

E-health Immigrants

En kvalitativ studie om patienters vårdupplevelse vid medierade vårdbesök

Fanndís Hermannsdóttir

Mikael Lidgard

Ville Rundquist

Medie- och kommunikationsvetenskap

Institutionen för Kommunikation och Medier, Lunds universitet

MKVA22:4 VT18

Handledare: Tobias Linné

Examinator: Michael Rübsamen

Sammanfattning

Titel: E-health Immigrants

Författare: Fanndís Hermannsdóttir, Mikael Lidgard och Ville Rundquist, vid institutionen för medie- och kommunikationsvetenskap på Lunds universitet under vårterminen 2018.

Syfte och frågeställning: Syftet med studien är att försöka ta reda på varför vårddagare väljer att söka vård online genom videosamtal samt hur vårdupplevelsen påverkas av att vårdbesöket är medierat. För att uppfylla vårt syfte frågade vi oss vilka som var de huvudsakliga motiven till att vårddagare kontaktar vårdgivare genom videosamtal samt hur vårddagare upplever det medierade vårdbesöket.

Metod: En kvalitativ forskningsstrategi har använts och empiri har samlats in genom sex semistrukturerade intervjuer med lika många respondenter. Respondenterna har alla erfarenhet av användning av onlinevård. Empirin har analyserats utifrån lämpliga teorier gällande bland annat kommunikationsperspektiv, interaktionsformer samt integritet online.

Slutsatser: Studien påvisade att den främsta anledningen till valet av medierade vårdbesök var långa vårdköer inom primärvården. Studien visade även att upplevelsen av det medierade vårdbesöket var positiv, framförallt med anledning av det var smidigt, enkelt samt att vårddagaren kände sig mer hörd av vårdgivaren online jämfört med inom den fysiska primärvården. Slutligen visade studien att de medierade vårdbesöken haft en positiv inverkan på vårddagarnas totala vårdupplevelse.

Nyckelord: *e-health, medierad interaktion, onlinevård, medierade läkarbesök, vårdupplevelse*

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	2
Förord	3
Inledning	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och frågeställningar	4
1.3 Studiens avgränsningar	4
2. Metodavsnitt	5
2.1 Metodval	5
2.2 Empiriinsamling	5
2.2.1 Semistrukturerade intervjuer	6
2.2.2 Transkribering	6
2.3 Urval	7
2.4 Forskningsetiska principer	8
2.5 Metodreflektion	8
2.6 Analys av materialet	9
3. Teoretisk referensram	9
3.1 Perspektiv på kommunikation	10
3.2 Framträdande och rekvisita	11
3.3 Digital Natives och Digital Immigrants	12
3.4 Oro kopplat till integritet online	13
4. Empiri och analys	13
4.1 Innan vårdbesöket	13
4.1.1 Kravet på effektivitet och omedelbarhet	14
4.1.2 Utmana rummets gränser	15
4.2 Under vårdbesöket	17
4.2.1 Förtroende online	17
4.2.2 Att inte kunna känna och klämma	19
4.2.3 Integritet och känslig information	20
4.3 Efter vårdbesöket	22
4.3.1 Den stressiga miljöns påverkan på vårdupplevelsen	22
5. Slutdiskussion	24
6. Förslag till framtida forskning	25
Källförteckning	27
Bilagor	29
Bilaga 1 - Intervjuguide	29
Bilaga 2 - Om respondenterna	31

Förord

Vi vill tacka våra respondenter som tagit sig tiden att delta i vår undersökning vilket möjliggjort denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Tobias Linné som genom vägledning och engagemang stöttat oss i vårt uppsatsskrivande.

1. Inledning

I denna inledande del kommer vi att presentera studiens bakgrund, syfte, frågeställningar samt avgränsningar.

1.1 Bakgrund

I dagens samhälle utvecklas teknik och medier ständigt. Som ett resultat av utvecklingen har allt fler tjänster börjat erbjudas digitalt. E-handel har länge varit ett välkänt fenomen, vi kan skattedeclarera genom telefonen och majoriteten av bankernas tjänster kan numera genomföras online. På senare tid har även vårdbesöken digitaliserats och ett relativt nytt fenomen i form av *onlinevård* har tagit form, en term vi valt att använda för att beskriva vårdbesök som sker över internet, genom exempelvis videosamtal.

Enligt 5 kap §1 i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården vara lättillgänglig (SFS 2017:30). Dagens utvecklade kommunikationsmedier underlättar sjukvårdens arbete allt mer med att upprätthålla lagen om tillgänglighet. Utvecklingen innebär att sjukvården idag får hjälp av en mängd olika verktyg som exempelvis informationslagring på internet, att på distans via videosamtal träffa en vårdgivare samt möjligheten att kunna förnya recept via en app. Vi lever i en värld där ansikte mot ansikte-kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare i framtiden kan komma bli mer sällsynt. Där relationen mellan konsument och leverantör alltmer kommer bli medierad via elektroniska enheter (Weiner 2012). Därmed slipper man den fysiska processen att ta sig till vårdgivaren vilket kan resultera i en ökad tillgänglighet. De som har svårt svårt att fysiskt förflytta sig kan lättare genomföra ett läkarbesök och de som bor på landsbygden med få läkare är inte beroende av deras kompetens utan kan möta en specialistläkare via videosamtal.

För vårdtagaren blir det också allt lättare att via internet eller telefonsamtal ta reda på information om upplevda besvär. I en studie av Luxton et al. (2012) skriver de om att den nya tvåvägskapaciteten av ljud- och bildkommunikation genom smartphones erbjuder nya möjligheter för televården. Resultaten från studien visar att vård genom smartphones är både genomförbart och användbart (Luxton et al. 2012:409ff). Utvecklandet av kommunikationsmedier ger oss därför nya former för interagerande, exempelvis genom att träffa en läkare eller prata med en sjuksköterska trots fysiskt avstånd (Thompson, 2001:107).

Detta forskningsområde är högst aktuellt och det pågår för tillfället ett stort forskningsprojekt på Lunds universitet inom området. På sin webbsida förklarar de att nyckel-organisationer inom hälso- och sjukvården beskriver den planerade utvecklingen samt utbyggnaden av e-hälsa som ett paradigmskifte som gör det möjligt för patienterna att få ökad tillgång till, men även inflytande, över deras hälsosituation. Samtidigt menar de att e-hälsa kommer öka effektiviteten och många ser det som ett svar på bristen av vårdresurser (Lunds universitet 2017). Något som vi däremot saknar inom forskningsområdet är studier kring vårdtagarens upplevelse i samband med det medierade vårdbesöket. Vi har därför valt att specialisera oss kring just det, vårdtagarnas upplevelse vid medierade vårdbesök.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är dels att skapa en djupare förståelse för varför vårdtagare väljer att ha ett medierat möte med sin vårdgivare istället för att fysiskt ta sig till en vårdcentral. Vi ämnar även att skapa en förståelse för hur vårdtagaren upplever sitt medierade vårdbesök. För att undersöka detta har vi formulerat följande frågeställningar som kommer vara i fokus för vår uppsats:

- Vilka är de huvudsakliga motiven till att vårdtagare kontaktar vårdgivare genom videosamtal?
- Hur upplever vårdtagare det medierade besöket med sin vårdgivare?

1.3 Studiens avgränsningar

Då vår studie är inriktad på den medierade kommunikation som sker via videosamtal mellan vårdgivare och vårdtagare har vi avgränsat oss från att studera den vård som enbart sker via

chatt eller telefonsamtal. Vi har därmed även valt att avgränsa oss ifrån att studera informations- och rådgivningstjänster som exempelvis 1177 (vårdguiden).

2. Metodavsnitt

2.1 Metodval

Vid vår empiriinsamling har vi använd oss av en kvalitativ forskningsmetod. Vi har valt den kvalitativa metoden då vi vill skapa en förståelse för hur vårdtagaren upplever vården digitalt samt varför deras upplevelse ser ut som den gör. Den kvalitativa metoden är nämligen mer lämplig när man vill få grepp om människors enskilda uppfattningar och erfarenheter (Larsson, 2010:54) samt få en förståelse av beteenden och värderingar inom en viss kontext (Bryman 2008:272f).

