



UPPSALA
UNIVERSITET



Karolinska
Institutet



Utveckling av rekommendationer för implementering av e-hälsa i primärvården baserat på fallstudier (ePrIm)

Slutrapport



Projektgrupp:

Maria Hägglund (projektledare), Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset

Lovisa Jäderlund Hagstedt, Karolinska Institutet, Tiohundra

Irene Muli, Uppsala universitet

Helena Hvitfeldt, Tiohundra, Uppsala universitet

Nadia Davoody, Karolinska Institutet

Marina Taloyan, SLSO, Karolinska Institutet

Sammanfattning

Projektet “Utveckling av rekommendationer för implementering av e-hälsa i primärvården baserat på fallstudier” (ePrIm) syftar till att undersöka hur digitalisering av primärvården påverkar arbetsmiljö och vårdpersonalens arbetssätt likväl som patienternas upplevelser av digitalisering och hur den påverkar deras relation till vården, med målsättning att vidareutveckla riktlinjer och rekommendationer för digitalisering i primärvården. Vi har valt tre fallstudier inom områden som är högaktuella i primärvårdens digitalisering idag; (1) tillgång till journal, (2) patienters egenmonitorering vid kronisk sjukdom, och (3) digitala vårdmöten.

Varje fallstudie i ePrIm har gett viktig kunskap om respektive tjänst som är viktiga att ha med sig i framtida implementeringar av liknande tjänster, men vi har också identifierat generella faktorer som påverkar sannolikheten att en implementering av en digital tjänst i primärvården lyckas och att den blir accepterad och inte får en negativ effekt på vårdpersonalens arbetsmiljö. Våra sex rekommendationer är; (1) Implementera inte för tidigt, (2) Var tydlig med värdet och syftet med införandet, (3) Fokusera på arbetsprocesserna – inte tekniken, (4) Följ implementeringen över tid, (5) Stöd den som stödjer, (6) Glöm inte patientperspektivet.

Vi har arbetat när de kliniska verksamheterna i och med att flera forskare i vårt team arbetar med de akademiska vårdcentraler som deltagit i studierna. Denna nära koppling till praktiken har gjort att vi kunnat inhämta återkoppling under studiens gång, och samtidigt kunnat presentera våra resultat kontinuerligt för verksamheterna på till exempel arbetsplatsträffar och fortbildningstillfällen. På samma sätt har vi tät kommunikation med leverantörerna av de digitala tjänster vi studerat.

Innehållsförteckning

Projektets syfte och bakgrund	5
Digitalisering i primärvården	5
Relation till svensk och internationell forskning inom området	6
Syfte	7
Projektets genomförande	8
Fallstudie 1 – Journaltillgång för vårdpersonal och patienter	8
Mobila e-hälsolösningen Hälsa På Plats (HäPP)	8
Patienters tillgång till sin journal	9
Fallstudie 2 - Egenmonitorering och samarbete med vården	10
Fallstudie 3 – Digitala vårdmöten	11
Uppnådda resultat	13
Fallstudie 1 - Journaltillgång för vårdpersonal och patienter	13
Hälsa På Plats (HäPP)	13
Journalen	13
Patienters kännedom om och användning av <i>Journalen</i>	13
Vårdpersonalens upplevelser av arbetsmiljö efter införandet av <i>Journalen</i>	15
Implementering av <i>Journalen</i> i primärvården	16
Fallstudie 2 - Egenmonitorering och samarbete med vården	18
Egenmakt	19
Kontakt sjukvård – patient	19
Hantering av monitorering	20
Fallstudie 3 - Digitala videomöten	21
Videomötens påverkan på vårdpersonalens arbetsmiljö	21
Normalisering av videobesök i primärvården	23
Patienters upplevelser av att använda videobesök genom <i>Alltid öppet</i>	26
Fortsätta användning av videomöten med vårdpersonal och skäl att sluta	26
Patienternas upplevelser av det senaste videomötet via <i>Alltid öppet</i>	26
Introduktion till och fortsatt användning av videomöten	27
Rekommendationer	29
Implementera inte för tidigt!	30
Var tydlig med värdet och syftet med införandet!	30
Fokusera på arbetsprocesserna – inte tekniken!	30
Följ implementeringen över tid!	30

Stöd den som stödjer! _____	31
Glöm inte patientperspektivet! _____	31
Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning _____	32
Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram _____	33
Referenser _____	36

Projektets syfte och bakgrund

Att implementera e-hälsa i primärvården ställer höga krav på tjänstens användbarhet och interoperabilitet, men också på ledning, kompetensutveckling och förändringsarbete. När e-hälsa ska användas av vårdpersonal och patienter i samarbete måste också patienternas förväntningar och förutsättningar inkluderas för att säkerställa framgångsrik digitalisering. Det är därför av största vikt att vi ökar förståelsen för hur e-hälsa bör utformas och implementeras på bästa sätt i primärvården.



Projektet “Utveckling av rekommendationer för implementering av e-hälsa i primärvården baserat på fallstudier” (ePrIm) syftar till att undersöka hur digitalisering av primärvården påverkar arbetsmiljö och vårdpersonalens arbetssätt likväl som patienternas upplevelser av digitalisering och hur den påverkar deras relation till vården, med målsättning att vidareutveckla riktlinjer och rekommendationer för digitalisering i primärvården. Projektet ämnar ge ny förståelse för vilka effekter digitaliseringen har på arbetsmiljön i primärvården, men också insikter i hur digitaliseringen påverkar arbetsprocesser och arbetsinnehåll när nya verktyg gör det möjligt för patienter att själva hantera mer av monitorering och digitala vårdbesök ska integreras i traditionell primärvården. Vad krävs egentligen av vårdpersonalen i denna förändring och hur hanterar vi de ökade kraven på digital kompetens? Hur påverkas patienters vårdupplevelse och förväntningar på vården av den ökade digitaliseringen?

Digitalisering i primärvården

Primärvården utgör basen i hälso- och sjukvården och ansvarar för den hälso- och sjukvård som bedrivs på vård- eller hälsocentraler. I Region Stockholm ansvarar primärvården även för hemsjukvården. Andelen äldre i befolkningen har ökat kraftigt de senaste hundra åren och kommer att fortsätta öka kraftigt, vilket kommer att ställa ökade krav på både primärvård och hemsjukvård. Samtidigt ställs ökande krav på delaktighet och insyn för patienter och närstående, och den snabba utvecklingen av e-hälsa öppnar upp för helt nya sätt för individen att självmonitorera sin hälsa och samarbeta med vården [1,2]. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beskriver i sin rapport “Så möter vi vårdens utmaningar” hur digitalisering kommer att kunna bidra till ökad tillgänglighet, ökad jämlikhet och ökad patientsäkerhet [3], vilket också lyfts i Regeringens och SKRs vision för e-hälsa [4].

Det finns höga förväntningar på digitaliseringens möjligheter att skapa nytta för både invånare och medarbetare i vården, men trots detta så brottas vi idag med stora problem med e-hälsa. I rapporten ”Störande eller stödjande” från 2013 beskrivs hur låg användbarhet, bristande kompetens och bristande interoperabilitet mellan de många e-hälsolösningar som används i vården skapar stress och frustration hos vårdens medarbetare [5]. Denna diskrepans mellan en högt ställd målbild och en frustrerande verklighet riskerar att långsiktigt påverka vårdens digitalisering och arbetsmiljö negativt. Detta gäller inte minst i primärvården där hög arbetsbelastning och brist på personal redan påverkar arbetsmiljön negativt. Att implementera e-hälsa här ställer höga krav på tjänstens användbarhet och interoperabilitet, men också på ledning, kompetensutveckling

och förändringsarbete. Det är därför av största vikt att vi ökar förståelsen för hur e-hälsa bör utformas och implementeras i primärvården.

Vi behöver en djupare förståelse för vilka effekter digitaliseringen har på arbetsmiljön i primärvården, men också insikter i hur digitaliseringen påverkar arbetsprocesser och arbetsinnehåll när nya verktyg gör det möjligt för patienter att själva hantera mer av monitorering och kan ta del av sina egna journaler via nätet, och när digitala vårdbesök och egenmonitoreringsprocesser ska integreras i traditionell primärvård. Vad krävs egentligen av vårdpersonalen i denna förändring och hur hanterar vi de ökade kraven på digital kompetens?

Relation till svensk och internationell forskning inom området

För att kunna förbättra arbetsmiljön för vårdpersonal inom kommun och landsting krävs en fördjupad förståelse av hur arbetet påverkas av digitaliseringen och här kan ett sociotekniskt perspektiv med implementeringsfokus bidra med den struktur som ofta saknas vid utvärderingar av enskilda digitaliseringsprojekt.

Begreppet socio-tekniska system används för att beskriva system där teknik (i det här fallet e-hälsa) och organisation (de människor som interagerar med tekniken och de regelverk och organisatoriska principer som påverkar dem) måste utvecklas tillsammans. Tekniken påverkar organisationen och vice versa. Detta gäller inte minst när e-hälsolösningar påverkar arbetsprocesser och kommunikation i vården. Sittig och Singh har tagit fram ett socio-tekniskt ramverk för utvärdering av e-hälsa där de identifierar 8 dimensioner som måste studeras för att få en helhetsbild av vad som påverkar den nytta e-hälsan skapar; (1) hård och mjukvara, (2) kliniskt innehåll, (3) användargränssnitt, (4) människor, (5) arbetsprocesser och kommunikation, (6) interna policies, regelverk och kultur, (7) externa krav, regelverk, lagstiftning, och (8) uppföljning och utvärdering [5]. Tydliga likheter finns mellan den här typen av sociotekniska ramverk och teorier från implementeringsforskningen. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) utgår t ex från 5 domäner; (1) egenskaper hos interventionen, (2) yttre kontext, (3) inre kontext, (4) egenskaper hos de individer som medverkar, och (5) implementeringsprocessen [6]. Här läggs dock mycket större vikt vid själva implementeringsprocessen – hur får vi på bästa sätt en intervention att användas och skapa den tänkta nyttan? Vikten av stöd från ledningen, resurstilldelning och förändringsledare understryks. Professionell identitet och hierarkiska strukturer har också visat sig spela roll vid implementering av e-hälsa, vilket måste tas i beaktande [7]. Med erfarenhet från tidigare införanden av digitala lösningar i hälso- och sjukvården ser vi ett stort behov av fördjupad kunskap om och förståelse för vikten av ett sociotekniskt perspektiv med fokus på implementerings- och förändringsprocesser för att vi ska kunna uppnå de högt ställda förväntningarna på digitalisering.

En målsättning vid implementering av e-hälsa är att de digitala tjänsterna inte ska upplevas som främmande eller svår använda, utan som en naturlig del av vården. Normalization Process Theory (NPT) är en teori från implementeringsforskning som förklarar och beskriver det samarbete som behövs mellan olika aktörer för att ett nytt arbetssätt eller en ny innovation ska bli vardag, eller normaliseras. NPT omfattar fyra mekanismer: samstämmighet (coherence); kognitiv medverkan (cognitive participation);

kollektivt agerande (collective action); och reflekterande monitorering (reflective monitoring) [8].

En viktig faktor när det gäller digital arbetsmiljö är stress. I Karasek och Theorells välkända modell beskrivs hur upplevda krav och upplevd kontroll är avgörande för om arbetet leder till stress eller inte [9]. Höga yttre krav och låg nivå av personlig kontroll kan skapa en negativ spänning som kan leda till ohälsa. Om en person upplever hög personlig kontroll kan dock höga krav hanteras och t o m leda till ett tillstånd av positiv aktivitet. Krav kan definieras som psykologiska stressfaktorer i arbetssituation, t ex kvalitetskrav, tidspress och hög arbetsbelastning. Kontroll å andra sidan definieras dels som graden av egenkontroll och självbestämmande, och dels som stimulans och utveckling genom t ex variation i arbetsuppgifter. En tredje faktor, socialt stöd, har senare lagts till i modellen; upplevelsen av socialt stöd kan påverka hur individen klarar av och reagerar på en stressig arbetsmiljö.

