möjligheterna till en mer applicerbar kunskapsinsamling. En deduktiv metod utan modifiering valdes att inte göras för att mer förutsättningslöst kunna presentera resultatet och därefter spegla fyndet mot teorin. Detta genom att spegla komponenterna i McCormacks & McCances teoretiska ramverk om personcentrerad omvårdnad gentemot patientupplevelserna som framkom i resultatet. En induktiv metod innebär att så förutsättningslöst som möjligt observera, studera och sedan presentera resultat och därefter koppla till teori (Priebe & Landström, 2017). Kritik som riktas mot induktiv metod menar på att teori egentligen har en större plats än vad det i induktiva metoder syftas ha (Priebe & Landström, 2017). Det finns även en risk att en induktiv ansats resulterar i att bli en upprepning av tidigare forskning (Priebe & Landström). Tidigare kunskap om personcentrerad omvårdnad och McCormack och McCance teori om personcentrerad omvårdnad har ett stort utrymme i denna litteraturöversikt vilket stödjer valet av en modifierad deduktion som metod.

Databassökningen utfördes i två databaser. Sökningar i flera databaser ger en ökad trovärdighet eftersom chanserna till relevanta artiklar ökar (Henricson, 2017). Ytterligare sökningar i fler databaser hade gett ett bredare urval av vetenskapligt material, men efter diskussion och i samförstånd framgick att de sökresultat som framkom i CINAHL och PubMed höll tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet samt var ett tillräckligt stort antal för att svara på syftet. Flertalet testsökningar gjordes i enlighet med Karlsson (2017) och Östlundh (2017) för att optimera sökresultaten som inkluderades. Vid databassökningen gjordes en kombination av ämnesord och fritextsökning, vilket enligt Henricson (2017) ökar specificiteten. En svaghet i databassökningen kan vara att en användning av fler MeSH-termer hade kunnat inkludera fler relevanta artiklar. Dock provades sökningar innehållande fler MeSH-termer men de slutgiltiga databassökningarna gav mest relevanta

träffar och fler MeSH-termer riskerade istället att öka antalet irrelevanta träffar. Den boolska operatoren NOT användes inte i databassökningarna eftersom det då finns en risk att råka utesluta relevanta artiklar (Östlundh, 2017) men hade med fördel kunnat användas för att slippa sålla bort artiklar som var direkt relaterade till COVID-19 pandemin.

Inga begränsningar gjordes avseende studiernas design. Detta resulterade i en majoritet av kvalitativa studier samt en studie av kvantitativ metod och en studie av mixad metod. Att inkludera en variation av artiklar med olika metoder ökar enligt Friberg (2017a) trovärdigheten eftersom en bredare kunskap då kan nås. En avgränsning som gjordes var att endast inkludera artiklar som genom Sophiahemmet högskolas bibliotek gav direkt åtkomst, detta kan ha resulterat i att relevanta artiklar kan ha missats. För att underlätta sällning av material som skulle inkluderas i litteraturöversikten, samt för att bibehålla ett strukturerat arbetssätt gjordes avgränsningen "Abstract available" i databassökningarna. Att abstrakt skulle vara tillgängligt resulterade i att mängden träffar sjönk med ett fåtal artiklar, detta kan ha påverkat mängden relevanta artiklar men sökresultatet ansågs innehålla en tillräcklig hög mängd trots begränsningen och valdes därför att behållas. Alla inkluderade artiklar var peer reviewed för att säkerställa en hög vetenskaplig kvalitet, vilket också ökar trovärdigheten för denna litteraturöversikt (Henricson, 2017). Samtliga artiklar till resultatet har även granskats enligt Sophiahemmets bedömningsunderlag för att ytterligare säkra kvalitet, se bilaga A. För att se till att en samstämmighet rådde i artiklarnas bedömning har alla artiklar granskats separat för att sedan jämföras. Som beskrivits tidigare har endast artiklar av hög och medelhög kvalitet inkluderats, se bilaga B. I de fall artiklar av medelhög kvalitet inkluderats har bristerna inte ansetts påverka trovärdigheten i studierna. Henricsson (2017) betonar vikten av utomstående granskning, denna litteraturöversikt har granskats av kurskamrater och handledare löpande under arbetets gång vilket stärker trovärdigheten.