Vi har valt att använda semistrukturerade intervjuer som metod till vår empiriinsamling. Genom att utföra intervjuer med personer som använt sig av onlinevårdens tjänster kan vi skapa oss en djupare förståelse för varför de valt att använda tjänsten online, istället för att besöka den fysiska primärvården, det vill säga vårdcentraler. Med hjälp av kvalitativa intervjuer kan vi undersöka hur en person tänker kring ett visst ämne men också vad den har för åsikter, känslor och erfarenheter kring området (Alvehus 2013:81).

Arbetsättet i denna studie har varit abduktivt, vilket enligt Alvehus (2013:110) innebär en kombination av en induktiv och en deduktiv ansats. Det induktiva inslaget har skett i form av att teorier och tidigare forskning har lagt grunden till den intervjuguide som använts i våra intervjuer. Vi har sedan även arbetat abduktivt då resultaten som framkommit under vår empiriinsamling har använts som grund i sökning av nya relevanta teorier som kan förklara det som har framkommit under intervjuerna.

2.2 Empiriinsamling

Insamlingen av empiri har skett genom semistrukturerade intervjuer som sedan transkriberats, nedan följer en mer ingående beskrivning av vårt tillvägagångssätt.

2.2.1 Semistrukturerade intervjuer

Insamlingen av studiens empiriska material har skett genom sex intervjuer med vårdtagare som har använt sig av onlinevård. Grunden till intervjuerna utgjordes av en intervjuguide som utformats utifrån våra forskningsfrågor. Utifrån forskningsfrågorna har vi delat upp intervjuguiden i fyra olika teman med ett antal frågor inom varje tema (se bilaga 1). Då intervjuerna var semistrukturerade (Alvehus 2013:83) lämnade frågorna ett stort utrymme för intervjupersonerna att förklara sina tankar kring ämnet. Ibland ställde vi även följdfrågor för att låta intervjupersonerna ytterligare utveckla sina svar kring de frågor vi fann extra relevanta för studien. Precis som Bryman föreslår har vi haft i åtanke att försöka undvika att ställa ledande frågor (Bryman 2008:419) då vi inte vill pressa våra intervjupersoner att påstå saker om sin upplevelse som inte stämmer.

2.2.2 Transkribering

Innan varje intervju inletts blev samtliga intervjupersoner informerade om att intervjun skulle spelas in i syfte att underlätta transkribering. De informerades även om att vi, författare, var de enda som skulle ta del av inspelningen och tillfrågades om de godkände detta, vilket alla gjorde.

Transkriberingen av intervjuerna genomfördes omgående efter varje utförd intervju. Transkriberingen utfördes i skriftspråk vilket innebär att ord och uttryck som används i talspråk, som exempelvis “eh”, “öh” och “ah” har tagits bort. Detta har inte påverkat innebörden i vad som sagts utan snarare hjälpt till att förtydliga citat från intervjuerna. I syfte att stärka anonymiseringen av våra intervjupersoner har vi även valt att censurera delar där intervjupersonerna berättar mer ingående om exempelvis sitt arbete eller om sin sjukdomshistorik, detta då sådan typ av information kan försvaga anonymiseringen. I de citat där respondenter har återgett namnet på en specifik vårdaktör har vi valt att ersätta aktörens namn med *Onlinevården*. Detta då vi som författare vill hålla studien opartisk sett till de olika aktörerna inom onlinevård. Fortsättningsvis kommer de olika respondenterna benämnas som R1-R6 (se bilaga 2).

2.3 Urval

Vi har använt oss av ett strategiskt bekvämlighetsurval när vi valt ut intervjupersoner. Ett strategiskt urval innebär att urvalet sker utifrån ett mål om vilka respondenter vi vill ska delta i studien (Trost 2010:138f). I vårt fall har urvalet varit strategiskt, detta då vi innan intervjuerna har säkerställt att respondenterna faktiskt har använt sig av onlinevård genom att ha varit i kontakt med vårdgivare genom videosamtal. Vi har haft i åtanke att vi har velat ha en viss variation bland respondenterna, framförallt gällande ålder och kön. I vårt fall har det dock varit svårt att finna kvinnliga respondenter vilket gör att det är en överrepresentation av män bland våra respondenter.

Eftersom vi har haft begränsad med tid valde vi att göra ett bekvämlighetsurval, vilket enligt Trost (2010:140) är en vanlig och praktisk metod för att få ett strategiskt urval. Detta innebär att man använder sig av det man råkar finna och fyller på allteftersom man finner personer som tycks passa. Vi har via Facebook eftersökt intervjupersoner till vår uppsats genom att både beskriva vårt syfte samt förklarat att vi letar efter intervjupersoner som uppfyller de kriterier vi kräver. Våra kriterier för att delta som intervjuperson är att man varit i kontakt med en vårdgivare via videosamtal minst en gång. De som uppfyllt kriterierna och velat delta i vår undersökning blev då ombudda att kontakta oss via privat meddelande på Facebook. Vi har inte tagit hänsyn till geografisk spridning när vi valt ut våra respondenter, detta hade kunnat vara intressant i frågan om varför man väljer att söka vård online istället för en fysisk vårdcentral, då geografiskt läge avgöra om den fysiska vården är mer lätt- eller svårtillgängligt. Med anledning av tidsbrist har vi därför inte tagit detta i anspråk, utan prioriterat respondenter som vi haft möjlighet att intervjua ansikte mot ansikte.

Vi har genomfört sex intervjuer, där respondenterna varit i åldrarna 19-50 år. Fyra av respondenterna är män och två är kvinnor, se bilaga 2 för mer utförlig information om respektive respondent. Vår intention var att genomföra samtliga intervjuer ansikte mot ansikte men då vi ville ha variation mellan könen och de två kvinnor vi kom i kontakt med inte kunde genomföras ansikte mot ansikte genomförde vi dessa två intervjuer via videosamtal.

2.4 Forskningsetiska principer

Bryman (2008:313f) presenterar de grundläggande etiska forskningsprinciperna: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *nyttjandekravet* och *konfidentialitetskravet*. Vi har förhållit oss till dessa principer för att skydda respondenterna och intervjupersonernas integritet. Vid inledningen av varje intervju har vi berättat om uppsatsen syfte och mål, samt informerat respondenten om möjligheten att när som helst avbryta intervjun och dra sig ur undersökningen. Därmed har vi uppfyllt kriterierna för informationskravet enligt de forskningsetiska bestämmelserna (Bryman 2008:131). Samtyckeskravet uppfylldes genom att tydliggöra för respondenterna att medverkan var frivillig och att vi hade deras samtycke till att dels spela in intervjuerna samt att använda det transkriberade materialet i vår studie. Vi försäkrade även respondenterna om att det insamlade materialet endast skulle användas till studien och har därmed även förhållit oss till nyttjandekravet. Slutligen har vi uppfyllt konfidentialitetskravet då samtliga respondenter anonymiserats så att inga citat eller bakgrundsfakta kan kopplas till en specifik individ. Respondenterna informerades om att den enda bakgrundsinformation om dem som skulle presenteras i uppsatsen var kön, ålder och sysselsättning.

Vi har även gjort ett etiskt övervägande och haft i åtanke att respondenter kan uppfatta intervjufrågor gällande vård som känsligt. Vi har därför varit noga med att inte fråga om respondentens orsak till uppsökande av vård (Polit & Beck, 2016:140).