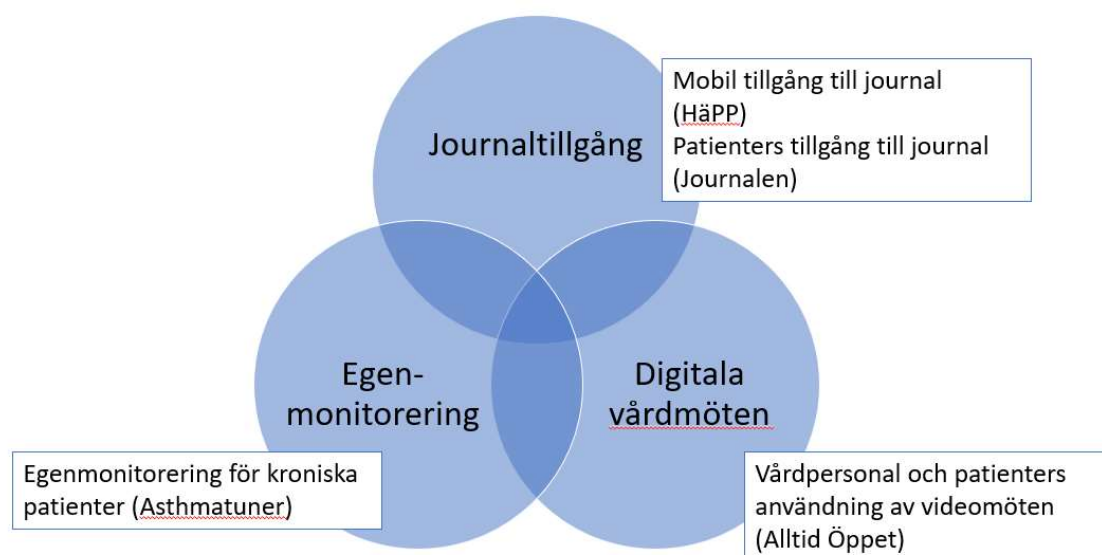
Syfte

Det övergripande syftet med projektet är att studera hur implementering av e-hälsa i primärvården påverkar arbetsprocesser och upplevd arbetsmiljö hos vårdpersonal samt patienters vårdupplevelse och förväntningar på vården, och baserat på detta vidareutveckla rekommendationer och riktlinjer för digitalisering i primärvården.

Projektets genomförande

Implementering av komplexa socio-tekniska interventioner är i hög grad kontextberoende och påverkas av många olika faktorer [6]. Detta innebär att implementering av en digital tjänst kan variera från en kontext till en annan, och olika implementeringsstrategier kan behövas för olika typer av digitala tjänster i samma kontext. Detta skapar utmaningar för både forskning och praktik – hur följer vi upp implementering av e-hälsa? Vad är en effekt av e-hälsolösningen i sig och vad beror på andra faktorer? I detta projekt har vi studerat 3 olika typer av e-hälsotjänster som implementerats i primärvården.

Vi har valt tre fallstudier (se Figur 1) inom områden som är högaktuella i primärvårdens digitalisering idag; (1) tillgång till journal, (2) patienters egenmonitorering vid kronisk sjukdom, och (3) digitala vårdmöten.



Figur 1 - Översikt över projektets fallstudier

Vi har använt oss av både kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder i de olika fallstudierna (se mer nedan). Resultat från respektive fallstudie har kontinuerligt jämförts för att kunna skapa förslag till rekommendationer för implementering av digitala tjänster i primärvården.

Fallstudie 1 – Journaltillgång för vårdpersonal och patienter

I den första fallstudien studerades två e-hälsolösningar; (1) mobil tillgång till journal för vårdpersonal som gör hembesök (Hälsa på plats/HäPP), och (2) patienters tillgång till journal via 1177 (*Journalen*).

Mobila e-hälsolösningen Hälsa På Plats (HäPP)

I samverkan med Akademisk vårdcentral (AVC) Norrtälje Tiohundra, Innovations-slussen SLSO och Chorus AB utvecklades 2015 den mobila e-hälsolösningen Hälsa på plats (HäPP). HäPP är en applikation för smarttelefon eller läsplatta som ger mobil

tillgång till det elektroniska patientjournalssystemet TakeCare, vilket är det journalsystem som används inom hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO). Genom HäPP kan vårdpersonal få full tillgång till patientjournalen vid hembesök. En tidigare genomförd pilotstudie avbröts på grund av brister i användbarhet och interoperabilitet som ledde till låg användning [10]. I detta projekt har vi följt upp den misslyckade implementeringen och analyserat den utifrån dimensionerna i CFIR ramverket [6].

Studiekontext: Projektet genomfördes vid AVC Norrtälje där vårdpersonal som arbetar inom hemsjukvården eller med hembesök (distriktssköterskor och läkare) intervjuades om sina förväntningar på införandet och upplevelserna av att använda HäPP.

Metodbeskrivning: Deltagare i studien var i huvudsak sjuksköterskor, men även läkare. Deltagarna arbetade antingen i hemsjukvårdsteamerna på vårdcentralerna som ingick i studien (åtta sjuksköterskor och en läkare), eller i den kommunala hemsjukvårdsorganisationen (åtta sjuksköterskor och en läkare). Vi genomförde både fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal innan införandet av HäPP, med fokus på deras förväntningar, och enskilda intervjuer efter införandet för att följa upp hur vårdpersonalen upplevt att använda det nya mobila verktyget. Materialet analyserades med utgångspunkt i CFIR-ramverkets dimensioner för att försöka kartlägga och förstå vilka dimensioner och faktorer som bidrog till att implementeringen misslyckades.

Patienters tillgång till sin journal

Patienters tillgång till sin journal via 1177 (e-hälsotjänsten *Journalen*) implementerades inte under projektets gång, men är en tjänst som har haft stor påverkan på både patienter och vårdpersonal. Genom *Journalen* kan patienter ta del av journalanteckningar, labbsvar, diagnoser [11]. När tjänsten först infördes i Region Uppsala 2012 var den mycket kontroversiell [12], men har sedan dess spritt sig till alla regioner. Region Stockholm införde *Journalen* tidigt 2017 i primärvården.

Studiekontext: Studierna genomfördes i primärvården i Region Stockholm. Vårdpersonal rekryterades från och intervjuades vid en vårdcentral. Patienter på sex vårdcentraler i Region Stockholm (Hässelby, Gustavsberg, Liljeholmen, Kvarnholmen, Jakobsberg och Huddinge), samt patienter som haft ett digitalt videomöte genom någon av fyra digitala vårdtjänster (Kry, Min Doktor, Doktor24 och via Region Stockholms app *Alltid öppet*), bjöds in att besvara enkäten.

Metodbeskrivning: Figur 2 ger en översikt över de metoder som använts i studierna kring *Journalen*. Vårdpersonal på Jakobsbergs vårdcentral intervjuades 2017 om sina erfarenheter av patienters tillgång till sina journaler via 1177. Intervjuerna genomfördes ca 6 månader efter att Region Stockholm gjort det möjligt för patienter att ta del av sina journaler via nätet. Fjorton intervjuer genomfördes med läkare, sjuksköterskor, dietister, fysioterapeuter, kurator, och medicinska sekreterare. Intervjuerna har analyserats utifrån olika perspektiv, bland annat med fokus på hur vårdpersonalen upplevt att arbetsmiljön

påverkats [13], vilka förbättringsförslag de har [14], samt faktorer som kan ha positiv eller negativ effekt på implementeringen utifrån CFIR-ramverket.

Patientenkäten delades ut oktober 2020 - maj 2021 till patienter på sex fysiska vårdcentraler i Region Stockholm och fyra digitala vårdgivare. Patienterna besvarade enkäten antingen på papper eller digitalt. Alla deltagare samtyckte till att delta i studien som har godkännande från Etikprövningsmyndigheten (Dnr: 2020-00860 med tillägg 2020-06506 och 2021-04602).

På fysiska vårdcentraler rekryterades patienter av studiepersonal i samband med ett besök.

Patienterna kunde välja att antingen fylla i enkäten på papper direkt på vårdcentralen eller ta med sig enkäten hem och skicka tillbaka den i ett förfrankerat kuvert. Deltagare som föredrog att fylla i enkäten online kunde lämna sin e-postadress och fick då ett mail med en länk till en digital enkät samma dag.

Hos de digitala vårdgivarna bjöds patienter in att delta antingen genom ett meddelande med information om studien som skickades via den digitala plattform som använts vid vårdtillfället, eller via ett e-postmeddelande inom 24 timmar efter vårdkontakten. Inbjudan innehåller en kort beskrivning av studien och en länk till den digitala enkäten som också innehöll den fullständiga studieinformationen. Studiedeltagarna kunde också kontakta forskargruppen för att få en papperskopia av enkäten, men endast en person valde att göra det.

Fallstudie 2 - Egenmonitorering och samarbete med vården

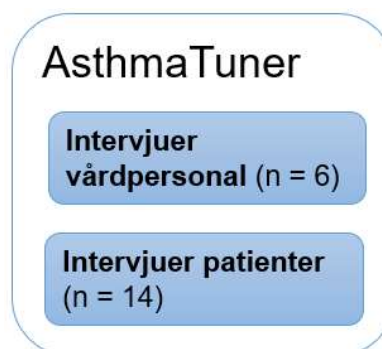
AsthmaTuner är en digital tjänst som består av en app som gratis laddas ner till patientens mobiltelefon (Android eller iOS), och samlar in data från en trådlöst (via bluetooth) kopplad spirometer och fyra symtomfrågor som besvaras direkt i appen. En läkarordinerad behandlingsplan anpassad till tre astmanivåer (kontrollerad, delvis kontrollerad och okontrollerad astma) förskrivs av ansvarig läkare. Patienten får en rekommenderad behandling som är kopplad till aktuell lungfunktion och grad av astma i appen. Vårdpersonal kan också följa patienternas egenmätningar och använda dessa i sitt arbete. Fallstudien har löpt parallellt med en klinisk studie där syftet har varit att undersöka om *AsthmaTuner* kan minska patienters astmabesvär och kostnader för astmavården, samt undersöka om det kan förebygga eller mildra astmaattacker i större utsträckning än traditionell icke digital vård. Vi har följt upp hur användningen påverkar vårdpersonalens arbete och hur man upplever införandet och användandet av *AsthmaTuner* i sin dagliga verksamhet, samt patienters upplevelse av att använda verktyget.



Figur 2 – översikt metod studier Journalen

Studiekontext: Projektet genomförs vid AVC Norrtälje i samarbete med kliniska forskare från Karolinska Institutet (Björn Nordlund är huvudansvarig för den kliniska studien). Studiedeltagare är både vårdpersonal på AVC Norrtälje och patienter som deltar i den kliniska studien.

Metodbeskrivning: Vi intervjuade 14 patienter som hade använt *AsthmaTuner* i minst sex månader, och sex astma/KOL-sjuksköterskor från fem vårdcentraler (Figur 3). Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera deras upplevelser och tolka resultaten.