Vidare gjordes avgränsningar till publikationsår och språk. Avgränsningar till årtal med max tio år sedan artiklarna publicerades gjordes för att innehållet i artiklarna skulle vara aktuellt (Östlundh, 2017). Eftersom digitaliseringen av vården utvecklats snabbt hade litteraturöversikten stärkts ytterligare av en begränsning på fem år istället för tio år, vilket hade gett en mer genomgående uppdaterad forskning. Dock är resultatet baserat på upplevelser av digitala vårdtjänster som är aktuella och bör därmed inte påverka relevans i resultatets innehåll. Språkliga avgränsningar gjordes till det engelska språket eftersom engelska är de språk som de flesta vetenskapliga artiklar författas i (Karlsson, 2017). Eftersom engelska inte är författarnas modersmål har en medvetenhet kring risker att språkliga barriärer kan bidra till feltolkning varit närvarande för att undvika detta. Vid osäkerhet har engelsk-svenskt lexikon använts samt diskussion om samförstånd kring innehållet förts. Dataanalysen gjordes i en integrerad analys i enlighet med Kristensson (2014) vilket gjorde analysen strukturerad. Som redovisats i dataanalysen lästes artiklarna gemensamt för att minska riskerna att något omedvetet uteslutits. En risk med analysen är att den färgas av läsarens förförståelse, i detta arbete av sjuksköterskestudenter med förförståelse inom ämnesområdet omvårdnadsvetenskap. För att minska risken för en tendentiös infallsvinkel har detta funnits i åtanke fortlöpande under analysen. Datainsamlingen och urvalsprocessen har sedan dokumenterats så noggrant som möjligt för att stärka reproducerbarhet och överförbarhet (Henricson, 2017).

Två pilotstudier som i det initiala skedet bedömdes ha ett relevant innehåll uteslöts från urvalet av artiklar efter etiska överväganden gällande pilotstudiers tillförlitlighet i litteraturöversikter. Då pilotstudier syftar till att ge en primär inblick i ett ännu utforskat

skeende, samt bedöma vidare studiers genomförbarhet inom ämnet (Leon et al., 2011) uteslöts dessa pilotstudier. Detta eftersom resultatet inte kan anses vara representativt för patientupplevelser kopplade till etablerade digitala vårdtjänster. Då vårdtjänsterna i pilotstudierna inte var tillräckligt etablerade för att ge ett underlag som matchade syftet, eller höll tillräckligt hög kvalitet möttes således inte kriterierna i denna litteraturöversikt. Därför inkluderades två nya artiklar som redovisade patientupplevelser och erfarenheter av väl etablerade tjänster som tillämpas kliniskt. De nya artiklarna inhämtades från samma sökningar. När de nya artiklarna gick igenom identifierades samma kategorier som redan utformats. Detta kan påvisa tillförlitlighet till resultatet.

Eftersom avsikten med studien var att få en bred uppfattning om patienters upplevelser av digitala vårdtjänster har de inkluderade artiklarna en spridning i vilka typer av digitala vårdtjänster som har använts. Detta kan ses som en svaghet och gör att resultatet inte blir lika generaliserbart som det hade kunnat bli om upplevelsena handlade om samma typ av tjänst. Antalet artiklar i urvalet är för få för att resultatet ska kunna anses vara generaliserbart. Dock ger urvalet fortfarande värdefull kunskap inom ämnet och kan tillämpas i sjuksköterskans omvårdnadsarbete samt fungerar som underlag för vidare forskning inom ämnet. Syftet hade inte gått att besvara utan en spridning i digitala vårdtjänster då målet var att nå en bred kunskapsöversikt. Anledningen till en större breddning av patienternas upplevelser är chanserna är stora att sjuksköterskor stöter på flertalet digitala vårdtjänster och inte enbart en variant. Val av teoretisk utgångspunkt kan anses vara en styrka då digitaliseringen innebär att vården förändras i grunden och därmed förutsättningarna att bedriva personcentrerad omvårdnad.

Ett etiskt förhållningssätt applicerades genom arbetets gång. Kjellström (2017) beskriver att tolkningsutrymmet som finns i de etiska riktlinjerna medför en risk att det inte alltid har tagits hänsyn till deltagarnas bästa. Därav genomgicks varje artikels etiska överväganden noggrant och granskades kritiskt. Studier som kategoriserades som lågkvalitativa, kategori III, enligt Sophiahemmets granskningsmall uteslöts under urvalet. Med hänsyn till de deltagande i studierna tillämpades en konsekvent begreppsanvändning vid beskrivande av deltagarna. Innan arbetets början diskuterades den förförståelse (Kjellström, 2017) som sjuksköterskestudenter har inom ämnet, vilket togs i beaktning vid tolkning av resultatet. En medvetenhet kring risken att resultatet kan förvanskas och därmed patienternas upplevelser förvrängas har objektivitet i möjligaste mån eftersträvat.