2.5 Metodreflektion

Något vi haft i åtanke är att resultatet av studien inte kan utgöra en generell bild eller representation för hur upplevelsen av ett medierat vårdbesök ser ut. Dels då vi inte kan betrakta respondenternas svar som en generell sanning, då det är deras subjektiva uppfattning och upplevelse som vi får ta del av. Men också för att våra respondenter inte utgör en representation av vårdtagare i allmänhet. Vi har en viss variation på respondenterna åldersmässigt, vi saknar däremot respondenter från äldre åldersgrupper från 50 år och uppåt. Vi har en överrepresentation av män bland våra respondenter och vi har inte heller eftersträvat någon variation av socioekonomisk bakgrund eller utbildningsnivå. Eftersom vi

valt att spela in intervjuerna kan detta påverka respondenternas svar och beteende under intervju. Moberg (2010:199) skriver att inspelningen kan ha en viss påverkan på respondentens språk och beteende.

Larsson (2010:68) skriver att det inte alltid bara är intervjuaren som har ett syfte med intervjun, utan ibland även den som blir intervjuad. Respondenten kan ibland ha ett annat syfte utöver sitt deltagande. Att exempelvis kritisera någon eller något. I vissa av intervjuerna har det varit tydligt hur missnöjda respondenterna är med den traditionella vården och mycket fokus under intervjun har varit att kritisera den. En fråga kan då vara huruvida den positiva upplevelsen av det medierade vårdbesöket påverkas av den negativa inställningen till den traditionella vården. Vidare skriver Larsson (2010:69) att det krävs att intervjuaren intar en någorlunda kritisk inställning mot respondenten, exempelvis om respondenten är helt uppriktig eller om hen sätter upp en fasad. Eftersom vårt uppsatsämne handlar om vård, kan detta för vissa upplevas som ett känsligt ämne. Hen kanske väljer att exkludera eller försköna vissa delar i sitt svar.

2.6 Analys av materialet

Efter att intervjuerna var transkriberade läste var och en av oss författare igenom samtliga transkriberingar och sökte då efter mönster. Sedan träffades vi och gick igenom de mönster vi funnit och pratade om hur vi tolkade dem samt hur de kunde knytas an till våra två frågeställningar. Därefter valde vi att ha tre huvudteman som behandlade våra två frågeställningar: före, under och efter det medierade vårdbesöket. Vi färgkodade citat i transkriberingarna och började arbeta fram ett material. Inom dessa huvudteman fann vi underteman som exempelvis: *Förtroende och integritet*, *Kravet på effektivitet och omedelbarhet* samt *Utmana rummets gränser*. Vi diskuterade hur dessa underteman kunde knytas an till teorier och tidigare forskning. Vi har utgått från Larsson (2010:70f) när vi planerat vår analys av materialet.

3. Teoretisk referensram

Nedan presenterar vi teorier och tidigare forskning som vi funnit intressanta och nyttjat för att analysera studiens empiri och uppfylla uppsatsens syfte.

3.1 Perspektiv på kommunikation

Vi har valt att fokusera vid två perspektiv på kommunikation; *transmissionsperspektivet* och *ritualperspektivet*. Transmissionsperspektivet fokuserar på hur själva överföringen av information mellan sändare och mottagare ser ut samt hur mottagaren tar del av den informationen (Carey 2009:12f). Inom transmissionsperspektivet finns flertalet forskningstraditioner, en av dessa är Shannon och Weavers *Processkolan*. Processkolans modell menar att kommunikationen består av en avsändare som kodar ett budskap som i sin tur ska avkodas av mottagaren, men att i denna process uppstår det ofta ett brus vilket kan påverka mottagarens avkodning av budskapet. Brus kan exempelvis vara störande ljud i miljön, språksvårigheter, tekniskt brus och olika förkunskaper inom ämnet. Det vill säga, brus är allt det som gör att budskapet avkodas på något annat sätt än avsändarens avseende. (Fiske, 1997:17ff).

Ritualperspektivet betraktar, till skillnad från transmissionsperspektivet, kommunikation som något mer än bara informationsöverföring. Inom detta perspektiv är det inte *vad* som överförs som står i fokus utan snarare vilken *betydelse* det får. Ritualperspektivet menar att kommunikation är något som får människor att hålla samman och används för att skapa tillhörighet och gemenskap. Att kommunikation är något som skapar mening, gemensamma värderingar och referensramar (Carey 2009:15f).

Transmissionsperspektivet och ritualperspektivet kan kompletteras samt utvecklas med hjälp av Thompsons (2001) resonemang kring tre olika former av interaktion; *ansikte mot ansikte*, *medierad interaktion* samt *medierad kvasiinteraktion*. Av dessa tre är dock endast de två förstnämnda interaktionsformerna relevanta för denna studie.

Ansiikte mot ansiikte är den äldsta och mest klassiska interaktionsformen. Personerna som kommunicerar befinner sig då i samma tid och rum, där de kommunicerar med varandra. Kommunikationen sker i dialogform med ord, gester, minspel och dylikt. Det är även enklare att förstå exempelvis ironi i kommunikation som sker ansikte mot ansikte. Det förekommer

även ett dubbelriktat flöde av kommunikationen vilket innebär att sändaren och mottagare direkt kan svara varandra och dylikt (Thompson 2001:109).

När vi istället kommunicerar genom *medierad interaktion* behöver vi inte längre befinna oss i samma rum och tid. Medierad interaktion förutsätter att någon form av tekniskt medium används vid kommunikationen. Genom ett medialt hjälpmedel kan vi kommunicera med andra över rummet och tidens gränser. Kommunikationen kan ske genom exempelvis telefon, brev, telegraf och liknande. Genom denna interaktionsform blir det däremot svårare att uppfatta alla element i en dialog på samma sätt som när den sker ansikte mot ansikte. Genom att begränsa spektrumet av symboliska signaler blir det svårare att minska oklarheter i interaktionen och när vi exempelvis talar i telefon går vi miste om de gester och miner som är synliga vid interaktion ansikte mot ansikte (Thompson 2001:109).

3.2 Framträdande och rekvisita

Erving Goffman skriver i sin bok *Jaget och maskerna* (2004) om två olika typer av regioner. Han menar att "*en region kan definieras som vilket ställe som helst som till en viss grad är avgränsat av perceptions- eller varseblivningsbarriärer*" (s.97). Enligt Goffman kan regionerna delas upp i en främre och en bakre region. Den främre regionen är i den region som ett framträdande sker och där en individ möter sin publik. Ofta finns bara ett visuellt centrum för den agerande och publikens del, exempelvis när en patient talar med sin läkare i ett mottagningsrum. Med den främre regionen menas alltså den plats där den agerande möter sin publik och ett framträdande sker. I den främre regionen finns ofta fast rekvisita för individen (ibid:97ff, 219). Den bakre regionen däremot är "bakom kulisserna" och är ett ställe, där verktygen finns för att forma individen, i anknytning till ett visst framträdande där det ses som självklart att vilja bestrida det intryck som uppammat av framträdandet. Eftersom framträdandets mest vitala hemligheter är öppna i den bakre regionen, och den agerande lägger av sig rollen när de befinner sig där, bör denna region hållas stängd för publiken (ibid:101ff, 219). Goffman introducerar även begreppet rekvisita, som exempelvis kan vara en läkarrock som används för att iscensätta sin roll.

Läkarrocken och dess påverkan på patienters upplevelse vid läkarbesök har studerats av Brase och Richmond (2004). De förklarar att den vita läkarrocken varit en accepterad symbol för läkare och vårdpersonal i västvärlden under nästan 100 år. Brase och Richmond menar att deras resultat visar på att det inte är effektivt för en läkare att bära mer ledig och informell klädsel för att öka patientens trygghetskänsla. En mer ledig klädsel tenderar enligt forskarna snarare att minska patientens uppfattning av läkarens auktoritet, oavsett kön på såväl läkare som patient. Forskarna menar att det mest rimliga klädrådet till läkare är att klä sig formellt samt bära vit rock (Brase och Richmond 2004).