Figur 3 – översikt metod studier AsthmaTuner

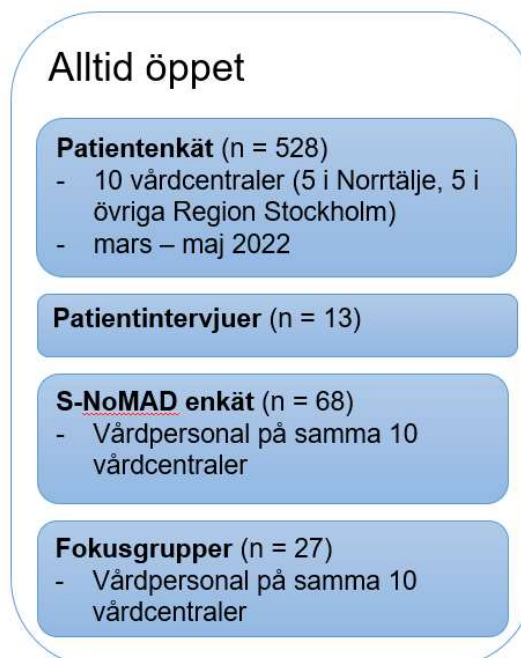
Fallstudie 3 – Digitala vårdmöten

Denna fallstudie fokuserar på digitala vårdmöten, och mer specifikt videomöten. Region Stockholms egenutvecklade app för digitala vårdkontakter, *Alltid öppet*, breddinfördes snabbt under COVID-19 pandemin och användningen var som högst under pandemins mest intensiva faser [15]. Appen har fler funktioner för digitala vårdkontakter, som tidsbokning och chattar, men i denna fallstudie fokuserar vi på videomöten. Vi har använt både kvalitativa och kvantitativa metoder för datainsamling; enkät och fokusgrupper med vårdpersonal, samt enkäter och intervjuer med patienter som använt tjänsten *Alltid öppet* för videomöte.

Studiekontext: Fallstudien har genomförts på 10 vårdcentraler, 5 i Norrtälje och 5 i övriga Region Stockholm (Hässelby, Gustavsberg, Liljeholmen, Jakobsberg och Huddinge).

Metodbeskrivning: Fallstudie 3 bestod av flera delstudier; (1) fokusgrupper med vårdpersonal, (2) S-NoMAD-enkät till vårdpersonal, (3) enkät till patienter, och (4) intervjuer med patienter (Figur 4).

Sex fokusgruppsintervjuer genomfördes med vårdpersonal från olika vårdcentraler med tresex deltagare per fokusgrupp (totalt 27 personer). I fokusgruppsintervjuerna diskuterades dels vårdpersonalens upplevelse av implementeringen av *Alltid öppet*, och hur videomötena påverkar deras arbete, och dels hur de ser på patienternas behov och sin egen roll i relation till patienters användning av videomöten. Två analyser av resultaten har genomförts, utifrån de olika frågeställningarna.



Figur 4 – översikt metod studier Alltid öppet

Enkätinstrumentet S-NoMAD [16], baserat på Normalization Process Theory, har använts för att kartlägga i vilken utsträckning *Alltid öppet* blivit en normaliserad del av det dagliga arbetet för vårdpersonalen under pandemin, och hur man använder verktyget idag. Enkäten skickades ut till all vårdpersonal på de 10 vårdcentraler som ingår i fallstudien.

En patientenkät skickades ut under våren 2022 till alla patienter som haft ett videomöte via *Alltid öppet* med vårdpersonal på någon av de 10 vårdcentraler som ingår i fallstudien. Enkäten bestod av frågor om patientens senaste videomöte med vårdpersonal via *Alltid öppet*, upplevelsen av videomötet, frågor om *Alltid öppets* användbarhet, tankar/åsikter om videomöten inom vården och framtida användning. I enkäten fanns det även frågor om internetanvändning och sociodemografiska faktorer.

Individuella intervjuer har också genomförts med patienter som använt *Alltid öppet* (n = 13). En preliminär analys av intervjuerna presenteras i den här rapporten, men analysarbetet kommer att fortsätta och resultaten publiceras efter att projektet avslutats.

Uppnådda resultat

Vi presenterar här resultaten för respektive fallstudie var för sig, och avslutar kapitlet med en sammanställning av våra rekommendationer för implementering av e-hälsa i primärvården baserat på de olika fallstudierna.

Fallstudie 1 - Journaltillgång för vårdpersonal och patienter

Hälsa På Plats (HäPP)

Materialet analyserades med utgångspunkt i CFIR-ramverkets dimensioner för att kartlägga och förstå vilka dimensioner och faktorer som bidrog till att implementeringen misslyckades [17].

Den främsta anledningen till att implementeringen av HäPP misslyckades var att applikationen inte fullt ut stödde användarnas behov, men också på grund av att teknologin var omogen och nätuppkopplingen opålitlig. Resultatet av interventionen var i hög grad beroende av kontexten som den implementerades i och av användarnas engagemang. Användare som varit delaktiga i utvecklingen av appen var mer positiva, trots att appen saknade viktiga funktioner, medan de som inte hade varit inblandade i utvecklingen valde att inte använda verktyget alls. Utvecklingen av appen och den efterföljande implementeringsprocessen drog ut på tiden vilket påverkade användarnas engagemang negativt. Implementeringsprocessen var otillräcklig och användarna upplevde bristande engagemang från ledningen och ansåg att det inte funnits tillräckligt med resurser för implementeringen.

Sammanfattningsvis så måste funktionaliteten hos e-hälsoverktyg stödja användarnas behov, vara tillräckligt integrerade med befintliga digitala system, och implementeringsprocessen måste engagera alla användare för att en implementering ska bli framgångsrik. Prematura implementeringar kan orsaka förändringströtthet som försvårar framtida implementeringsprojekt. För att uppnå potentialen med e-hälsa måste det finnas tillräckliga resurser för design och utveckling, utvärdering och förstudier samt stöd och engagemang under själva implementeringsprocessen.

Journalen

Data har samlats in genom en enkät till patienter som fått vård i primärvården i Region Stockholm eller genom en av fyra digitala vårdtjänster. Vårdpersonal på en vårdcentral i Region Stockholm har också intervjuats om sina upplevelser av att patienter fått tillgång till sina journaler via 1177 [13].

Patienters kännedom om och användning av *Journalen*

Studiepopulationen består av totalt 3037 patienter från Hässelby, Gustavsberg, Liljeholmen, Kvarnholmens och Huddinge vårdcentraler. Data samlades också in genom digitala vårdgivare: Kry, Min Doktor, Doktor24 och via Region Stockholms app för digitala vårdkontakter *Alltid öppet*.

Bland deltagarna hade 2316 (69%) läst sin journal (tabell 1). Fler kvinnor (n=2088, 68,8%), än män deltog i enkäten. Det var större andel kvinnor bland de som hade läst sin journal (1635 ,71%) jämfört med de som inte hade läst och tvärtom när det män, vilket var en statistiskt signifikant skillnad. Medelåldern bland de som hade läst var signifikant lägre (49 år) än den för de som inte hade läst *Journalen* (56 år). Gruppen som hade läst sin journal hade också större andel högutbildade (61%), gifta eller personer med partners (77%) och personer som använde internet dagligen (77%).

Tabell 1 - Skillnader i olika egenskaper mellan personer som har läst och inte har läst sin journal via nätet

	Totalt N=3037 (100%)	Har läst n=2316 (69%)	Har inte läst n=721 (31%)	P värde
Kön				0.000
Kvinna, n (%)	2088 (68,8)	1635 (71%)	453 (63%)	
Man, n (%)	920 (30,2)	658 (29%)	262 (37%)	
Medelålder	51	49	56	0.000
Utbildningsnivå				0.004
Grundskola, folkskola, realskola eller liknande	211 (7%)	141 (6%)	70 (10%)	
Gymnasium, yrkesskola eller folkhögskola	973 (32%)	748 (33%)	225 (32%)	
Universitet eller högskola	1825 (61%)	1406 (61%)	419 (58%)	
Civilstånd				0.012
Gift, registrerad partner, Sambo, särbo, fast partner	2242 (75%)	1732 (77%)	510 (72%)	
Ensamstående	732 (25%)	532 (23%)	200 (28%)	
Hälsa				0.670
Bra eller mycket bra	2162 (71%)	1640 (71%)	522 (73%)	
Varken bra eller dåligt	614 (20%)	473 (20%)	141 (20%)	
Dålig eller mycket dåligt	254 (8%)	198 (9%)	56 (8%)	
Internetanvändning (dagligen)	2987 (98%)	2303 (99%)	684 (95%)	0.000

I Tabell 2 presenteras patienternas självskattning av sin egenförmåga att hantera hälsoinformation. I tabellen visas prevalenser av svarsalternativen mycket bra och bra. Det finns signifikanta skillnader mellan de som har läst sin journal och de som inte har läst i självskattad förmåga att hämta information (69% vs 58%), att välja information (68% vs 55%), att förstå information (72% vs 63%) och slutligen förmåga att bedöma information (69% vs 61%).

Tabell 2 - Skillnader mellan personer som har läst och inte har läst sin journal via nätet

	Totalt	Har läst	Har inte läst	P värde
--	--------	----------	---------------	---------

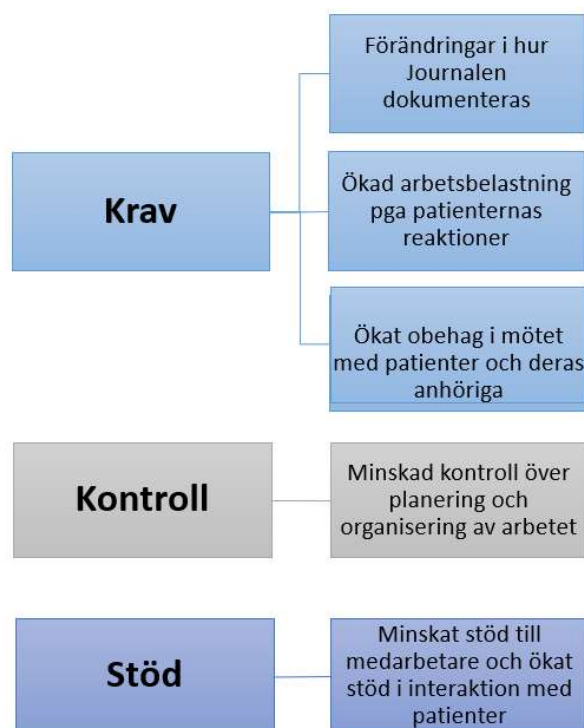
	N=3037	n=2316	n=721	
Förmåga att hämta information (Bra eller mycket bra)	2017 (67%)	1599 (69%)	418 (58%)	0.000
Förmåga att välja ut information (Bra eller mycket bra)	1958 (65%)	1564 (68%)	394 (55%)	0.000
Förmåga att förstå information (Bra eller mycket bra)	2112 (70%)	1664 (72%)	448 (63%)	0.000
Förmåga att bedöma information (Bra eller mycket bra)	2036 (67%)	1602 (69%)	434 (61%)	0.000

Den vanligaste orsaken till att man läste sin journal var för att man ville följa upp vad som sades vid ett vårdbesök. Den vanligaste orsaken till att man inte läste sin var för att man inte kände att man hade behov av att läsa sin journal.

Vårdpersonalens upplevelser av arbetsmiljö efter införandet av *Journalen*

Intervjuerna med vårdpersonalen genomfördes ungefär 6 månader efter att *Journalen* införts i primärvården i Region Stockholm. Det fanns en allmän känsla av att inte mycket hade förändrats i och med att patienter fick tillgång till sin journal via nätet, men vårdpersonalen upplevde också en viss ökning av krav och en liten ökning av stöd. Kraven handlade framförallt om förändrad journalföring för att anpassa sig till att patienterna nu kan läsa *Journalen*, fler frågor och diskussioner med patienter om innehållet i *Journalen*, och en viss oro eller obehag inför hur mötet med patienter och anhöriga skulle påverkas av deras tillgång till *Journalen*. *Journalen* beskrevs också som ett ökat stöd i kommunikationen med patienter, en sorts förlängning av vårdbesöket. Samtidigt beskrev man en viss förlust av kontroll och stöd, framförallt relaterat till planering och organisation av arbetet och stöd till kollegor när man ändrade sitt sätt att journalföra så det innehåller färre detaljer. Resultaten presenterades på konferensen MIE2022 och finns publicerade [13].