Slutsats

Resultatet visade på att patienter framförallt uppskattar och upplever att digitaliseringen gör vården mer lättillgänglig. Ett ökat användande av digitala vårdtjänster oavsett verksamhet, kan bidra till att vården blir mer jämlik när människor i större utsträckning kan ges tillgång till samma typ av vård. Det framgår även att det finns fördelar som kan vara gynnsamma för många patienter som har ett behov att värna om den energi de har, eftersom ett digitalt vårdbesök kan ske utan att patienten fysiskt behöver förflytta sig. Samtidigt visar resultatet att det här är ett område inom utveckling där mer kunskap kontinuerligt behövs. Tjänsterna behöver hålla en teknisk och användarvänlig kvalitet och inte äventyra patienternas säkerhet. Sjuksköterskor behöver se till att arbetet med personcentrerad omvårdnad bevaras när vården transformeras. Detta innebär både att sjuksköterskan behöver inneha en ökad digital kompetens samt att medvetet arbeta med att se till att den digitala vården går i enlighet med personcentrerad omvårdnad.

Fortsatta studier

Resultatet tyder på att det kan finnas vissa fördelar med videosamtal jämfört med andra tjänster där parterna inte kan se varandra, som vid till exempel ett telefonsamtal. Här finns utrymme för vidare forskning med syfte att jämföra tjänsterna. Det hade vart intressant att se om det går att identifiera specifika sammanhang där det skulle vara till fördel att använda respektive tjänst. I vissa fall visar resultatet på ett lyckat informationsutbud i de digitala vårdtjänsterna och i vissa fall på att det finns brister. Det hade därför vart av intresse att se om det går att hitta gemensamma nämnare i avgörandet av att informationen upplevs som god eller ej och om det på ett generellt sätt går att anpassa tjänsternas information. I studien av Sun et al. (2019) rapporterade patienterna att de kunde använda tjänsten tack vare den initiala utbildningen de fick. Vidare studier om patientutbildning i digitala vårdtjänster kan leda till en minskning av personer i riskgrupp för digitalt utanförskap skulle vara högst intressant.

Klinisk tillämpbarhet

Arbetet med att utveckla och implementera digitala vårdtjänster som ett komplement till den konventionella hälso- och sjukvården ger en bättre och mer mångfacetterad vård till fler människor. Användandet av digitala vårdtjänster sker i de flesta, om inte alla verksamheter inom svensk hälso- och sjukvård. Kunskap bör därmed kunna hämtas från denna litteraturöversikt och appliceras oberoende av område sjuksköterskan arbetar inom. De digitala vårdtjänsternas övergripande mål med en bättre tillgänglighet till sjukvård för alla går i linje med punkt 3.8 i Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling (Förenta Nationerna [FN], 2021). FN (2021) beskriver att målet med punkt 3.8 är att *tillgängliggöra sjukvård för alla* genom att erbjuda grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet. En ökad användning av IKT förespråkas i arbetet med de globala målen, till exempel via delmålet 9.C: *“Tillgång till informations och kommunikationsteknik för alla”* (FN, 2021). Den personcentrerade omvårdnaden ser hela patienten med sociala, miljömässiga, ekonomiska och fysiologiska faktorer i åtanke. Sjuksköterskan ska i sin profession tänka globalt, agera lokalt, och har i sin roll möjlighet att påverka omvårdnadsarbetet genom medkänsla och en fördjupad förståelse av hälsa och välbefinnande (Rosa et al., 2019). Dessa egenskaper kommer väl till hands i digitala vårdtjänster, och i sjuksköterskans arbete med att fortsätta utveckla dem i syfte att möta varje enskild patients behov av omvårdnad.

Författarnas bidrag

Författarna Elin Dahlen och Alexander Larsson Vierth har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

- *Abelson, J. S., Kaufman, E., Symer, M., Peters, A., Charlson, M., & Yeo, H. (2017). Barriers and benefits to using mobile health technology after operation: A qualitative study. *Surgery*, 162(3), 605–611. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.05.007>
- *Anderson, K., Burford, O., & Emmerton, L. (2016). Mobile Health Apps to Facilitate Self-Care: A Qualitative Study of User Experiences. *PloS one*, 11(5), e0156164. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156164>
- *Arnaert, A., Girard, A., Craciunas, S., Shang, Z., Ahmad, H., Debe, Z., & Demyttenaere, S. (2022). Patients' experiences of telenursing follow-up care after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 31(7/8), 985–994. <https://doi.org/10.1111/jocn.15955>
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Blix, M. & Levay, C. (2018). *Digitalization and health care: a report to the swedish government's expert group on public economics*. (2018:6). https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2019/08/Digitalization-and-health-care-2018_6-English-version.pdf
- Bokolo A. J. (2021). Application of telemedicine and eHealth technology for clinical services in response to COVID-19 pandemic. *Health and technology*, 11(2), 359–366. <https://doi.org/10.1007/s12553-020-00516-4>
- Borycki E. (2019). Quality and Safety in eHealth: The Need to Build the Evidence Base. *Journal of medical Internet research*, 21(12), e16689. <https://doi.org/10.2196/16689>
- Chen, W., Yao, Y., Chen, T., Shen, W., Tang, S., Lee, H.K. (2021). Application of smartphone-based spectroscopy to biosample analysis: A review. *Biosensors and Bioelectronics*, 172(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.bios.2020.112788>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Studentlitteratur.
- Donelan, K., Barreto, E. A., Sossong, S., Michael, C., Estrada, J. J., Cohen, A. B., Wozniak, J., & Schwamm, L. H. (2019). Patient and clinician experiences with telehealth for patient follow-up care. *The American journal of managed care*, 25(1), 40–44.
- *Ehrenreich, K., Kaller, S., Raifman, S., & Grossman, D. (2019). Women's Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study. *Women's Health Issues*, 29(5), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.009>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>