3.3 Digital Natives och Digital Immigrants

Digital Natives är den grupp människor som är födda år 1980 eller senare och därmed levt med digitala medier under större delen av sina liv. Digital Immigrants är den grupp som är födda tidigare än år 1980 och därmed i vuxen ålder fått bekanta sig med digitala medier (Prensky, 2001, genom Haluza et. al, 2017:1342). Hoffmann et. al. har i artikeln *Digital Natives or Digital Immigrants? The impact of user characteristics on online trust* (2014) undersökt om förtroende online skiljer sig beroende på demografiska egenskaper och om de är digital natives eller digital immigrants. Det vill säga, om en aktör vill skapa förtroende online, är ett och samma tillvägagångssätt inte effektivt, då exempelvis ålder, kön, utbildningsnivå och digital erfarenhet kan vara avgörande faktorer. De har genom enkätsvaren sett ett positivt samband mellan användare som är högre utbildade och mer erfarna internetanvändare med deras förtroende online. Den grupp som var mindre benägna att känna förtroende online var äldre, och mer passiva internetanvändare (Hoffmann et. al 2014:145).

I studien redovisar de även tidigare resultat som visar på att det är fler män än kvinnor som använder internet och att kvinnor är mindre självgående i kontakt med dator vilket gör att dem har mer ångest i användandet (ibid. 2014:145). I kontrast till detta visar studien *Digital Natives Versus Digital Immigrants: Influence of Online Health Information Seeking on the Doctor–Patient Relationship* av Haluza et. al. (2017:1342) att utöver de med högre socioekonomisk status är unga kvinnor den grupp som i störst utsträckning är de som söker information om sin hälsa på internet.

Matt Elofson skriver i artikeln *New Digital Media: A Contemporary "Eternal Fear"* (2014) om hur människan alltid anammat nya tekniker och hur de alltid har förändrat tillvaron hos människor. Exempelvis hur telegrafan förändrat möjligheterna för journalistiken och handeln. På samma sätt har digitala medier förändrat möjligheterna till interaktion och informationshämtning de senaste 20 åren. Elofson skriver att digitala medier också förändrat värderingar hos människor, att deras krav på information och kommunikation inte bara ska vara effektivt, utan även omedelbart (2014:38).

3.4 Oro kopplat till integritet online

I en artikel av Annika Bergström skriver hon om oro gällande integritet online. Hon skriver att tidigare forskning visar på några centrala dimensioner av integritet. Dessa dimensioner innefattar bland annat insamling av personlig information, obehörig sekundär användning samt obehörig extern sekundär användning. I Bergströms studie beskrivs de digitala kontexter där människor upplever oro samt en förklaring av denna oro. I artikeln diskuteras även en *social exchange theory* som innebär att individer tenderar att väga kostnader mot fördelar när de bestämmer sig för att delta eller icke delta i sociala transaktioner. Bergström skriver även att tillit till andra personer är den faktor som har störst påverkan på människors oro för integriteten när de använder digitala medier och applikationer. Ju större deras tillit är till människor, desto mindre oroar de sig för missbruk av personlig information (Bergström, 2015).

4. Empiri och analys

4.1 Innan vårdbesöket

Under kommande avsnitt diskuteras och analyseras respondenternas anledningar till användandet av onlinevård. Varför har de valt att göra sitt vårdbesök online, hur de kom i kontakt med onlinevården samt hur deras förväntningar såg ut?

4.1.1 Kravet på effektivitet och omedelbarhet

“Alla har så bråttom hela tiden nu och det känns så jävla uråldrigt att behöva sätta sig och vänta [på en vårdcentral] en torsdagsmorgon när man har jobb och grejer.” (R5)

I våra intervjuer nämner samtliga respondenter att de generellt sett är missnöjda med den fysiska primärvården. Respondenterna anger anledningar som att det är svårt att få en tid på vårdcentralen, och att om man väl får en tid så kan ett kortare ärende ta flera timmar då man behöver vänta i väntrummet en längre stund, trots att man bokar en tid. Möjligheten till informationsinhämtning och kommunikation med läkare omedelbart, utan väntetider, telefonköer samt fysiskt förflyttning är exempel på de nya vanor och värderingar som Elofson (2014) menar att digitala medier fört med sig. Informationen och kommunikationen ska ske effektivt och omedelbart, till skillnad från hur R1 beskriver att det brukar gå till på en fysisk vårdcentral:

“När man går på vårdcentral så är det ju oftast att så sitter man där. Så väntar man och väntar... och väntar... och väntar. Så får man någon som tittar till en, sen får man sitta och vänta en bra stund till.” (R1)

R2 tillhör kategorin *Digital Immigrants*, han beskriver att han inte hade höga förväntningar på onlinevården och var egentligen skeptisk till att det skulle fungera bra. Trots detta valde han genomföra ett medierat läkarbesök i samband med att hans barn fick ett sår, som han ville låta undersökas. R2 uppger att han inte hade valt att uppsöka vård för åkomman så tidigt om han hade behövt vända sig till en traditionell vårdcentral, då det kändes för besvärligt för en sådan lindrig åkomma. Men då läkarbesöket online var gratis för hans barn, kunde han lika gärna prova. Han upplevde vårdbesöket som positivt då det var tidseffektivt och han upplevde att han fick den vård hans barn behövde. Han valde därför att vid ett senare tillfälle kontakta Onlinevården för sin egen skull då han ville ha rådgivning kring en fråga, som även denna gång inte kändes allvarlig nog för att söka sig till en traditionell vårdcentral. Han anser att största skillnaden mellan ett medierat och fysiskt vårdbesök är “*Snabbheten, enkelheten.*” (R2). Även om han var skeptisk och inte hade speciellt högt förtroende för vård online kändes det andra alternativet för besvärligt. De digitala mediernas förändringar av värderingar om

omedelbar och effektiv kommunikation och informationsinhämtning påverkar även personer inom kategorin Digital Immigrants och alltså inte bara de som är födda digitala (Haluza et. al., 2017:1342 och Hoffman et. al., 2014:145).

En annan respondent, R3, berättar att han sökte vård online då han som egenföretagare inte har tid att sitta på en vårdcentral och vänta och att han haft svårt att anpassa sig efter de telefontider som erbjudits vid tidsbokning. Han hade en mindre åkomma men kände ändå att han var i behov av vård. Efter goda recensioner av en vän valde han därför att testa en onlinevårds-tjänst och har gjort det vid flertal tillfällen sedan dess. Han anger att han tidigare, innan sin upptäckt, sökte vård mindre än en gång per år på grund av att det var omständigt, men att han nu är han mer benägen att söka vård. På frågan: Vad var det mest positiva med ditt vårdbesök online svarar han: *“Tillgängligheten och att det var så smidigt.”* (R3).

Ett gemensamt drag hos respondenterna är att de upplever den traditionella vårdcentralen som besvärlig att komma i kontakt med, och att de inte vill spendera tid där. Det blir mycket väntetider och det känns omständigt att behöva förflytta sig till vårdcentralen. Detta kan man se som ett exempel på det Elofson (2014:38) skriver om att människor inte bara förväntar sig att kommunikationen och informationsinhämtningen ska ske effektivt, exempelvis via telefon och slippa förflytta sig, utan de ställer också krav på att det ska ske omedelbart utan väntetider. Många av respondenterna anger att telefontiderna hos primärvården är besvärliga, de vill inte tvingas ringa ett visst klockslag eller behöva vänta till dagen efter. De vill kunna ringa när det passar och få hjälp omedelbart.

4.1.2 Utmana rummets gränser

Flera av respondenterna uppger också att det känns obehagligt att befinna sig på en vårdcentral med risk för att bli smittad av andra vårdtagares åkommor. R4 uttrycker följande tankar om miljön på vårdcentraler:

“Tycker att det är lite av en tråkig upplevelse skulle jag säga, gå och ta sin lapp och sätta sig i väntrummet med alla tidningarna som alla andra har pillat på och så sitter någon och hostar, det är lite ofräscht skulle jag säga. Även fast det är en klinisk miljö så känns det lite äckligt att vistas bland andra människor som har diverse grejer liksom.” (R4)

Även R6 uttrycker liknande tankar angående smittorisk, framförallt gällande sina barn.