Så enligt Karasek och Theorells krav-kontroll-stöd-modell [9] skulle dessa upplevelser av ökade krav, i kombination med förlust av kontroll och stöd indikera en ökad risk för hälsoproblem bland vårdpersonalen. Dessa resultat bör dock hanteras med viss försiktighet eftersom vissa av de dokumentationskrav som vårdpersonalen beskrev inte kan anses vara nya och eftersom patienterna före implementeringen kunde begära att få ta del av sina journaler på papper där skillnaden att nu är att journalerna är mer tillgängliga.

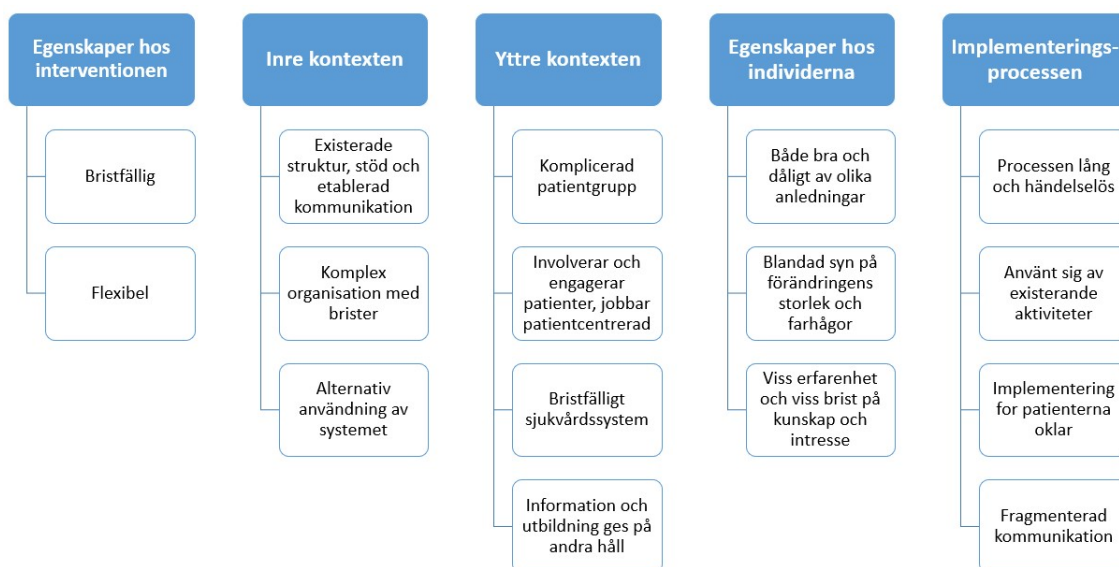


Figur 5 - Vårdpersonalens upplevelse av *Journalens* påverkan på arbetsmiljö

Figur 5 ger en översikt över de teman som identifierades i analysen av intervjuerna med vårdpersonalen, utifrån krav-kontroll-stöd-modellen [13]. Karasek och Theorells modell kan användas i samband med implementering av e-hälsolösningar i framtiden för att identifiera och minska stress/riskfaktorer för vårdpersonal.

Implementering av *Journalen* i primärvården

Intervjuerna med vårdpersonalen har också genomgått en preliminär analys utifrån CFIR-ramverket för att försöka förstå och beskriva vilka faktorer som kan ha påverkat införandet positivt och negativt. Analysen kommer att bearbetas och publiceras i en vetenskaplig tidskrift efter projektet avslutats. Figur 6 ger en översikt över de faktorer som identifierats utifrån CFIR-ramverkets fem dimensioner; egenskaper hos interventionen, den inre och yttre kontexten, egenskaper hos individerna, och själva implementeringsprocessen.



Figur 6 - Vårdpersonalens upplevelse av *Journalens* implementering enligt CFIR

Egenskaper hos interventionen (Journalen): Vårdpersonalen lyfte att det kan vara svårt att dokumentera så att journaltexten blir förståelig för patienterna men även svårt att dokumentera i tid. De beskrev att brister i de journalsystem de använder för att dokumentera kan försämra kvaliteten på dokumentationen, vilket upplevs som ett problem när patienterna kan läsa journalanteckningarna. En annan brist enligt vårdpersonalen var att informationen som patienterna kan komma åt är begränsad. Å andra sidan är systemet enligt vårdpersonal flexibelt, man kan dölja information om våld i nära relationer och spara ofullständiga anteckningar tills man är klar.

Inre kontexten: Vårdpersonalen beskrev en komplex organisation med brister generellt med bland annat hög arbetsbelastning som bland annat leder till utmaningar att journalföra i tid. Vårdpersonalen beskrev också en existerade struktur och stöd kring journalföring för att öka kvaliteten på dokumentationen. Det fanns också en etablerad struktur för att kommunicera med patienter, där *Journalens* roll inte var helt tydlig. Vårdpersonalen underströk istället vikten av att kunna använda journalsystemet för att kommunicera viktig klinisk information till annan vårdpersonal.

Yttre kontexten: Vårdpersonalen beskrev att de ger vård till patienter som inte sällan har komplexa behov, och med varierande kunskap och engagemang, många äldre patienter och patienter med språksvårigheter. Patienterna har ett stort vårdbehov och kan vara krävande med höga förväntningar. Vårdpersonalen underströk att man arbetar patientcentrerat och försöker involvera och engagera patienterna. Vårdpersonalen har fått information och utbildning om journalföring på andra håll.

Egenskaper hos individerna: Vårdpersonalen lyfte både positiva och negativa aspekter med interventionen, till exempel ansåg de att den har potential att öka delaktigheten men att den kanske inte är optimal. Man såg olika på hur stor förändring implementeringen skulle innebära, vissa beskrev förändringen som väldigt liten medan andra underströk att det faktum att patienterna nu kan läsa sin journal via nätet har en stor påverkan på deras arbete. Farhågor kring till exempel arbetsbelastningen hade funnits sedan man började

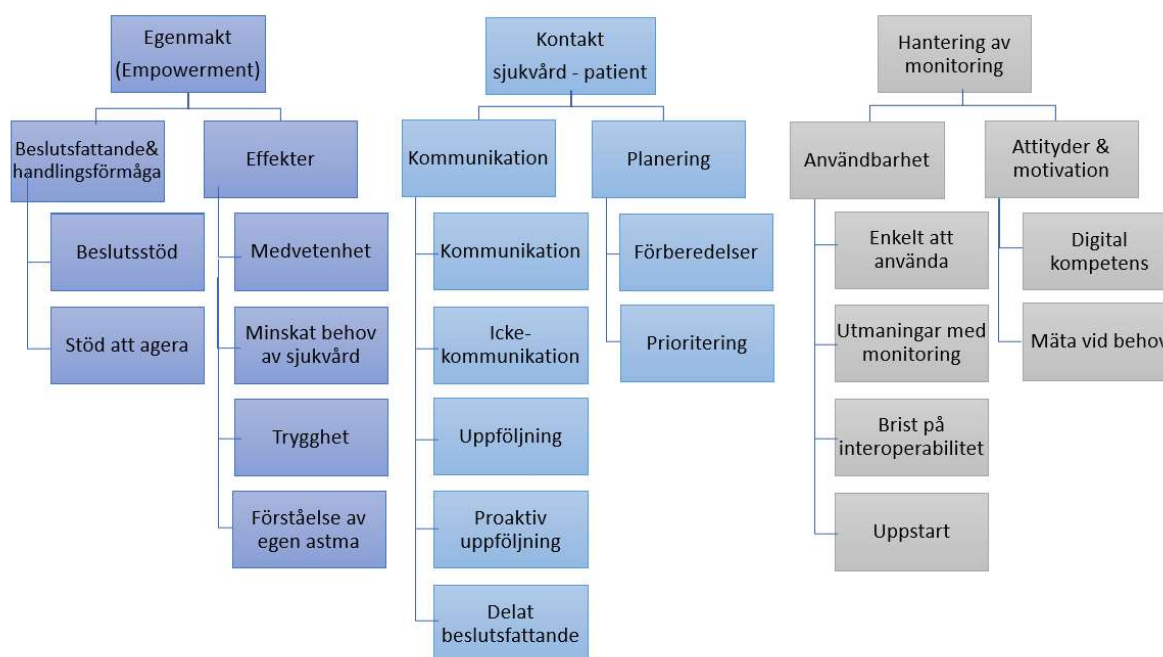
diskutera införandet av *Journalen* och fanns fortfarande när intervjuerna genomfördes. Vissa hade erfarenhet av tjänsten *Journalen* som patient medan andra saknade eget intresse av att läsa sin journal, vissa saknade kunskap om *Journalens* funktioner och vilken nytta den skulle kunna ge patienten.

Implementeringsprocessen: Processen beskrevs som lång och händelselös där man hade pratat länge om att patienterna skulle få läsa sin journal via nätet, men att det knappt märktes när det till slut infördes. Kommunikationen kring implementeringen hade också varit fragmenterad, vissa fick information långt innan införande och vissa nära inpå och detaljerna har varierat. Man har använt sig av existerande aktiviteter/möten för att kommunicera om införandet vilket upplevdes som positivt. Hur *Journalen* hade introducerats för patienterna, hur de har informerats eller ska informeras, var oklart för vårdpersonalen vilket också skapade en viss osäkerhet.

Fallstudie 2 - Egenmonitorering och samarbete med vården

I fallstudie 2 genomfördes intervjuer med patienter (n=14) och vårdpersonal (n=6) som hade använt verktyget *AsthmaTuner* under minst 6 månader. Intervjuerna har analyserats med fokus på hur *AsthmaTuner* påverkar patienternas egenvård, vårdpersonalens arbete, och samarbetet mellan vårdpersonal och patienter.

Analysen identifierade tre huvudteman; (1) Egenmakt (empowerment), (2) Kontakt sjukvård - patient och (3) Hantering av monitorering. Varje tema består av flera kategorier som berör både patienter och vårdpersonal samt några underkategorier som bara gällde för en av grupperna (se Figur 7).



Figur 7 - Kvalitativ analys av intervjuer med patienter och vårdpersonal

Egenmakt

AsthmaTuner bidrog till att patienterna fick en ökad medvetenhet, förståelse och kunskap om deras tillstånd och gav stöd till patienterna att ta en mer aktiv del i sin vård och behandling. Huvudkategorierna i temat Egenmakt är *Egenförmåga* och *Beslutsfattande & handlingsförmåga*.

Egenförmåga: De flesta patienter upplevde att monitoreringen gav dem en bättre medvetenhet om hur astman påverkar deras välbefinnande och personalen uttryckte att patienterna som använde *AsthmaTuner* var mer intresserade av sin sjukdom och behandling. För vissa patienter medförde monitoreringen inte bara en bättre medvetenhet utan även en djupare förståelse för deras egen astma. De patienterna använde inte bara monitoreringen till att följa sin lungfunktion och anpassa behandlingen utan monitoreringen hjälpte dem också att identifiera situationer och faktorer som kunde utlösa en försämring av astma, som till exempel olika allergener eller luftvägsinfektioner.

Flera patienter uttryckte att monitoreringen skapade trygghet eftersom den hjälpte dem att avgöra om deras symtom orsakades av astman eller av något annat, men också för att de uppmuntrades till att justera sin behandling vid behov.

Vissa patienter upplevde att deras behov av sjukvård minskade när de använde *AsthmaTuner* eftersom deras astmakontroll blev så mycket bättre när de följde behandlingsrekommendationerna som de fick.