Field, M.J. Institute of Medicine. (1996). *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications for Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/5296>

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 141-152). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. Uppl., ss. 37-48). Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (2021). Om de globala målen. Hämtad 10 mars, 2022, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>

Gjellebæk, C., Svensson, A., Bjørkquist, C., Fladeby, N., & Grundén, K. (2020). Management challenges for future digitalization of healthcare services. *Futures*, *124*, 102636. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102636>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl. ss. 412–416). Studentlitteratur.

Hussey, P., Adams, E., & Shaffer, F. A. (2015). Nursing Informatics and Leadership, an Essential Competency for a Global Priority: EHealth. *Nurse Leader*, *13*(5), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2015.07.002>

International Council of Nurses. (2021). The Icn code of ethics for nurses (Rev. ed.). https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

*Jacobs, M., Hopkins, J., Mumber, M., & Mynatt, E. (2020). Usability Evaluation of an Adaptive Information Recommendation System for Breast Cancer Patients. *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2019*, 494–503.

*Jakobsson, E., Nygård, L., Kottorp, A., & Malinowsky, C. (2019). Experiences from using eHealth in contact with health care among older adults with cognitive impairment. *Scandinavian journal of caring sciences*, *33*(2), 380–389. <https://doi.org/10.1111/scs.12634>

*Joschko, J., Liddy, C., Moroz, I., Reiche, M., Crowe, L., Afkham, A., & Keely, E. (2018). Just a click away: exploring patients' perspectives on receiving care through the Champlain BASETM eConsult service. *Family practice*, *35*(1), 93–98. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz073>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination* (ss. 81-98). Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57-80). Studentlitteratur.

Kraaijkamp, J., van Dam van Isselt, E. F., Persoon, A., Versluis, A., Chavannes, N. H., & Achterberg, W. P. (2021). eHealth in Geriatric Rehabilitation: Systematic Review of Effectiveness, Feasibility, and Usability. *Journal of medical Internet research*, 23(8), e24015. <https://doi.org/10.2196/24015>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Krysta, K., Romańczyk, M., Diefenbacher, A., & Krzystanek, M. (2021). Telemedicine Treatment and Care for Patients with Intellectual Disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1746. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041746>

LeBlanc, M., Petrie, S., Paskaran, S., Carson, D. B., & Peters, P. A. (2020). Patient and provider perspectives on eHealth interventions in Canada and Australia: a scoping review. *Rural and remote health*, 20(3), 5754. <https://doi.org/10.22605/RRH5754>

Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 626–629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>

*Matthias, M. S., Evans, E., Porter, B., McCalley, S., & Kroenke, K. (2020). Patients' Experiences with Telecare for Chronic Pain and Mood Symptoms: A Qualitative Study. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 21(10), 2137–2145. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz345>

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01>

McCormack B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13(3a), 31–38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Personcentredness - the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1–15. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5sp.003>

Mort, M., Roberts, C., & Callen, B. (2013). Ageing with telecare: Care or coercion in austerity. *Sociology of Health and Illness*, 35(6), 799–812. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01530.x>

Nguyen, M., Waller, M., Pandya, A., & Portnoy, J. (2020). A Review of Patient and Provider Satisfaction with Telemedicine. *Current allergy and asthma reports*, 20(11), 72. <https://doi.org/10.1007/s11882-020-00969-7>

Ortiz, M. R. (2018). Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0894318418774906>

*Palcu, P., Munce, S., Jaglal, S. B., Allin, S., Chishtie, J. A., Silverstein, A., & Kim, S. (2020). Understanding patient experiences and challenges to osteoporosis care delivered virtually by telemedicine: a mixed methods study. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 31(2), 351–361. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05182-5>

*Pedersen, M. K., Mohammadi, R., Mathiasen, K., & Elmoose, M. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy for anxiety in an outpatient specialized care setting: A qualitative study of the patients' experience of the therapy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(6), 846–854. <https://doi.org/10.1111/sjop.12665>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, (11. uppl.). Wolters Kluwer.

*Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of family medicine*, 15(3), 225–229. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 25-42). Studentlitteratur.

Rat, C., Hild, S., Rault Sérandour, J., Gaultier, A., Quereux, G., Dreno, B., & Nguyen, J. M. (2018). Use of Smartphones for Early Detection of Melanoma: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 20(4), 2. <https://doi.org/10.2196/jmir.9392>

Regeringen. (2020). *Satsning på digital utveckling inom vård och omsorg*. Hämtad 26 augusti, 2021, från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/02/satsning-pa-digital-utveckling-inom-var-d-och-omsorg/>

Rosa, W. E., Dossey, B. M., Watson, J., Beck, D.-M., & Upvall, M. J. (2019). The United Nations Sustainable Development Goals: The Ethic and Ethos of Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 37(4), 381–393. <https://doi.org/10.1177/0898010119841723>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 375- 389). Studentlitteratur.

Rush, K. L., Howlett, L., Munro, A., & Burton, L. (2018). Videoconference compared to telephone in healthcare delivery: A systematic review. *International journal of medical informatics*, 118, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.07.007>

Schlomann, A., Seifert, A., Zank, S., Woopen, C., Rietz, C. (2020). Use of Information and Communication Technology (ICT) Devices Among the Oldest-Old: Loneliness, Anomie, and Autonomy. *Innovation in Aging*, 4(2), 2. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz050>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 20 februari, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 5 mars, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., & Barnett, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e324. <https://doi.org/10.2196/jmir.8106>

Skär, L., & Söderberg, S. (2018). The importance of ethical aspects when implementing eHealth services in healthcare: A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1043–1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13493>

Socialdepartementet. (2016). *Vision e-hälsa 2025: gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård*. (S2016/01874/FS). <https://www.regeringen.se/499354/contentassets/79df147f5b194554bf401dd88e89b791/vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf>

Socialdepartementet. (2020). *En strategi för genomförande av vision e-hälsa 2025: Nästa steg på vägen 2020-2022*. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/Strategin-for-genomforande-av-vision-ehalsa-for-2020-2022.pdf>

Socialstyrelsen. (2018a). *E-hälsa*. Hämtad 27 januari, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/>

Socialstyrelsen. (2018b). *Digitala vårdtjänster: Övergripande principer för vård och behandling*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Att arbeta evidensbaserat*. Hämtad 20 februari, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>

Socialstyrelsen. (2021). *Legitimation och särskilt förordnande*. Hämtad 30 januari, 2022, från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/legitimation-och-sarskilt-forordnande>

SOS Alarm. (u.å.). *Ett tryggare Sverige för alla*. Hämtad 26 januari, 2022, från <https://www.sosalarm.se/om-oss/>

*Sun, C., Sun, L., Xi, S., Zhang, H., Wang, H., Feng, Y., Deng, Y., Wang, H., Xiao, X., Wang, G., Gao, Y., & Wang, G. (2019). Mobile Phone-Based Telemedicine Practice in Older Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(1), e10664. <https://doi.org/10.2196/10664>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Broschyr].

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Strategi för sjuksköterskors arbete med e-hälsa*. [Broschyr].

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623112e/1583940257065/strategi%20f%C3%B6r%20eh%C3%A4lsa%202019.pdf>

Sveriges kommuner och regioner. (2021). *Digitala vårdtjänster*. Hämtad 26 augusti, 2021, från

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/dethargorskrinomehalsa/digitalavardtjanster.28304.html>

Vicente, K. (2004). *The human factor: Revolutionizing the way people live with technology*. New York, NY: Routledge.

*Warner, M. M., Tong, A., Campbell, K. L., & Kelly, J. T. (2019). Patients' Experiences and Perspectives of Telehealth Coaching with a Dietitian to Improve Diet Quality in Chronic Kidney Disease: A Qualitative Interview Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(8), 1362–1374. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.01.023>

*Waterworth, S., Raphael, D., Parsons, J., Arroll, B., & Gott, M. (2018). Older people's experiences of nurse-patient telephone communication in the primary healthcare setting. *Journal of advanced nursing*, 74(2), 373–382. <https://doi.org/10.1111/jan.13449>

*Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 19(3), 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.11.006>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Hämtad från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>

World Health Organization. (u.å.a). *What does "Health" mean to you?*. Hämtad 13 februari, 2022, från <http://www.emro.who.int/about-who/rc60/what-does-health-mean-to-you.html>

World Health Organization. (u.å.b). *eHealth*. Hämtad 27 januari, 2022, från <http://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 12 februari, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats:*

Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3 uppl., ss. 59–80). Studentlitteratur.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Abelson, J. S., Kaufman, E., Symer, M., Peters, A., Charlson, M., & Yeo, H. 2017 USA	Barriers and benefits to using mobile health technology after operation: A qualitative study	Att undersöka allmänhetens uppfattning om e-hälsans för- och nackdelar i samband med återhämtning efter kirurgi.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna personer som genomgått kirurgi. <u>Datainsamling:</u> Digitala svarsformulär med fördefinierade frågor. <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys.	3230 (2430)	Fem kategorier vardera under hinder och fördelar med återhämtning via e-hälsan identifierades. Rangordnades enligt flest omnämmanden av deltagarna enligt nedan. Hinder: Skydd av personlig information, tekniska hinder, patienterna föredrar ett fysiskt möte, ökad ansträngning hos användaren för att nyttja tjänsten, äldre patienters svårigheter att hantera e-tjänsten. Fördelar: Ökad övervakning av återhämtning, förbättrad kommunikation, ej behov av att besöka klinik, bekvämlighet, ökad patientundervisning.	K I
Anderson, K., Burford, O., & Emmerton, L. 2016 Australien	Mobile Health Apps to Facilitate Self-Care: A Qualitative Study of User Experiences.	Att utforska hur personer uppfattar nyttan med hälsoappar och kan ge förslag på förbättring av apparnas användarvänlighet.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna engelsktalande personer boende i Perth som under den senaste månaden använt hälsoapp(ar) för att monitorera sin hälsa. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	26 (4)	Positiva upplevelser: Ökad insyn i det egna hälsotillståndet, självhantering av ohälsa, digital överföring av data till hälso- och sjukvård, övervakning av historik utan kontakt med hälso- och sjukvård, sociala funktioner motiverade till motion, taktila, hörbara och visuella feedback. Negativa upplevelser: Funktionalitet beroende av miljön. Kommersiell tredjeparts tillgång till hälsodata orsakade oro. Hårdvarans förutsättningar irriterade användaren. Önskemål om vidare utveckling: Felmätningar orsakade av fel i hård- eller mjukvara. Ökad interaktion mellan olika hälsoappar. Ökad individuell anpassning av funktioner. Utökade sociala funktioner kring andra med snarlik hälsa/ohälsa. Utökade funktioner för olika typer av motion.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Arnaert, A., Girard, A., Craciunas, S., Shang, Z., Ahmad, H., Debe, Z., & Demyttenaere, S. 2021 Kanada	Patients' experiences of telenursing follow-up care after bariatric surgery	Att utforska bariatriskas patienters erfarenheter av att få postkirurgisk omvårdnad via en teleövervakningsplattform	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna patienter med inplanerad bariatrisk operation <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	22 (0)	Patienterna upplevde en ökad tillgång till bariatrisk vård, minskade resekostnader och tidsåtgång för besök. Snabbare möjlighet till rådgivning. Patienterna upplever en ökad kontroll över deras tillstånd och möjligheter till återhämtning, egenvård. Önskar mer användarvänlighet i tjänstern.	K II
Ehrenreich, K., Kaller, S., Raifman, S., Grossman, D. 2019 USA	Women's Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study	Syftet var att utvärdera patienters erfarenheter av att ha ett informationsbesök om abort via telemedicin (videobesök).	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Kvinnor över 18 år som haft ett informationsbesök om abort rekryterades via en enkät som skickades ut under en period på 6 mån 2017. De som svarade på enkäten och uppgav att dom haft besöket via telemedicin tillfrågades delta i studien. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	18 (-)	Patienterna upplevde minskad börda med besöket (tid, resande, kostnader). Patienter som bodde nära mottagningen upplevde en ökad integritet. 2 av deltagarna hade föredragit ett fysiskt besök.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jacobs, M., Hopkins, J., Mumber, M., & Mynatt, E. 2020 USA	Usability Evaluation of an Adaptive Information Recommendation System for Breast Cancer Patients	Att utvärdera användbarheten av en individanpassad mobilapplikation, MyPath, som förändras över tid i samband med förloppet av patienters cancersjukdom.	<u>Design</u> : Kvalitativ metod <u>Urval</u> : Vuxna personer som avslutat sin bröstcancerbehandling. <u>Datainsamling</u> : Semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys</u> : Kvalitativ innehållsanalys	11 (1)	Sex kategorier identifierades: Tre positiva, två negativa och en synpunkt på förbättring. Positiva: Tillgång till icke-kliniska resurser i applikationen, känslomässigt stöd i vardagen som inte alltid erbjuds vid ett fysiskt besök. Kort och koncis klinisk information vid en övergång i cancerbehandlingen, som inte var överväldigande eller svårtolkad utan förståelse. Informationsmaterial i olika multimedia, ex. videomaterial. Negativa upplevelser: Navigeringssvårigheter. Olika behov och önskemål om individanpassad mängd information. Synpunkter på vidareutveckling: Önskemål om lista på vårdteam, och andra resurser i lokalsamhället ex. transporttjänster eller finansiellt stöd för sjuka.	K I