“Alltså jag upplever att åker man in till vårdcentralen så åker man hem med någon annan sjukdom, hehe. [...] Alltså smittspridningen är för stor.” (R6)

Denna oro för just smittspridningen är något som tydligt kan kopplas till interaktionen ansikte mot ansikte då denna interaktionsform kräver att parterna befinner sig i samma tid och rum. Genom att istället använda sig av onlinevård, kan vårdtagarna då använda ett tekniskt medium för att interagera med vårdgivaren. Då istället genom en medierad interaktion som kan ske över rummets gränser (Thompson 2001:109). Därmed kan de helt eliminera risker att bli smittade av andra vårdtagare på en fysisk vårdcentral.

R5 ger en annan aspekt på hur medierad interaktion utmanar rummets gränser. Hon sökte vård online när hon var utomlands. Ett alternativ var att gå till en läkare på plats, men att hon hellre ville vara i kontakt med en läkare i Sverige. Genom att istället använda sig av medierad interaktion fick hon då möjligheten att via videosamtal se och även höra en svensk läkare, trots att hon inte var på samma kontinent. Detta gör att syftet med den medierade interaktion R5 hade med onlinevården inte bara var att få utbyte av information, utan hon ville även ha en känsla av trygghet och tillhörighet. Då just känslan av trygghet låg till grund för hennes besök kan man se på denna interaktion ur ett ritualperspektiv. Detta perspektiv ser på kommunikation som något mer än bara informationsöverföring, ritualperspektivet fokuserar på vilken betydelse kommunikationen får. I detta fall en känsla av trygghet där normer och värderingar har en betydelse (Carey, 2009:15f).

Men om man hade sett hennes önskan om att få träffa en svensk läkare ur ett transmissionsperspektiv hade överföringen av information varit i centrum, vilket gör att informationsöverföringen inte hade spelat någon roll om det var en svensk läkare eller inte (Carey, 2009:12f). Däremot kan man även se på denna interaktion med hjälp av Processkolans brus, då läkaren utomlands inte var svensktalande och språkbegränsningar kan vara en form av brus. Det vill säga att i informationsöverföringen uppstår brus vilket gör att

mottagaren, i detta fall respondenten, hade kunnat avkoda budskapet på ett annat sätt än det avsändaren, läkaren, hade avsett (Fiske, 1997:17ff).

4.2 Under vårdbesöket

Under detta avsnitt analyseras själva vårdbesöket. Vad sker under besöket online, hur upplever respondenterna detta och vad finns det för likheter respektive skillnader jämfört med ett fysiskt vårdbesök?

4.2.1 Förtroende online

Vare sig besöket sker fysiskt på en vårdcentral eller online via videosamtal vill man känna ett förtroende för sin vårdgivare. När ett vårdbesök äger rum via videosamtal så sker interaktionen mellan patient och vårdgivare under samma tid, men inte samma rum. Det gemensamma rummet gör att kommunikationen parterna emellan blir influerad av både intryck från en omgivning men även av den medvetenhet som finns beträffande vilka som är närvarande. Precis som Thompson förklarar så kan medvetenheten gå förlorad när interaktionen sker online (Thompson 2001:109) och tvivel kan då uppstå kring huruvida samtalet endast är exklusivt för patient och vårdgivare. När man pratar om förtroende i samband med medierad interaktion tar man då hänsyn till det förtroende som finns för motpartens kompetens men även kring huruvida samtalet är avskilt från andra.

På frågan ifall tilliten är densamma hos en läkare på fysisk vårdcentral eller till den man möter via videosamtal besvarar R2 såhär:

“Ja, det skulle jag nog ändå säga. För att om inte dem var ordentliga skulle hela deras affärsidé dö. Jag läste någonting i tidningen om det, någon läkare som inte gjort sitt jobb och då förlorade dem hela sin trovärdighet och var tvungna att lägga ned. Om det skulle visa sig att de gör något fel, så jag litade faktiskt på att det var riktiga läkare.” (R2)

R2 anser sig ha förtroende för läkaren online med argumentet att det företag som levererar tjänsten är i behov av att deras läkare är ordentliga och kompetenta. Precis som Aula och Heinonen förklarar i sin bok *The Reputable Firm* (2016) så är ett företag i behov av att ha ett gott rykte samt perception från allmänheten för att överleva. För skulle en, i detta fall

onlinevårds-aktör, visa sig vara slarviga eller använda sig av inkompetenta läkare så skulle företaget då förlora sin trovärdighet och tillslut gå under.

Efter att även R4 uttryckt sig känna en trovärdighet åt onlinevårds-aktören utvecklar han sitt resonemang:

“[J]ag tror nog att det är seriöst, sen så är det väl lite såhär att, rent allmänt tror jag inte det spelar roll vilken vårdcentral man går till, allting handlar om läkaren i sig och deras kompetens och alla har ju gått en utbildning så dem har läkarlegitimation.” (R4)

R4 menar att läkarnas kompetens inte kan avgöras utifrån om de arbetar via fysiska möten eller online. Att samtliga ändå genomfört en utbildning och besitter sin läkarlegitimation. Han anser sig därför ha lika förtroende för den läkare som arbetar med fysiska möten som den som agerar online. R1 däremot förklarar att hans förtroende för den medierade läkaren är lite svårare att uppnå när samtalet sker via videosamtal.

“Du får en större förtroendekänsla för en människa du träffar än om det är såhär 'hur vet jag att han är läkare, hur vet jag det här, hur vet jag det här?' Det blir ju automatiskt att när du är inne i ett rum där det bara finns sjuksköterskor, där det finns verktyg och sådana saker då... automatiskt får du ju en auktoritet hos dig, medan om du sitter med en telefon blir det ju svårare.” (R1)

Han förklarar att det är lättare att skapa förtroende vid ett fysiskt möte då miljön omkring kan öka en läkares auktoritet. Att man vid ett medierat besök kan bli osäker på huruvida det är en riktig läkare som man pratar med då det enda som visuellt kan styrka denna tillförlitlighet är den vita läkarrocken och läkarbrickan. I och med att den främre regionen minimeras är det också mindre rekvisita som syns. Rekvisitan används enligt Goffman för att iscensätta sin roll (Goffman, 2004:219). Läkarrocken som rekvisita är något som alla förutom en av våra sex respondenter hade noterat under sina medierade besök. R4 uttryckte sig såhär i vår intervju:

“Men det såg ändå legit (trovärdigt) ut. De hade läkarrock och läkarbricka och sånt där.” (R4)

Den vita rocken gjorde i detta fall att R4 kände att besöket kändes trovärdigt. En intressant aspekt är att läkarrocken är av Socialstyrelsen förbjuden att bäras i möte med patienter (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, 5 §). Läkarrocken är förbjuden på grund av smittorisken

som den medför. Trots detta används läkarrocken av vårdgivaren i de medierade möten som dem haft med sina patienter. Då de inte träffas ansikte mot ansikte elimineras smittorisken och läkarrockens funktion förefaller då snarare att endast vara rekvisita som vårdgivaren väljer att använda i den främre regionen för att iscensätta sin roll. (Goffman, 2004:219). Läkarrocken har varit en accepterad symbol för läkare i närmare 100 år (Brase & Richmond 2004) och vi kan därför anta att syftet med att bära läkarrocken, trots att den egentligen är förbjuden, används för att förstärka förtroendet hos vårdtagaren. I studien av Brase och Richmond framkommer det även att när läkaren bar en vit läkarrock under vårdbesöken upplevde vårdtagarna att de fick en ökad känsla av trygghet samt att läkaren hade mer auktoritet.

4.2.2 Att inte kunna känna och klämma

Ett gemensamt drag är att respondenterna litar på de läkare de mött via onlinevård men att de upplever att det är mer passande vid mindre åkommor. De är osäkra på om läkarna via medierad interaktion kan göra samma medicinska bedömning utan att "*känna och klämma*" på dem, som många av respondenterna uttrycker det. De använder hellre onlinevård vid något dem själva bedömer som inte så allvarligt eller i rådgivande syfte. Vid svaret på frågan "*När skulle du inte använda dig av onlinevård*" svarar R5:

“ Lite känns det väl som att Onlinevården är en form av inkörsport. Om jag hade något som var lite mer oroväckande, hjärtflimmer eller sådär, då skulle jag först ringa till 1177 och 'Hej vad ska jag göra' om de säger att jag ska kontakta läkare skulle jag nog ringa Onlinevården och prata med dem. Men förmodligen skulle jag då ringa och prata med dem om att gå till en riktig läkare. De skulle ju vara som en liten... Vad ska jag säga... sluss typ.”

R5 anser då att onlinevård kan fungera som en inkörsport till det som hon refererar som "*riktiga läkare*". Just citatet "*riktiga läkare*" är anmärkningsvärt och avspeglar en viss misstrohet till den läkare hon möter via videosamtal. Men oavsett demografisk bakgrund på våra respondenter, verkar de ändå ha en liknande syn på onlinevården. Alltså att de kan tänka sig att söka för mindre allvarliga åkommor men är lite osäkra när det gäller mer allvarliga åkommor, detta då det medierade besöket innebär begränsningar när det kommer till att känna och klämma. Hoffmann et. al. (2014) menar på att demografisk bakgrund kan påverka förtroendet online, exempelvis ålder, kön och utbildningsnivå. Däremot

argumenterar dem för att en större digital erfarenhet tenderar att generera högre förtroende online, i detta fallet använder samtliga respondenter telefon och internet ofta och kan tänka sig att göra de flesta samhällsärenden online. Men samtliga av respondenterna har en mindre erfarenhet av onlinevård vilket kan vara en bidragande faktor till det bristande förtroendet.

4.2.3 Integritet och känslig information

Då läkarbesök online sker medierat och genom videolänk innebär detta att de regioner som Goffman (2004) diskuterar förändras jämfört med ett fysiskt besök hos läkaren. När en vårdtagare besöker vårdgivaren fysiskt sker mötet i ett mottagningsrum och därmed har vårdtagaren full uppsikt över vad som sker i rummet vilket gör att hela rummet kan ses som den främre regionen där vårdgivaren gör sitt framträdande (s.97). När mötet istället sker över videosamtal smalnas den främre regionen av och det blir endast den del av rummet som kameran visar som kan ses som den främre regionen.

Att den främre regionen smalnas av i det medierade mötet med en vårdgivare medför en viss osäkerhet hos vårdtagarna och påverkar deras beslut gällande när de är villiga att använda onlinevård och när de inte är det. R4 uttrycker sig skeptisk till att använda onlinevård när det kommer till besvär som kan uppfattas som lite mer känsliga.

“[J]ag tänker om man skulle ha något annat, lite känsligare, så hade man kanske inte velat göra det över nätet. Bara ‘dra ned brallorna liksom’. Det hade nog känts jäkligt märkligt.” (R4)

Han fortsätter och menar att vid mer känsliga besvär föredrar han att träffa en läkare i ett avskilt rum eftersom han inte vet säkert hur det ser ut där läkaren sitter.

“Så länge det inte är för något jobbigt som, typ något personligt. Eller om det är att man har problem i nedre regionen, då vill man ju inte söka onlinevård. Då hade jag nog velat bli instängd i ett läkarrum för där, just det är ju personligt. [---] Det är just det, den enda tanken jag hade där, för du ser ju bara läkaren [online] och ingenting annat liksom. Men sen kan det ju vara som ett jäkla callcenter där det sitter 100 personer på rad liksom och det är väl det jag tänkte på främst.” (R4)

Även R6 upplever en viss osäkerhet kring att inte befinna sig på samma plats som vårdgivaren och förklarar:

“Ah, man vet inte. Vart sitter den här personen, vilka är runt? Alltså är det någon som är hemma eller... Nej, det känns inte... Man vet inte så mycket om dom man pratar med helt enkelt.” (R6)

Osäkerheten som respondenterna beskriver i ovanstående citat kan kopplas till Goffmans (2004) teori om främre och bakre regioner. Den främre regionen i dessa fall är allt det som respondenterna faktiskt ser och hör genom videosamtalet. Den del av rummet som kameran inte visar upp kan rent visuellt ses som den bakre regionen, som är stängd och dold för vårdtagaren (s.103). Det är då den bakre regionen, alltså “bakom kulisserna”, som medför en viss osäkerhet hos vårdtagarna. Detta då de inte säkert kan veta vad som finns i denna bakre region och om läkaren verkligen är själv i rummet eller om det finns andra som kan se eller höra vårdtagaren beskriva sina besvär.

Enligt Bergström (2015) är tillit till andra personer den viktigaste faktorn som påverkar människors oro för integriteten. Kopplar vi detta resonemang till vår empiri kan det tolkas som att tilliten inte är tillräckligt stark i det medierade läkarbesöket för att respondenterna ska vilja blotta känsliga åkommor genom videolänk. Sett utifrån *Social Exchange Theory* innebär utlämningen av de känsliga besvären online en för stor kostnad i relation till fördelarna för att vårdtagaren ska välja att delta i den sociala transaktionen med onlinevården.

Att den bakre regionen är mer omfattande genom onlinevården och medför en osäkerhet hos vårdtagaren kan direkt kopplas till att kommunikationen är just medierad. Vid ett möte ansikte mot ansikte ses vårdgivare och vårdtagare i samma rum och kan kommunicera med varandra (Thompson 2001:109). Detta innebär då, som tidigare nämnt, att hela det mottagningsrum som mötet sker i kan ses som den främre regionen. Vårdtagaren behöver då inte oroa sig för att andra befinner sig i samma rum utan hens vetskap, vilket kan förklara varför respondenterna känner sig mer trygga att befinna sig ansikte mot ansikte med läkaren just när det gäller känsligare besvär.

4.3 Efter vårdbesöket

Under detta avsnitt analyseras hur det medierade vårdbesöket påverkade respondenternas totala vårdupplevelse efter att vårdbesöket avslutats.

4.3.1 Den stressiga miljöns påverkan på vårdupplevelsen

Flera av våra respondenter upplever att vårdpersonalen på fysiska vårdcentraler är mycket stressade och att de inte riktigt lyssnar på sina patienter. R4 beskriver hur han upplever att läkarna stressar igenom mötet för att hinna till nästa patient.

“Det känns lite som att dem stressar igenom alltihop för att dem har en tid att passa för nästa patient. [---] Det var väldigt stressat liksom och de lyssnade inte riktigt på vart jag hade ont och liksom hur jag upplevde det.” (R4)

Men flera av våra respondenter anger att de har en positiv upplevelse av sitt medierade vårdbesök, där de utöver smidigheten anger att de upplever att de får en bättre kontakt med läkaren då hen tar sig mer tid. Onlinevårds-aktören Kry skriver på sin webbsida att som läkare får man själv välja när, var och hur mycket man vill arbeta (Kry, 2018). Det vill säga kan läkaren själv välja de tider som passar, om läkaren vill arbeta hemifrån eller från sin fysiska arbetsplats eller om läkaren ens vill ta emot patienter vid tillfället. På webbsidan anges också några citat från läkare som arbetar på Kry, en av dessa läkare säger följande:

“En upptäckt för mig är att den traditionella läkar-/patientrollen försvinner när läkarbesöket är digitalt. Patienten upplevs mer avslappnad och man möts på en mer jämlik nivå. Under videosamtalet är fullt fokus på patienten och det är inget/ingen som kan störa under mötet” (Susanna Wahlund, Kry.se)

Denna syn överensstämmer med våra respondenters upplevelse, varpå R4 svarar följande på frågan om han upplevde att läkaren via onlinetjänsten tog sig mer tid för honom än vad han tidigare upplevt vid traditionella vårdbesök, han svarade:

“Det upplevde jag nog faktiskt, som jag sa ställde han följdfrågor och liksom om man kände att man hade ont någon annanstans, så var det bara att fråga. Så det var ju bra, det upplevde jag nog inte när jag

var på vårdcentralen. Då var det väldigt stressigt istället. 'du har det här', här har du ditt recept.' 'Tack så mycket, hejdå!' och så blir det lite löpande bandet-princip liksom." (R5)

Att respondenterna upplever att de får bättre kontakt med läkaren online kan bero på avsaknaden av stress i omgivningen, vilket kan vara ett exempel på processkolans begrepp: *brus*. Bruset kan vara att se alla andra patienter som väntar och se hur vårdpersonalen är stressad. Så även om kommunikationen i sig inte skulle annorlunda mellan vårdtagare och läkare, kan bruset ge upphov till en känsla av stress hos vårdtagaren och att man befinner sig på ett löpande band (Fiske, 1997:17ff). Detta elimineras när den främre regionen minimeras och endast visar läkaren och delar av hens mottagningsrum (jfr. Goffman, 2004:97-102). Respondenterna uttrycker också att de inte bara önskar information, utan en lugn interaktion med sin läkare vilket R2 beskriver som:

"Så ofta handlar det ju bara om att man får en lugn stund med läkaren. Oavsett om man går själv eller om man går med barnen för det handlar bara om att de säger att 'Det är lugnt, det här är vanligt när man är tre eller fem år eller om man är i min ålder så', bara det här *förtroendet*, att den minuten då de bara bryr sig om mig eller ens ungar, det är det som räknas. Att dem gett en tiden. Även fast jag förstår att dem har ett extremt hektiskt schema, men jag har inga problem att vänta där. Bara man får den där minuten. Då väntar jag hellre 5 minuter extra, bara man får den där kvalitetstiden." (R2)

När vi frågade respondenten om han upplevde att besöket var som ett vanligt besök på vårdcentralen, svarade han att "*Ja det kändes verkligen som den där minuten som jag pratade om innan. Den kändes helt okej även fast det kändes som Skype, eller Facetime...*" (R2).

Utifrån ritualperspektivet kan vi se att det inte är vad som överförs som är i centrum, utan det är vad kommunikationen ger för betydelse, i form av känsla av tillhörighet och gemenskap (Carey, 2009:15f). Betydelsen av att läkaren tar sig tid och bekräftar patienten och att det sker i dialog, till skillnad från vad R5 säger om att det på en vårdcentral upplevs som att patienterna sker på löpande band. R2 säger att han inte har några problem att vänta, bara han får den kvalitetstiden, där är inte vad som överförs det viktigaste, men känslan av att man får genuin tid.

5. Slutdiskussion

Utifrån vår insamlade empiri, som analyserats och kopplats till relevanta teorier, har vi besvarat samtliga av våra frågeställningar samt uppfyllt studiens syfte. Gällande frågeställningen rörande vårdtagarnas motiv till användning av onlinevård visar våra resultat på att det finns ett generellt missnöje kopplat till den fysiska primärvården bland våra respondenter. Långa kötider och överbelastade vårdcentraler har varit bidragande faktorer till respondenternas val att istället göra sina vårdbesök online. Gemensamt för samtliga respondenter är att de nämner smidigheten för vårdbesök online. Vi har sett att respondenterna är måna om att vårdbesöken ska vara tidseffektiva och helst omedelbara, vilket de upplever att de onlinevårdsaktörer de varit i kontakt med har kunnat erbjuda. Vi tror att smidigheten gör respondenterna mer positivt inställda till onlinevården och att det verkar i kontrast mot den ofta upplevda svåråtkomliga traditionella vården.

Gällande vår andra frågeställning rörande upplevelsen av vårdbesök online har studien visat på att det råder en viss brist på förtroende hos respondenterna för läkarna de möter online. De kan tänka sig att söka vård online när det gäller enklare åkommor och för rådgivning om de ska söka vård hos en "riktig" läkare, eller åka in till akuten. Bristen på förtroende visar sig också genom att respondenterna skulle föredra att söka hjälp för genererande besvär genom ett vårdbesök som sker ansikte mot ansikte där den främre regionen är större. Det råder även en viss osäkerhet med den information som sänds digitalt vart den tar vägen. Eftersom förtroendet online påverkas av hur stor erfarenhet man har av internet ser vi en tendens att förtroendet ökar när respondenterna sökt vård online fler gånger. Den kommande generationen som växer upp med onlinevård som alternativ kan komma kallas för e-health natives, vilka vi tror kan tänkas få ett högre förtroende för onlinevård än e-health immigrants.

Flera av respondenterna har uttryckt att de känner sig mer hörda när de träffat läkare online än på fysisk vårdcentral. Två respondenter anger vårdgivarnas hektiska schema som orsak till att det är svårare att känna sig sedd. De menar att på fysiska vårdcentraler måste läkarna anpassa sitt engagemang och välvilja efter klockan. En respondent förklarar att ett lyckad vårdupplevelse för honom inte bara handlar om vilken information som man får ut av besöket, utan att känslan av förtroende och att bli sedd är en betydelsefull faktor. Samma

respondent berättar att han inte har något problem med att vänta fem minuter extra så länge han får den kvalitetstid som eftersträvas. Även om läkaren har som intention att verka tillmötesgående och närvarande kan bruset som uppstår av en stressad omgivning påverka kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare. Den stressade omgivningen kan då ge upphov till en känsla av stress och att man befinner sig på vårdgivarens löpande band. Detta brus elimineras när interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare är medierad då den främre regionen minskas och vårdgivarens omgivning inte längre är av betydelse.

Även en viss oro för integritet påverkar användningen av onlinevård för flera respondenter. Detta då det medierade läkarbesöket präglas av att en mer begränsad främre region är synlig för vårdtagaren jämfört med ett besök på en fysisk vårdcentral. En ökad osäkerhet uppstår då hos vårdtagarna då de inte riktigt vet om läkaren faktiskt är ensam i rummet när de endast ser hen på en skärm. Onlinevården bör arbeta med att öka synligheten av den främre regionen för att vårdtagaren ska få en större tillit för läkaren, detta kan då i sin tur leda till att vårdtagare i större utsträckning är villiga att bruka tjänsten även när de lider av känsliga eller pinsamma besvär.

Vi tror att onlinevården kommer att utvecklas och finnas kvar i framtiden samt att den kommer utvecklas för att mer kunna möta de brister på möjligheten att "känna och klämma" på vårdtagaren, att exempelvis via Apple Watch mäta blodtryck. Men idag råder mycket kritik mot onlinevårdsaktörerna, som alla är privata bolag, och hur de dränerar vården på pengar då folk tenderar att söka vård i onödan mer. Vi tror att landstingen skulle kunna erbjuda onlinevård, som möter det krav på effektivitet och omedelbarhet som krävs, men som samtidigt också kan regleras. Onlinevård som komplement till den fysiska primärvården är något som vi menar kan effektivisera den svenska vården i stort och leda till en bättre vårdupplevelse för vårdtagarna.

6. Förslag till framtida forskning

Vi tror att det skulle vara intressant att göra en kvantitativ undersökning med fler respondenter om huruvida vårdupplevelsen påverkas av att vårdbesöket är medierat. Det kan även vara intressant med en uppdelning bland målgrupper för att förstå ifall demografisk

bakgrund har betydelse för valet att söka vård online, ifall förtroendet skiljer sig samt den generella vårdupplevelsen.

Källförteckning

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.
- Aula, P, & Heinonen, J 2016, *The Reputable Firm. [Elektronisk Resurs] : How Digitalization Of Communication Is Revolutionizing Reputation Management*, n.p.: Cham : Springer International Publishing : Imprint: Springer, 2016.
- Bergström, A. (2015). Online privacy concerns: A broad approach to understanding the concerns of different groups for different uses, *Computers in Human Behavior*. 53. 419-426. 10.1016/j.chb.2015.07.025.
- Brase, G. & Richmond, J. (2004). The white-coat effect: Physician attire and perceived authority, friendliness, and attractiveness, *Journal Of Applied Social Psychology*, 34, 12.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Carey, J. (2008 Revised edition). *Communication as Culture. Essays on Media and Society*. New York: Routledge.
- Elofson, M. (2014). New Digital Media: ‘A Contemporary “Eternal Fear’, *Journal of Youth Ministry*, Vol. 12(5), pp. 33-51.
- Fiske, J. (1997). *Kommunikationsteorier: En introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Goffman, E. (2004). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts förlag.
- Haluza, D., Naszay, M., Stockinger, A., Jungwirth, D. (2017) Digital Natives Versus Digital Immigrants: Influence of Online Health Information Seeking on the Doctor–Patient Relationship. *Health Communication*. Vol. 32, 11, p1342-1349. Institute of Environmental Health, Center for Public Health, Medical University of Vienna.
- Hoffman, C.P., Lutz, C., Meckel, M. (2014). Digital Natives or Digital Immigrants? The Impact of User Characteristics on Online Trust. *Journal of management informations systems*. Vol 31, 3, p138-p171. Routledge journals, Taylor & Francis LTD

Larsson, L-Å. (2010) Intervjuer. I Ekström, M. & Larsson, L-Å. (Red.) *Metoder i kommunikationsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

J. Lewis, D. & Weigert, A. (1985), 'Trust as a Social Reality', *Social Forces*, 4, p. 967, JSTOR Journals.

Lunds Universitet (2017). *E-health platform, Background and motivation*. <http://www.ehealth.lth.se/collaboration-platform/background-and-motivation/> [2017-09-15]

Luxton, D, Mishkind, M, Crumpton, R, Ayers, T, & Mysliwiec, V (2012), 'Usability and Feasibility of Smartphone Video Capabilities for Telehealth Care in the U.S. Military', *Telemedicine And E-Health*, 18, 6, pp. 409-412.

Kry (2018) *För läkare*. <https://kry.se/for-lakare/> [2018-05-22].

Moberg, U. (2010) *Analys av samtal*. I Ekström, M. & Larsson, L-Å. (Red.) *Metoder i kommunikationsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. & Beck, C. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer

Thompson, J. (2001). *Medierna och moderniteten*. Göteborg: Daidalos.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Weiner J. 2012, 'Doctor-patient communication in the e-health era', *Israel Journal Of Health Policy Research*, Vol 1, Iss 1, P 33 (2012), 1, p. 33.

Xiang, J. & Stanley, S. 2017, 'From online to offline: Exploring the role of e-health consumption, patient involvement, and patient-centered communication on perceptions of health care quality', *Computers in Human Behavior*, Vol 70, pp. 446-452 (2017)

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjuguide

Vi skriver en uppsats om vårdtagarens upplevelse av onlinevård i form av videosamtal med aktörer som exempelvis kry.se, mindoktor.se etcetera. Du som respondent är helt anonym och det enda vi kommer att publicera i uppsatsen är kön, ålder och eventuellt sysselsättning (om du godkänner det). Du har närsomhelst rätt att avbryta intervjun om du vill. Vi kommer att spela in intervjun för att underlätta vår transkribering, dock är det endast vi som kommer att ta del av det materialet. Har du några frågor innan vi börjar intervjun?

Tema 1 - bakgrund

1. Berätta om dig själv
 - a. Kön
 - b. Ålder
 - c. Sysselsättning
 - d. Behärskar att tala, läsa och skriva svenska
 - e. Har barn
2. Hur skulle du beskriva din egen hälsa?
 - a. är du sjuk ofta?
 - b. söker du ofta vård när du känner dig sjuk?

Tema 2 - inställning till sjukvård

1. Hur ofta har du kontakt med primärvården? (Dvs. exempelvis vårdcentral)
2. Hur upplever du tillgängligheten?
 - a. öppettider
 - b. geografiskt läge
 - c. telefontider
3. Hur upplever du ett besök på vårdcentralen?
 - a. miljö
 - b. bemötande (personal)
 - c. generell känsla (trygghet/tillit)
4. Finns det något besök på en vårdcentral som du minns extra väl och kan beskriva?
 - a. vad var bra och mindre bra?

Tema 3 - inställning till digitala medier

1. Vilka digitala medier använder du dig av i din vardag?
 - a. (mobil, dator, tv osv osv)
 - b. Vilket medie använder du mest?
2. Vad skulle du säga att du oftast gör när du använder dessa medier
3. Vad skulle du säga att du oftast gör när du är på internet?
4. Vilka ärenden kan du tänka dig att göra online:
 - a. Lägga om bolån
 - b. Starta sparkonto
 - c. Skattedeclarera
 - d. Ansöka om föräldrapenning
 - e. Handla mat
5. Beskriv dina tankar och funderingar om övervakning på internet

Tema 4 - erfarenhet av onlinevård

1. Hur ofta har du använt onlinevård?
2. Hur kommer det sig att du valde att göra ditt vårdbesök online?
 - a. Vilka faktorer spelade in? Reklam, tips från vänner osv?
3. Hade du några förväntningar på onlinevården innan din första kontakt med den?
 - a. Hur såg dessa förväntningar ut?
4. Berätta om en kontakt med onlinevården som du minns, gärna så detaljerat som möjligt.
 - a. Hur tänker du kring att bara se och höra läkaren och inte vara på plats i samma rum?
 - b. Litar du på läkaren online lika mycket som du litar på en läkare du träffar i den fysiska vården?
 - i. varför?
 - c. vad finns det som inger förtroende i mötet med onlinevården?
5. Vad tycker du var det mest positiva med din kontakt med onlinevården?
 - a. Vad tycker du var det mest negativa?
6. Hur upplever du skillnaden mellan ett vårdbesök online och på en vårdcentral.

Avslutande del

1. Vad har du för tankar om onlinevården i framtiden?
2. Är det något du känner att vi har missat att prata om och du känner att du skulle vilja lyfta?
3. Har du något du vill ändra eller tillägga i det du redan sagt?

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 2 - Om respondenterna

Respondent 1 är en man som är 25 år gammal. Huvudsaklig sysselsättning är arbete på ett företag i Lund. Respondenten upplever sig som en generellt aktiv. Han upplever att hans hälsa varierar, främst på grund utav en kronisk sjukdom som han lider av. Han har använt sig av onlinevård vid sex tillfällen. Intervjun skedde i Lund och tog cirka 40 minuter. Respondenten benämns i studien som R1.

Respondent 2 är en man som är 49 år gammal. Huvudsaklig sysselsättning är arbete inom sportbranschen. Respondenten upplever att hans hälsa generellt sett är mycket god. Han har använt onlinevård vid två tillfällen. En gång för sin egen del men även en gång för sin son. Intervjun skedde i Malmö och tog cirka 25 minuter. Respondenten benämns i studien som R2.

Respondent 3 är en man som är 31 år gammal. Huvudsaklig sysselsättning är arbete som egenföretagare. Respondenten upplever att hans hälsa generellt sett är god. Han har använt onlinevård vid fyra tillfällen. Intervjun skedde i Malmö och tog cirka 20 minuter. Respondenten benämns i studien som R3.

Respondent 4 är en man som är 24 år gammal. Huvudsaklig sysselsättning är arbete på ett hotell. Respondenten upplever att hans hälsa generellt sett är god. Han har använt sig av onlinevård vid ett tillfälle. Intervjun skedde i Lund och tog cirka 30 minuter. Respondenten benämns i studien som R4.

Respondenter 5 är en kvinna som är 19 år gammal. Hon är för tillfället mellan uppdrag och upplever sin hälsa som helt okej. Hon har använt sig av onlinevård vid åtta tillfällen. Intervjun skedde över videolänk och tog cirka 25 minuter. Respondenten benämns i studien som R5.

Respondent 6 är en kvinna som är 36 år gammal. Huvudsaklig sysselsättning är heltidsarbete. Hon har använt sig av onlinevård vid ett tillfälle för besvär rörande sin son men aldrig för

egna besvär. Intervjun skedde över videolänk och tog cirka 25 minuter. Respondenten benämns i studien som R6.