Beslutsfattande & handlingsförmåga: Monitoreringen gav patienterna information om deras astmakontroll och föreslog dosjusteringar av patientens läkemedel baserat på patientens aktuella symtom och lungfunktion. Både patienter och vårdpersonal upplevde att *AsthmaTuner* fungerade som ett viktigt beslutsstöd för patienterna och gjorde det lättare för dem att acceptera de givna behandlingsförslagen och faktiskt ändra sin dosering av läkemedlen direkt vid en begynnande försämring.

Kontakt sjukvård – patient

AsthmaTuner påverkade hur patienterna och sjukvården interagerade och under detta tema kunde vi identifiera de två huvudkategorierna *Planering* och *Kommunikation*.

Planering: Verktuget *AsthmaTuner* användes av både patienter och vårdpersonal för att förbereda sig inför en planerad uppföljning. Patienterna använde det för att hjälpa dem komma ihåg hur deras astma varierat sedan den senaste uppföljningen och för att kunna ge mer detaljerade svar angående hur de mårde i sin astma. Vårdpersonalen gick igenom patienternas lungfunktionsmätningar och egenrapporterade uppgifter om symtom innan planerade återbesök.

Personalen använde också de uppgifter som *AsthmaTuner* samlade in för att prioritera vilka patienter som hade störst behov av att komma på återbesök för uppföljning. Patienterna å andra sidan upplevde att det var lättare för dem att bli prioriterade för uppföljning när de kunde stödja sitt behov av akut uppföljning med objektiva data från *AsthmaTuner*.

Kommunikation: Monitoreringen gjorde det enklare att ha digitala uppföljningar. Vårdpersonalen kunde följa sina patienters astmakontroll på distans och patienterna kunde även göra spirometrier hemma som vårdpersonalen kunde se på resultat av på vårdcentralen. Patienterna och vårdpersonalen kunde sedan diskutera resultaten per telefon eller under ett videomöte. Detta värderades högt, särskilt under pandemin, då man undvek fysiska besök så mycket som möjligt för att minska smittspridningen av covid-19.

Både patienter och vårdpersonal använde informationen från *AsthmaTuner* för proaktiv uppföljning. Flera astma/KOL-sköterskor kontaktade aktivt patienter, som systemet indikerade hade försämrade astmakontroll, för att försöka ta reda på vad som orsakat försämringen och ge vägledning om fortsatt behandling. Patienterna å andra sidan kontaktade sin astma/KOL-sköterska när *AsthmaTuner* indikerade en försämring av deras astma och rekommenderade dem att kontakta vården, vilket vårdpersonalen upplevde som mycket positivt.

Det förekom även fall av icke-kommunikation, där patienter upplevde bristande återkoppling från vårdpersonalen. Några patienter uppgav också att de hade haft problem med att få kontakt med sin astma/KOL-sköterska.

Vid planerade återbesök användes informationen från *AsthmaTuner* för delat beslutsfattande när patienter och vårdpersonal tillsammans tittade på insamlade data och reflekterade över resultaten.

Hantering av monitorering

Användbarhet och *Attityder & Motivation* var de två huvudkategorierna relaterade till hantering av monitorering.

Användbarhet: Patienter och vårdpersonal var överens om att *AsthmaTuner* var lätt att använda. Vårdpersonalen upplevde att de flesta patienter inte hade några problem med att använda *AsthmaTuner* och blev positivt överraskade av att äldre patienter inte heller hade några problem med att använda tekniken.

Även om alla patienter tyckte att *AsthmaTuner* var lätt att använda upplevde de också vissa utmaningar med monitoreringen. Det svåraste var att komma ihåg att använda apparaten för att registrera lungfunktionen och rapportera aktuella symtom. Patienterna tyckte att möjligheten att använda en påminnelse i appen var

till hjälp, men efter att ha använt påminnelsen under en tid blev vissa patienter så vana vid påminnelsen att de inte längre reagerade på den.

Personalen rapporterade inga utmaningar med monitoreringen men upplevde istället en brist på interoperabilitet vilket medförde ett behov av dubbeldokumentation av patienternas läkemedel och behandlingsplaner både i systemets vårdportal och i patientjournalen.

När vårdpersonalen startade upp patienter i *AsthmaTuner* behövde de extra tid för att lägga in patienten och behandlingsplanen i vårdportalen. En av sjuksköterskorna observerade dock att även om *AsthmaTuner* medförde att det tog längre tid vid uppstartsbesöket så gjorde det att man i stället kunde tjäna tid vid uppföljningar.

Attityder & Motivation: Digital kompetens påverkade patientens attityd och motivation vid beslut om de skulle prova *AsthmaTuner* eller inte. Vårdpersonalen beskrev att patienter med hög digital kompetens var intresserade av att prova *AsthmaTuner*, medan de med låg digital kompetens var mer motvilliga och behövde mer stöd för att få det att fungera. Viljan att utmana sig själva och lära sig att använda en ny teknik fungerade som en drivkraft för en del patienter.

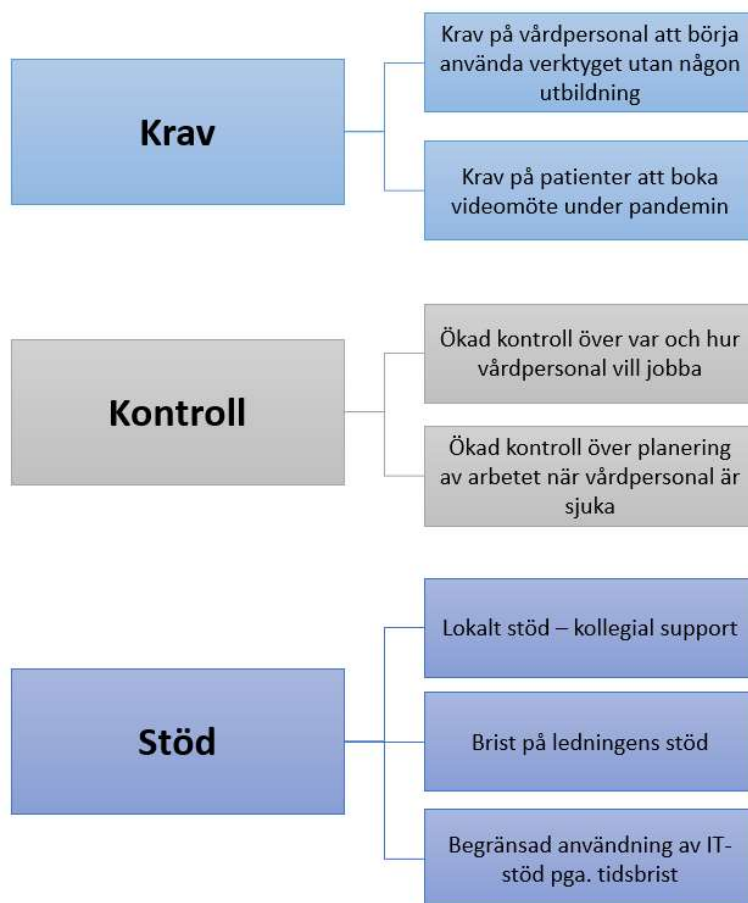
Patienterna uppmuntrades att använda *AsthmaTuner* minst en gång i veckan men efter att de hade använt systemet ett tag började de flesta patienter istället använda det vid behov, vanligtvis i samband med perioder när de upplevde att astman var försämrad. En patient uppgav att hen planerade att använda det mer regelbundet inför ett vårdbesök för att vårdpersonalen skulle få mer information om patientens aktuella astmakontroll.

Fallstudie 3 - Digitala videomöten

Fallstudie 3 är den mest omfattande fallstudien i projektet, där vi genomfört fokusgrupper och en enkätundersökning med vårdpersonal, och enskilda intervjuer och en enkätundersökning med patienter.

Videomötens påverkan på vårdpersonalens arbetsmiljö

Enligt de fokusgrupper som genomfördes med vårdpersonal var användningen av digitala vårdmöten mer utmanande tidigt under pandemin på grund av bland annat tekniska problem. De tekniska problemen har dock minskat avsevärt. Användningen av videomöten innan pandemin var minimal och var mer ett svar på det hot man upplevde från nätläkare och behövde ha ett liknande utbud gentemot patienterna. Vi har genomfört en preliminär analys av resultaten från fokusgruppsintervjuerna med vårdpersonal utifrån Karasek och Theorells krav-kontroll-stöd-modell [9] för att förstå hur digitala videobesök påverkar vårdpersonalens arbetsmiljö (Figur 8).



Figur 8 - Vårdpersonalens upplevelse av hur digitala videobesök påverkar arbetsmiljön

Vårdpersonalen nämnde att stödet från ledningen och utbildningen kring användningen av *Alltid öppet* inte har varit tillräckligt och att de inte hade något annat val än att börja använda videomöten när pandemin inträffade. Majoriteten av vårdpersonalen nämnde att de lärde sig hur verktyget fungerar genom att använda det och fråga sina kollegor vid behov. De nämnde också att de sällan kontaktade IT-supporten på grund av bland annat tidsbrist och tyckte att det kändes tryggt att några kollegor hade arbetat med verktyget tidigare. It-supporten kontaktades när man jobbade hemifrån eller när det kom nya uppdateringar. Personalen nämner att testmiljöer har saknats och att man ibland fått testa på kollegor för att vänja sig vid tekniken.

Vårdpersonalen var överens om att videomötet är ett komplement till andra verktyg som finns för att kommunicera med patienten. Vårdpersonalen upplevde att det videomötet dock är mer lämpligt för till exempel uppföljning och sjukskrivning för psykisk ohälsa, och inte särskilt lämpligt för första besök och multisjuka patienter. Svårigheter med videomöten kan handla om terapisaftal och samtal om svåra saker som våld i nära relationer. Det är svårt att veta om patienten sitter själv och kan prata öppet. Utmaningen är att se hela människan, inklusive kroppsspråk.

Vårdpersonalen var överens om att de nu har möjlighet att arbeta hemifrån om de behöver och att de kan välja hur och när de vill arbeta. De nämnde även att det är en fördel att kunna välja ett videomöte om patienten eller vårdpersonalen är förkyld och inte kan komma till ett fysiskt besök på vårdcentralen jämfört med att boka om till ett senare tillfälle. När patienten väntar i ett fysiskt väntrum blir stressen mindre för vårdpersonalen om de är sena jämfört med om patienten väntar online. Vårdpersonalen uppgav i fokusgruppsintervjuerna att om man är sen kan patienten alltid fråga i kassan/receptionen, men sitter man i *Alltid öppet* och väntar finns ingen att fråga.

En drivkraft kring videobesöken är huruvida ersättningsmodeller hänger med i utvecklingen. En viktig faktor som påverkar valet av besöksform är att vårdgivaren får mest betalt för fysiska besök, mindre (eller lika) för videomöte och inget alls för telefonbesök, vilket påverkar hur man väljer att boka in patienter till olika typer av besök.

Normalisering av videobesök i primärvården

Utöver fokusgruppsintervjuerna med vårdpersonal, genomfördes också en enkätstudie bland primärvårdspersonal på de vårdcentraler som deltog i studien. Vi använde oss av det validerade verktyget S-NoMAD [16] som är baserat på Normalization Process Theory (NPT) [8,18] och kan användas för att se i vilken utsträckning en innovation blivit vardag och normaliserats i en verksamhet. Vi presenterar här resultaten sammanställda med deskriptiv statistik i en preliminär analys.

Totalt har 68 personer besvarat S-NoMAD enkäten varav 80,9% själva höll i videomöten med patienter via *Alltid öppet*. Andelen av de som hade arbetat 3–5 år på sin vårdcentral var 28,6%, medan de som hade arbetat mer än tio år på samma vårdcentral utgjorde 22,2% av den deltagande populationen. Sex professioner var representerade i studiepopulationen med störst andel läkare (n=25, 37,9%) följt av sjuksköterskor (n=22, 33,3%). De flesta var 46–55 år (n=17, 25,8%) eller 56–65 år gamla (n=16, 24,2%). Närmare hälften hade tidigare arbetat med en eller flera andra tjänster för videomöten (n=30, 45,5%). Däremot hade 29 av dem (43,9%) ingen tidigare erfarenhet av videomöten. Värt att notera är att endast 10 (26,2%) respondenter kände sig fullständigt bekanta med arbetsprocessen när de höll i videomöten via *Alltid öppet*.

Enligt 57,1% av den deltagande vårdpersonalen (n=36) hade videomöte via *Alltid öppet* delvis blivit en naturlig del av deras arbete, medan 35% (n=22) upplevde att det var en helt naturlig del av arbetet. Endast 7,9% (n=5) kände att videomöten inte alls är en naturlig del av arbetet idag. På frågan om de upplever att videomöte via *Alltid öppet* kan bli en naturlig del av deras arbete svarade 52,5% (n=31) delvis, 40,7% (n=24) fullständigt och 6,8% (n=4) inte alls. Tabell 3 presenterar resultaten från S-NoMAD-enkäten utifrån de fyra mekanismer som ingår i NPT: samstämmighet; kognitiv medverkan; kollektivt agerande; och reflekterande monitorering [8].

Tabell 3: Översikt av deskriptiva resultat från S-NoMAD-enkäten gällande normalisering av videobesök genom *Alltid öppet* i primärvården (n=68)

	Instämmer	Varken eller	Motsäger	Ej relevant	Totalt
Samstämmighet [<i>Coherence</i>] n (%)					
Jag förstår hur videomöte via <i>Alltid öppet</i> skiljer sig från det vanliga arbetssättet	51 (79.7)	10 (15.6)	2 (3.1)	1 (1.6)	64
Personalen på vår enhet har en gemensam förståelse av syftet med videomöte via <i>Alltid öppet</i>	42 (65.6)	13 (20.3)	9 (14.1)	-	64
Jag förstår hur användningen av videomöte via <i>Alltid öppet</i> påverkar utformningen av mitt eget arbete	51(79.7)	9 (14.1)	2 (3.1)	2 (3.1)	64
Jag förstår vilket värde videomöte via <i>Alltid öppet</i> kan få för mitt arbete	55 (85.9)	6 (9.4)	1 (1.6)	2 (3.1)	64
Kognitiv medverkan [<i>Cognitive participation</i>] n (%)					
Det finns nyckelpersoner i min organisation som driver användningen av videomöte via <i>Alltid öppet</i> framåt och involverar andra	22 (34.9)	29 (46.0)	11 (17.5)	1 (1.6)	63
Jag är öppen för nya sätt att samverka med kollegor för att använda videomöte via <i>Alltid öppet</i>	53 (84.1)	8 (12.7)	-	2 (3.2)	63
Jag anser att delaktighet i videomöte via <i>Alltid öppet</i> är en relevant del av min roll	46 (73.0)	12 (19.1)	2 (3.2)	3 (4.7)	63
Jag kommer att fortsätta stödja användningen av videomöte via <i>Alltid öppet</i>	56 (88.9)	7 (11.1)	-	-	63
Kollektivt agerande [<i>Collective action</i>], n (%)					
Jag kan enkelt inordna videomöte via <i>Alltid öppet</i> i mitt befintliga arbete	45 (75.0)	8 (13.3)	3 (5.0)	4 (6.7)	60
Videomöte via <i>Alltid öppet</i> splittrar arbetsrelationer	4 (6.7)	12 (20.0)	43 (71.7)	1 (1.6)	60
Jag har tilltro till annan vårdpersonals förmåga att använda <i>Alltid öppet</i>	49 (81.6)	9 (15.0)	1 (1.7)	1 (1.7)	60

Jag har tilltro till patienternas förmåga att ha videomöte via <i>Alltid öppet</i>	39 (65.0)	15 (25.0)	6 (10.0)	-	60
Arbete med videomöte via <i>Alltid öppet</i> tilldelas de som har rätt kompetens för uppgiften	27 (45.0)	22 (36.7)	6 (10.0)	5 (8.3)	60
Tillräcklig träning tillhandahålls för att ge personalen möjlighet att införa och arbeta med videomöte via <i>Alltid öppet</i>	13 (21.7)	27 (45.0)	19 (31.6)	1 (1.7)	60
Tillräckliga resurser finns tillgängliga för att stödja användningen av videomöte via <i>Alltid öppet</i>	26 (43.3)	19 (31.7)	13 (21.7)	2 (3.3)	60
Cheferna stödjer vår användning av videomöte via <i>Alltid öppet</i> på ett adekvat sätt	40 (66.7)	14 (23.3)	5 (8.3)	1 (1.7)	60
Reflekterande monitorering [Reflexive Monitoring], n (%)					
Jag känner till rapporteringen om effekterna av videomöte via <i>Alltid öppet</i>	8 (13.6)	15 (25.4)	35 (59.3)	1 (1.7)	59
Personalen är överens om att videomöte via <i>Alltid öppet</i> är värd att satsa på	39 (65.0)	21 (35.0)	-	-	60
Jag värdesätter effekterna som videomöte via <i>Alltid öppet</i> har haft på mitt arbete	47 (78.3)	6 (10.0)	2 (3.3)	5 (8.4)	60
Återkoppling om videomöte via <i>Alltid öppet</i> kan användas för att förbättra tjänsten i framtiden	43 (71.7)	13 (21.7)	2 (3.3)	2 (3.3)	60
Jag kan anpassa hur jag arbetar med videomöte via <i>Alltid öppet</i>	32 (53.3)	17 (28.3)	6 (10.0)	5 (8.4)	60
Jag förstår hur användningen av videomöte via <i>Alltid öppet</i> påverkar utformningen av mitt eget arbete	51 (79.7)	9 (14.1)	2 (3.1)	2 (3.1)	64

Sammanfattningsvis visar enkätresultaten mot att videobesök via *Alltid öppet* i hög grad har normaliserats i primärvården sedan den snabba implementeringen under COVID-19 pandemin. Vissa delar i enkätensvaren sticker dock ut som områden där förbättringar vore möjliga. Många som svarade på vår enkät tycker inte att de fått tillräckligt med utbildning för att arbeta med videobesök och att otillräckliga resurser avsatts för att arbeta med *Alltid öppet*. Rapportering om effekterna av införandet av videomöten verkar inte heller ha nått vårdpersonalen som svarade på vår enkät.

Patienters upplevelser av att använda videobesök genom *Alltid öppet*

För att fördjupa vår förståelse av patienters upplevelser av att använda videomöten med primärvården har vi genomfört dels en enkätundersökning som besvarats av 528 patienter, och dels kvalitativa intervjuer med 13 patienter. Här presenterar vi vår analys av enkäten utifrån 2 frågeställningar; vilka faktorer påverkar patienters vilja att fortsätta eller inte fortsätta använda videobesök med vårdpersonal, och vad är patienternas upplevelser av vården de fått vid videobesöket. Vi rapporterar också om patienternas upplevelse av *Alltid öppets* användbarhet.

De kvalitativa intervjuerna har analyserats preliminärt med utgångspunkt i resultaten från fokusgruppsintervjuerna med vårdpersonal, dvs med fokus på hur patienterna upplevde introduktionen till att börja använda videobesök, och vilka faktorer som påverkade hur positivt videobesöket upplevdes.

Fortsätta användning av videomöten med vårdpersonal och skäl att sluta

I enkäten till patienter som har använt sig av *Alltid öppet* för att ha ett videomöte med vårdpersonal angav de flesta (76%) att de var villiga att ha fler videomöten med vårdpersonal i framtiden [19]. Personer 35–54 år som arbetade heltid var mer villiga att fortsätta ha videomöten. De som var villiga att fortsätta ha videomöten med vårdpersonal i framtiden var också mer positivt inställda till videomöten i vården generellt sett, hade större erfarenhet av att ha videomöten både med vårdpersonal och i andra sammanhang, samt hade videomöten i större utsträckning för att de blivit erbjudna det av vårdpersonal och för att de inte hade tid att ta sig till vårdcentralen. Bland de som inte var villiga att fortsätta ha videomöten med vårdpersonal i framtiden var den vanligaste orsaken att de föredrog fysiska besök.

Patienternas upplevelser av det senaste videomötet via *Alltid öppet*

Enkäten innehöll en serie frågor om patienternas upplevelse av sitt senaste videomöte via *Alltid öppet* (Tabell 4). Vi presenterar här medelvärden av skattningen på numeriska skalor (1-5) gällande det senaste videomötet patienten haft. Patienterna höll i hög grad med om att de blivit bemötta med respekt och värdighet (4.6) och att vårdpersonalen var insatt i deras (patienternas) tidigare vårdkontakter (4). Patienterna tyckte att de fick information om sin egen vård (4.2), att det togs beslut vid det aktuella videomötet (4) och att de rekommenderar digitala videomöten till andra (4.0). Däremot skattades känslomässigt stöd lägre (3.8). Sammanfattningsvis, rapporterade patienterna positiva upplevelser av det senaste videomötet via *Alltid öppet*.

Tabell 4 - Upplevelse av senaste videomötet med vårdpersonal via *Alltid öppet*

	Medelvärde (1-5)
Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	3.98
Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	3.62

Kände du dig bemött med respekt och värdighet (oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder)? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	4.65
Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	4.24
Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	4.15
Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren/vårdpersonal (t ex om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	3.86
Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/ behandling? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	4.07
Skulle du rekommendera ett digitalt videomöte på din hälso-/vårdcentral till någon i din situation? (1= Nej, inte alls, 5= Ja, helt och hållet)	4.04

För att få en uppfattning om *Alltid öppet*s användbarhet använde vi påståenden från det validerade UMUX-verktyget [20] där en 7-gradig skala används (Tabell 5). Patienterna rapporterar att det är lätt att använda *Alltid öppet* (5.7), att videomötet motsvarade deras behov (5.3) och att de inte upplevde det som frustrerande att ha videomöte genom *Alltid öppet* (2.5).

Tabell 5: *Alltid öppet*s användbarhet

	Medelvärde
Videomöte via <i>Alltid öppet</i> motsvarar mina behov (1 = Helt av annan åsikt, 7 = Helt av samma åsikt)	5.32
Det är en frustrerande upplevelse att ha videomöte via <i>Alltid öppet</i> (1 = Helt av annan åsikt, 7 = Helt av samma åsikt)	2.45
Det lätt att ha videomöte via <i>Alltid öppet</i> (1 = Helt av annan åsikt, 7 = Helt av samma åsikt)	5.71

Introduktion till och fortsatt användning av videomöten

En preliminär analys av fokusgrupperna med vårdpersonal har också gjorts med fokus på patienternas användning av videomöten, och vårdpersonalens syn på sin roll i introduktionen av videomöten till patienter. Motsvarande frågor har också ställts till patienterna i enskilda intervjuer och här presenterar vi resultaten från fokusgrupperna med vårdpersonal och intervjuerna med patienterna tillsammans i en preliminär analys.

Patienternas introduktion till videomöten

När COVID-19 pandemin slog till behövde videobesök införas snabbt, och det fanns inte tid att utbilda patienter i användningen på något strukturerat sätt. Patienter fick

instruktioner hemskickade tillsammans med kallelserna till besöken och instruerades vid behov av vårdpersonalen på telefon eller på vårdcentralen. Patienter som hade svårt att boka och använda videobesök tog också hjälp av sina anhöriga. Enligt vårdpersonalen var det utmanande att vägleda patienterna då de själva var osäkra exakt på hur *Alltid öppet* fungerade från patientsidan och inte hade manualer till hands. Detta bekräftades av patientintervjuerna; enligt patienter kantades introduktionen av videomöten via *Alltid öppet* av teknikproblem och avsaknad av trygghet för både vårdpersonalen och patienter. Introduktionen upplevdes som förvirrande av patienterna, men teknikproblemen var förväntade eller något man vände sig vid. COVID-pandemin gjorde dock att många patienter behövde ladda ner både elektroniskt Bank-ID och *Alltid öppet* för att till exempel boka tider för provtagning och senare också vaccinationer, vilket underlättade introduktionen över tid.

Faktorer som påverkar den fortsatta användningen av videomöten

Faktorer som påverkar användning av videomöten eller fysiska möten har indelats i tre grupper: patientrelaterade, vårdpersonalrelaterade, och organisatoriska.

Patientrelaterade faktorer: Enligt vårdpersonalen bokas videomöten idag i hög grad utifrån patienternas önskemål. De flesta efterfrågar fysiska möten vilket kan förklaras med både vana att ha fysiska möten och avsaknad av möjligheter att ha ett videobesök, som till exempel innehav av Bank-ID. Vårdpersonalen beskrev att videomöten ibland bokas in av patienter för att få en vårdkontakt snabbare eftersom väntetiden för ett fysiskt möte kan vara längre. Detta bekräftas av patienterna som uppskattar möjligheten att få snabb hjälp, eller att kunna omboka ett fysiskt besök till ett videobesök när till exempel en förkylning omöjliggör ett fysiskt besök. Vårdpersonalen upplevde att det är positivt att tillgängligheten till vården ökar, men att det också skapar mer vård som riskerar att tränga undan patienter med större behov.

Enligt vårdpersonalen är användarna oftast yngre, har psykosociala vårdbehov, eller har längre geografiskt avstånd till vårdcentralen. Icke-användare å andra sidan är oftast äldre och de som till exempel behöver fysisk vård så som omläggning av sår eller hälsotillstånd som kräver fysisk undersökning ("klämma och känna").

Patienter med kognitiv nedsättning och patienter med kommunikationssvårigheter upplevs som svåra att ha videobesök med av vårdpersonalen. Vårdpersonalen upplever också att besök med patienter som behöver tolk är svåra att genomföra via videobesök, medan besök med dövtolk fungerar bättre. Uppföljningar med patienter som redan är under behandling upplevs också som lämpade att genomföra via videobesök, och detta lyftes också som positivt i patientintervjuerna.

Vårdpersonalrelaterade faktorer: Vårdpersonal beskrev att de har valfrihet att erbjuda videomöten till patienter eller inte. Personalen betonar att de väljer om de ska erbjuda videobesök utifrån vilken typ av vårdinsatser besöket gäller och deras bedömning av patientens behov. Patienterna beskrev vikten av att få träffa sin husläkare, det vill säga

kontinuitet i vården, var positivt förknippad med videomöten genom *Alltid öppet*. Däremot upplevde patienterna också videomöten som opersonliga och för korta jämfört med det fysiska möten på vårdcentralen.

Organisatoriska (och samhällsrelaterade) faktorer: Vårdpersonalen beskrev hur viktigt ersättningssystemet är för användningen av videobesök. Enligt ersättningssystemet i Region Stockholm ersätts inte telefonsamtal, men videomöten räknas som en vårdkontakt som patienten måste betala en avgift för. För vårdcentralens ekonomi ger videomötet en högre ersättning än telefonsamtal, men personalen kände sig obekväma att erbjuda patienter videomöten om man kunde ta det per telefon istället. COVID-pandemin var en viktig faktor, katalysatorn, som satt igång breddanvändning av videomöten. Man ville undvika smittspridningen och därmed fattades beslut att övergå till digital vård istället för fysiska möten.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att sedan Covid-pandemins start har det pågått en inlärnings- och normaliseringsprocess som möjliggjort för videobesök via *Alltid öppet* att bli en del av den befintliga vården (Figur 9).



Figur 9 – Normalisering av videobesök i primärvården

Rekommendationer

Digitaliseringen i primärvården ökar och förändras i takt med utvecklingen av den nya tekniken. Varje fallstudie i ePrIm har gett viktig kunskap om respektive tjänst som är viktiga att ha med sig i framtida implementeringar av liknande tjänster, men vi har också identifierat generella faktorer som påverkar sannolikheten att en implementering av en digital tjänst i primärvården lyckas och att den blir accepterad och inte får en negativ effekt på vårdpersonalens arbetsmiljö. Nedan listar vi våra generella rekommendationer för implementering av digitala verktyg i primärvården, som baseras på redan befintlig kunskap om implementering och resultaten från våra fallstudier.

Implementera inte för tidigt!

Det är otroligt viktigt att de digitala tjänster som ska implementeras i primärvården är tillräckligt stabila och har så god användbarhet att de inte orsakar frustration, tidsförluster och i värsta fall till och med patientsäkerhetsbrister. Detta kan framstå som självklara krav, men det är fortfarande mycket vanligt att digitala tjänster implementeras utan tillräcklig utvärdering [21]. I MRCs ramverk för utveckling och implementering av komplexa interventioner [22] är genomförbarhetsstudier ett steg man inte kan hoppa över i utvärderingen av interventionen. På samma sätt måste implementering av nya digitala tjänster och e-hälsoverktyg föregås av nödvändiga utvärderingar. Detta inkluderar att avsätta tillräckliga resurser för integrering med befintliga digitala system och säkerställa att arbetsprocesser anpassats tillfredsställande. Utvärdering och förstudier tillsammans med stöd och engagemang från ledningen och vårdpersonal är förutsättningar för lyckad implementeringsprocess.

Riskerna med att implementera digitala tjänster är inte bara att införandet kan misslyckas, utan också att vårdpersonal och patienter som involveras i implementeringsprocessen får dåliga erfarenheter som kan påverka deras inställning till och upplevelse av andra digitala vårdtjänster i framtiden.

Var tydlig med värdet och syftet med införandet!

Även om värdet framstår som självklart för den som arbetar med implementeringen är det långt ifrån säkert att alla som ska börja använda verktyget delar den bilden. Digitalisering har en tendens att påverka befintlig arbetsfördelning, ansvarsfördelning, och formella och informella hierarkier. Värdet med den nya tekniken kanske är störst för patienterna och inte lika uppenbart för vårdpersonalen – som i fallet med *Journalen*. Om vårdpersonalen inte ser värdet själva minskar motivationen starkt att ta till sig innovationen, varför ska vi göra denna förändring? Här gäller det att ha en tydlig målbild och vara konsekvent i kommunikationen av vilket värde som kommer att skapas med det nya arbetssättet.

Fokusera på arbetsprocesserna – inte tekniken!

Både vårdpersonal och patienter beskriver hur man lärt sig använda tekniken medan man använde den – utan särskilt omfattande utbildning. Den stora utmaningen ligger istället i att förstå hur de nya digitala tjänsterna påverkar befintliga arbetsprocesser och att enas om hur verksamheten ska hantera detta. Vem ansvarar för vilka aktiviteter, och gör vi alla lika? När patienternas data från egenmonitorering kommer in till vårdcentralen kan finnas möjlighet för vårdpersonalen att aktivt övervaka patienterna – eller att använda informationen inför de vanliga uppföljningarna med patienterna. Men om vårdpersonalen gör olika kan det vara svårt att både utvärdera nyttan med tjänsten och att kommunicera ut rätt förväntningar till patienterna.

Följ implementeringen över tid!

Normalisering av nya digitala tjänster tar tid och resurser och kontinuerlig uppföljning behövs för att säkerställa att eventuella problem snabbt identifieras och åtgärdas. Annars är risken stor att vårdpersonal i en redan stressad och tidspressad vardag slutar använda

de digitala tjänsterna och går tillbaka till sina tidigare arbetssätt. Uppföljning över tid är viktig även om man genomfört gedigna förstudier och utvärderingar inför implementeringen, det är först när den nya digitala tjänsten används på riktigt i den lokala kontexten som man kan upptäcka alla potentiella brister och se den faktiska nyttan tjänsten ger. Att kommunicera tillbaka uppföljningen till användarna är också en viktig del av normaliseringsprocessen som kan hjälpa verksamheten att optimera användningen för både vårdpersonal och patienter.

Stöd den som stödjer!

Stöd är en viktig komponent för att säkerställa en god arbetsmiljö, och när digitaliseringen ställer nya krav på kompetens och anpassning är det extra viktigt att säkerställa att vårdpersonal och patienter får det stöd som behövs. Som våra fallstudier visar är det kollegiala stödet och stöd/förståelse från chefer/ledning otroligt viktigt. Det är långt ifrån alltid formellt stöd från till exempel IT-avdelningen som hjälper vårdpersonalen när nya digitala tjänster ska införas, istället finns informella stödpersoner på vårdcentralerna som man vänder sig till med frågor och för att få hjälp. För att underlätta det kollegiala stödet bör man se över att tid finns för erfarenhetsutbyte och diskussion om utmaningar och problem i samband med införande av nya digitala tjänster.

Glöm inte patientperspektivet!

När vården digitaliseras i allt högre utsträckning påverkas inte bara vårdpersonalens arbetsmiljö utan också patienternas vårdupplevelse och tillgång till vård. Det ställs nya krav på digital kompetens även på patienter, men det är långt ifrån alltid som vården har resurser att stödja patienterna i omställningen mot en alltmer digital vård. Det här kan öka kraven på vårdpersonalen som känner både ett ansvar gentemot sina patienter och ibland en oförmåga att stötta patienterna på det sätt de skulle vilja. Digitaliseringen kan också leda till att patienter får nya förväntningar på till exempel ökad tillgänglighet och snabb kommunikation som ökar kraven på vårdpersonalen – hur hanteras det? När digitaliseringen ger nöjda patienter kan det ha en positiv effekt på vårdpersonalens arbetsmiljö [23], men om digitala tjänster skapar frustration och irritation hos patienterna kan det få motsatt effekt.

Personliga preferenser och förmågor hos patienterna påverkar också i vilken utsträckning de väljer att använda sig av digitala tjänster eller inte. I en personcentrerad vård bör verksamheten anpassa även användningen av de digitala tjänsterna efter patienternas behov och önskemål, men det ställer förstås krav på flexibilitet och anpassningsförmåga hos både vårdpersonal och vårdorganisation som kan vara en utmaning som måste hanteras under implementering av de digitala tjänsterna.

Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Vi har arbetat när de kliniska verksamheterna i och med att flera forskare i vårt team arbetar med de akademiska vårdcentraler som deltagit i studierna. Denna nära koppling till praktiken har gjort att vi kunnat inhämta återkoppling under studiens gång, och samtidigt kunnat presentera våra resultat kontinuerligt för verksamheterna på till exempel arbetsplatsträffar och fortbildningstillfällen. På samma sätt har vi tät kommunikation med leverantörerna av de digitala tjänster vi studerat, Inera AB för *Journalen*, SLSO IT för *Alltid öppet*, och Medituner för *AsthmaTuner*.

För att våra resultat ska få spridning bredare än till bara de partners som medverkar i projektet, drar vi nytta av våra kontakter genom t ex forskarnätverket för digital vård där vi presenterat och diskuterat våra resultat. I nätverket ingår forskare från hela Sverige, men också praktiker som arbetar med implementering och utvärdering av digitala tjänster i vården.

Vi planerar också att fortsätta våra aktiviteter för spridning och nyttiggörande av resultat även efter projektets avslut. En viktig drivkraft i detta kommer att vara de två doktorsavhandlingar som kommer att vara baserade på resultat från ePrIm-projektet:

Irene Muli: *Implementation of Digital Health Services in Primary Care – Impact on Patient Adoption and the Digital Divide.*

Planerad disputation: Hösten 2024

Huvudhandledare: Maria Hägglund

Bihandledare: Helena Hvitfeldt, Marina Taloyan, Åsa Cajander

Lovisa Jäderlund Hagstedt: *Digital healthcare services in primary care – patients' and health care professionals' experiences of implementation and use*

Planerad disputation: Våren 2025

Huvudhandledare: Maria Hägglund

Bihandledare: Helena Hvitfeldt, Nadia Davoody, Göran Petersson

Vi planerar också ett antal aktiviteter för att sprida resultaten till viktiga intressenter, inklusive de organisationer som deltagit i respektive fallstudie;

- presentationer av resultat från alla fallstudier på APT-möten i Norrtälje och Region Stockholm
- presentation av resultat från fallstudie 1 - *Journalen* till Inera AB
- presentation av resultat från fallstudie 3 till SLSO IT / *Alltid öppet*
- presentation av resultat från fallstudie 2 till Medtuner (leverantör av *AsthmaTuner*)

Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

Fallstudie 1 - Tillgång till Journal

Muli I, Scandurra I, Cajander Å, Hägglund M. (2022) Healthcare Professionals' Experiences of the Work Environment After Patients' Access to Their Electronic Health Records - A Qualitative Study in Primary Care. *Stud Health Technol Inform.* 25;294:530-534.

Muli I, Scandurra I, Hägglund M. (2023) Primary Healthcare Professionals' Improvement Suggestions for The Patient Accessible Health Record. *Accepterad till konferensen Medinfo 2023, kommer att publiceras i konferensens proceedings. Presenterades på konferensen juli 2023 och fick 2:a pris i "Best Paper Award".*

Planerade publikationer:

Jäderlund Hagstedt L, Hvitfeldt H, Hägglund M. Failed implementation of mobile access to electronic health records in Swedish home care: a qualitative study (i manuskriptform - inskickad till Scandinavian Journal of Primary Health Care, pre-print: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-558554/v1/8e10273f-059e-4d7d-93b1-66849e494954.pdf?c=1631883469>)

Muli I, et al. Which patients access their electronic health records online? (att skickas till tidskrift hösten 2023)

Muli I, et al. What are healthcare professionals' experiences of implementation of patients online record access? (att skickas till tidskrift hösten 2023)

Fallstudie 2 - Egenmonitorering

Planerade publikationer:

Jäderlund Hagstedt L, Riggare S, Davoody N, Hvitfeldt H, Hägglund M. A digital self-management system for asthma – a qualitative analysis of health care professionals and patients' experiences (i manuskriptform - att skickas till tidskrift hösten 2023)

Fallstudie 3 - Digitala videomöten

Jäderlund Hagstedt J, Hägglund M, Petersson G, Davoody N, Hvitfeldt H. (2022) Impact of the Covid-19 pandemic on use of Video consultations in a Swedish Primary care setting. The 18th Scandinavian Conference on Health informatics, Tromsø, Norway, August 22-24, 2022. <https://ecp.ep.liu.se/index.php/shi/article/view/465>

Muli I, Hvitfeldt H, Cajander Å, Jäderlund Hagstedt L, Davoody N, Taloyan M, Hägglund M. To connect or not connect: long-term adoption of video consultations, and

reasons for discontinuing use. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2023;0(0).
doi:[10.1177/1357633X231203267](https://doi.org/10.1177/1357633X231203267)

Hägglund M, Davoody N, Kristensson Ekwall A, Farrokhnia N. (2023) The Future of Online Video Consultations in Primary Care: A Qualitative Study. *Stud Health Technol Inform*. 2023 May 18;302:942-946. doi: 10.3233/SHTI230314. PMID: 37203541.

Planerade publikationer:

Hägglund M, Kristensson Ekwall A, Davoody N and Farrokhnia N. Escape to the Future – a qualitative study of physicians' views on the work environment, education and support in a digital context (submitted to BMC Medical Informatics and Decision Making)

Muli I, et al. What are healthcare professionals' experiences of patients use or non-use of online consultations? - a focus group study (att skickas till tidskrift våren 2024)

Jäderlund Hagstedt L, et al. Impact of online video consultations on healthcare professionals work environment - a focus group study (att skickas till tidskrift våren 2024)

Övrig informationsspridning:

Paneldiskussion på European Federation of Medical Informatics (EFMI) Special Topic Conference (<https://www.stc2023.org/>) okt 2023;

Hägglund M, Muli I, Jäderlund Hagstedt L, Jaranka A, Taloyan M. Telemedicine in Swedish Primary Care – user experiences and implementation challenges.

SFMI webinarium 12 jan 2023: Irene Muli presenterade en studie som har tittat på vårdpersonalens upplevelser av arbetsmiljön, kort efter implementeringen av tjänsten Journalen, utifrån Karaseks och Theorells krav-kontroll -och stödmodell. Seminariet finns inspelat och kan ses [här](#).

Nära vård SKR digital frukostföreläsning 2 december 2022: Maria Hägglund & Irene Muli, Patienters tillgång till sin journal.

Irene Muli presenterade på Tiohundras lunch-forskningsseminarium den 24/11 2022 med titeln: *Att läsa eller att inte läsa - svar från patienter i primärvården*

Lovisa Jäderlund Hagstedt höll ett seminarium hos Health Informatics Centre på Karolinska Institutet den 16/6 2022 med titeln *A failed implementation of mobile access to electronic health records in home care: a qualitative study*.

Irene Muli höll ett seminarium hos Akademiskt Primärvårdscentrum den 14/6 2022 med titel: *Implementering av digitala vårdtjänster i primärvården*

Maria Hägglund, *Att implementera e-hälsa - Hur påverkas vårdcentralens arbetsmiljö och patienternas vårdupplevelse?* AllmänMedicin, Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin, nummer 4 2021, årgång 42

Vi har skapat en hemsida med mer information om projektet:
<https://medtech.uu.se/research/implementation-science/eprim/>

Helena Hvitfeldt intervjuades om projektet i socialstyrelsens serie e-hälsa 2025:
<https://ehalsa2025.se/2025-podden/helena-hvitfeldt/>

Akademiskt Primärvårdcentrum lyfte fram projektet i sin årsbok för 2019:
<https://www.flipsnack.com/Majros5105/rsbokapcavc-2019.html>

Flera av forskarna som medverkar i ePrIm deltar också aktivt i det Svenska forskarnätverket för digitala vårdtjänster, där både nätverkande och informationsspridning prioriteras: <https://digitalcareresearch.se/>

Tillsammans med forskare i nätverket skrev vi under våren 2020 en debattartikel där vi efterfrågade en uppskalning av den digitala vården under pandemin: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2020/03/20/skala-upp-den-befintliga-digitala-varden-i-sverige/>

Referenser

1. Riggare S, Höglund PJ, Hvitfeldt Forsberg H, Eftimovska E, Svenningsson P, Hägglund M. Patients are doing it for themselves: A survey on disease-specific knowledge acquisition among people with Parkinson's disease in Sweden. *Health Informatics Journal* 2019;25(1). doi: 10.1177/1460458217704248
2. Riggare S, Scott Duncan T, Hvitfeldt H, Hägglund M. "you have to know why you're doing this": A mixed methods study of the benefits and burdens of self-tracking in Parkinson's disease. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2019;19(1). doi: 10.1186/s12911-019-0896-7
3. Så möter vi vårdens utmaningar: #vivässarvården hälso- och sjukvård. Sveriges kommuner och landsting; 2016. ISBN:978-91-7585-405-2
4. Vision e-hälsa 2025. Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/visionehalsa2025.8859.html> [accessed Oct 16, 2023]
5. Sittig DF, Singh H. A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. *Qual Saf Health Care* 2010 Oct;19(Suppl 3):i68–i74. PMID:20959322
6. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009 Aug 7;4(1):50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
7. Nilsson L, Eriksén S, Borg C. Social challenges when implementing information systems in everyday work in a nursing context. *Comput Inform Nurs* 2014 Sep;32(9):442–450. PMID:24949711
8. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, Rapley T, Ballini L, Ong BN, Rogers A. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science BioMed Central*; 2009;4(1):1–9.
9. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction Of Working Life*. Revised ed. edition. New York: Basic Books; 1992. ISBN:978-0-465-02897-9
10. Rosborg S, Lindberg M, Ramukumba M, Jäderlund Hagstedt L, Hägglund M. Exploring mHealth's Fit to Workflow in Homecare a A Case Study in Sweden. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2019. doi: 10.3233/SHTI190137ISBN:978-1-64368-004-0

11. Moll J, Rexhepi H, Cajander Å, Grünloh C, Huvila I, Hägglund M, Myreteg G, Scandurra I, Åhlfeldt R-M. Patients' experiences of accessing their electronic health records: National patient survey in Sweden. *Journal of Medical Internet Research* 2018;20(11). doi: 10.2196/jmir.9492
12. Hägglund M, Scandurra I. Patients' Online access to electronic health records: Current status and experiences from the implementation in Sweden. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2017. doi: 10.3233/978-1-61499-830-3-723ISBN:978-1-61499-829-7
13. Muli I, Scandurra I, Cajander Å, sa, Hä, Gglund M. Healthcare Professionals' Experiences of the Work Environment After Patients' Access to Their Electronic Health Records – A Qualitative Study in Primary Care. *Challenges of Trustable AI and Added-Value on Health IOS Press*; 2022. p. 530–534. doi: 10.3233/SHTI220515
14. Muli I, Scandurra I, Hägglund M. Primary Healthcare Professionals' Improvement Suggestions for The Patient Accessible Health Record (Accepted for publication). *Studies in Health Technology and Informatics*.
15. Jäderlund Hagstedt L, Hägglund M, Petersson G, Davoody N, Hvitfeldt H. Impact of the Covid-19 pandemic on use of Video consultations in a Swedish Primary care setting. 2022. p. 212–213. doi: 10.3384/ecp187037
16. Elf M, Nordmark S, Lyhagen J, Lindberg I, Finch T, Åberg AC. The Swedish version of the Normalization Process Theory Measure S-NoMAD: translation, adaptation, and pilot testing. *Implementation Science* 2018 Dec 4;13(1):146. doi: 10.1186/s13012-018-0835-5
17. Failed implementation of mobile access to electronic health records in homecare: a qualitative study. 2021. doi: 10.21203/rs.3.rs-558554/v1
18. May C, Finch T. *Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory*. Sociology Sage Publications Sage UK: London, England; 2009;43(3):535–554.
19. To connect or not connect: long-term adoption of video consultations, and reasons for discontinuing use - Irene Muli, Helena Hvitfeldt, Åsa Cajander, Lovisa Jäderlund Hagstedt, Nadia Davoody, Marina Taloyan, Maria Hägglund, 2023. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X231203267> [accessed Oct 15, 2023]
20. Lewis JR, Utesch BS, Maher DE. UMUX-LITE: when there's no time for the SUS. *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* New York, NY, USA: Association for Computing Machinery; 2013. p. 2099–2102. doi: 10.1145/2470654.2481287

21. Scandurra I, Hägglund M, Persson A, Åhlfeldt R-M. Disturbing or Facilitating?-On the Usability of Swedish eHealth Systems 2013. Studies in Health Technology and Informatics. 2014. doi: 10.3233/978-1-61499-432-9-221 ISBN:978-1-61499-431-2
22. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, Petticrew M, Rycroft-Malone J, White M, Moore L. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ British Medical Journal Publishing Group*; 2021 Sep 30;374:n2061. PMID:34593508
23. Fernemark H, Skagerström J, Seing I, Ericsson C, Nilsen P. Digital consultations in Swedish primary health care: a qualitative study of physicians' job control, demand and support. *BMC Family Practice* 2020 Nov 24;21(1):241. doi: 10.1186/s12875-020-01321-8