Jakobsson, E., Nygård, L., Kottorp, A., Malinowsky, C. 2019 Sverige	Experiences from using eHealth in contact with health care among older adults with cognitive impairment	Syftet var att utforska patienters erfarenheter av att använda eHälsa bland äldre vuxna med kognitiv funktionsnedsättning	<u>Design</u> : Kvalitativ metod <u>Urval</u> : Personer 55 + med olika former av diagnostiserad kognitiv funktionsnedsättning, boende i det egna hemmet, löpande kontakt med vården och förmåga att delta i intervju på svenska. <u>Datainsamling</u> : Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : Tematisk analys.	9 (-)	Äldre patienter med kognitiv funktionsnedsättning föredrar att använda så enkla e-tjänster som möjligt. Hälso- och sjukvården bör erbjuda olika former av e-hälsa för att möta de personliga preferenser som finns hos målgruppen. Patienterna föredrog ett personligt möte via telefon, och blev förvirrade av digital egenvård.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Joschko, J., Liddy, C., Moroz, I., Reiche, M., Crowe, L., Afkham, A., & Keely, E. 2017 Kanada	Just a click away: exploring patients' perspectives on receiving care through the Champlain BASETM eConsult service	Att utforska patienters attityder till e-hälsaprogrammet eConsult och deras erfarenheter av tjänsten som ett sätt att ta emot vård.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna patienter som hade kontakt med primärvården via e-hälsaprogrammet eConsult. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	38 (8)	Tre underkategorier identifierades. Tillgänglighet: Snabb konsultation och diagnos var en fördel. Tjänsten kan nyttjas oavsett patienternas geografiska lokalisering. Acceptans: Hög acceptans. Tids- och kostnadseffektivt. Påverkar inte det dagliga livet som ett fysiskt besök. Primärvårdens stärkta roll: Ökad trygghet, åkomor kunde undersökas av husläkare och via e-tjänsten även specialister. Inga köer. Negativa patientupplevelser: Ingen direktkontakt med specialist, informationen via husläkaren är andrahandsinformation. Patienterna föredrog e-tjänsten framför fysiskt möte med primärvården.	K I
Matthias, M. S., Evans, E., Porter, B., McCalley, S., & Kroenke, K. 2020 USA	Patients' Experiences with Telecare for Chronic Pain and Mood Symptoms: A Qualitative Study	Syftet var att vara att bättre förstå patienternas perspektiv och upplevelser av två olika interventionsmetoder med olika nivåer av resurser	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna, med muskel/skelettsjukdom längre än 2 månader, med farmakologisk smärtlindring. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	25 (0)	Både interventionsmetoderna uppskattades och gav resultat i båda grupperna. Den interventionen med fler resurser gav något högre resultat. Patienterna i gruppen med en lägre nivå av resurser tror att dom hade fått ännu bättre resultat om dom haft stödet av att kunna prata med en sjuksköterska.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Palcu, P., Munce, S., Jaglal, S. B., Allin, S., Chishtie, J. A., Silverstein, A., & Kim, S 2020 Kanada	Understanding patient experiences and challenges to osteoporosis care delivered virtually by telemedicine: a mixed methods study	Syftet var att från patienternas perspektiv förstå erfarenheter, fördelar och utmaningar med att få vård för osteoporos via telemedicin.	<u>Design</u> : Mixad metod, Kvantitativ: Tvärsnittsstudie, Kvalitativ: Semistrukturerade intervjuer <u>Urval</u> : Vuxna, med en tidigare kontakt i behandlingsprogrammet OP TM. <u>Datainsamling</u> : Kvalitativ: Semistrukturerade intervjuer Kvantitativ: Enkät <u>Dataanalys</u> : Kvalitativ: Tematisk analys. Kvantitativ. Statistisk analys	Kvant 69 Kval: 15	Kvaliteten uppfattades vara likvärdig med ett fysiskt besök. En brist påpekades att vårdpersonal borde bli bättre på att informera om de alternativ som finns till fysiska besök.	P I
Pedersen, M. K., Mohammadi, R., Mathiasen, K., & Elmoose, M. 2020 Danmark	Internet-based cognitive behavioral therapy for anxiety in an outpatient specialized care setting: A qualitative study of the patients' experience of the therapy	Syftet var att utforska patienters erfarenheter av en internetbaserad kognitiv beteendeterapi som utförs på egen hand	<u>Design</u> : Kvalitativ metod <u>Urval</u> : Vuxna som deltagit i Internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi, KBT. <u>Datainsamling</u> : Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : Tematisk analys	12 (0)	Behandlingen var ogynnsam jämfört med vanlig behandling vid fysiska besök.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Powell, R., Henstenburg, J., Cooper, G., Hollander, J., & Rising, K. 2017 USA	Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits	Att beskriva patientupplevelsen av videobesök med primärvården.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna patienter efter videosamtal med ett enda akademiskt sjukhus. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade telefonintervjuer. <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys.	32 (13)	Blandade upplevelser gällande tekniken: Låg kvalitet i videosamtalen, bristande användarvänlighet och dålig internetuppkoppling. Kunde delta i ett videosamtal efter konsultation med familjemedlem eller tjänstens tillhörande IT-support. Majoriteten ansåg att videosamtalen och användarvänligheten höll hög kvalitet. Tillgängligheten det mest positiva. Tids- och kostnadseffektiv och mindre inverkan på det dagliga livet. En förlust av "face-to-face" trygghet. Patienter utanför hemmet uppgav svårigheter att finna privat plats för samtalet. En komorbiditet angav videosamtalet som bättre än fysiskt på grund av rörelserestriktioner.	K I
Sun, C., Sun, L., Xi, S., Zhang, H., Wang, H., Feng, Y., Deng, Y., Wang, H., Xiao, X., Wang, G., Gao, Y., & Wang, G. 2019 Kina	Mobile Phone-Based Telemedicine Practice in Older Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Randomized Controlled Trial	Att undersöka nyttan av en mobil applikation i samband med Diabetes Mellitus typ 2, DM2, hos äldre patienter.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> Patienter, 65 år eller äldre med DM2. <u>Datainsamling:</u> Inskickade blodglukosvärden, samt frågeformulär med förifyllda svarsalternativ. <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys.	91	Patienterna upplevde att de fick hjälp av appen att sköta sitt blodsocker och uplevde att det är tillfredsställande att sköta sitt blodsocker på egen hand. Blodsockernivåerna var efter tre månader lägre hos experimentgruppen än hos kontrollgruppen.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Warner, M. M., Tong, A., Campbell, K. L., & Kelly, J. T. 2019 Australien	Patients' Experiences and Perspectives of Telehealth Coaching with a Dietitian to Improve Diet Quality in Chronic Kidney Disease: A Qualitative Interview Study	Syftet var att beskriva acceptansen och erfarenheter från patienter som deltagit i telefon och sms-coaching av deras matvanor.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod. <u>Urval:</u> Ålder 28-78 år, stadium 3 eller 4 av kronisk njursjukdom, I Queensland. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys.	21	Individuell patientundervisning via telefon och i textform var fördelaktigt för patienterna. Patienterna kände empowerment och stöd, och sökte sig till sundare kosthållning. Hög acceptans vid regelbunden och individanpassad kontakt.	K I
Waterworth, S., Raphael, D., Parsons, J., Arroll, B., Gott, M. 2018 Nya Zeeland	Older people's experiences of nurse-patient telephone communication in the primary healthcare setting	Syftet var att utforska de äldres erfarenheter av telekommunikation med sjuksköterskor.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Engelsktalande, 65+ med två eller fler långvariga sjukdomstillstånd. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys.	21	Patienterna upplevde svårigheter att på egen hand avgöra vilken typ av sjukvård de ska söka digitalt. Hög ålder bidrog till osäkerheten. Mer arbete bör läggas på personliga förutsättningar i utformandet av telemedicin och e-hälsa.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. 2014 Storbritannien	Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer	Utforska patientupplevelser av telefonbaserad uppföljning (TFU) medspecialist-sjuksköterska efter kolorektalcancer-relaterad kirurgi.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod <u>Urval:</u> Vuxna patienter som genomgått kirurgi för kolorektalcancer. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys.	31 (5)	Positivt: tillgänglighet via TFU, slopad väntetid, inga resekostnader, mindre inverkan i dagliga livet. Vid komorbiditet angavs även anledningen rörelserestriktioner. Telefonsamtalens punktlighet gav snävare tidsram för uppföljningen än fysiskt besök. Telefonsamtalen i hemmet var avslappnade och personliga, i en privat sfär som inte återfinns på kliniker. Patienterna vågade ställa fler frågor i hemmiljön. TFU:ns förbestämda struktur gav deltagarna möjlighet att förbereda sig. Personlig relation med sjuksköterskan. Hade velat ha ett ansikte till sjuksköterskans röst i telefonen, även om detta inte påverkade deras tillfredsställelse med samtalet. Information som främjade egenvård i hemmet. Nackdelar: avsaknad av mötet med och stödet från andra patienter.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet