HÖGSKOLAN
I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

Avdelningen för vårdvetenskap

Vårdsökandes anmälningar till patientnämnden inom området digitalvård i två olika regioner

En deskriptiv studie

Agnes Eriksson & Isabell Wahlsten

2025

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde

Handledare: Annica Björkman
Examinator: Ann-Sofi Östlund

Sammanfattning

Bakgrund: Ökad digitalisering sker i samhället men så även inom vården. Detta för att öka effektiviteten för vårdsökande men även för vårdgivare. Detta ställer högre krav på vården då utbudet av hälsoinformation är mer tillgängligt för vårdsökande. Det finns en bristande förmåga hos många i samhället att kunna söka digital vård. Dessa grupper är bland annat äldre, låg inkomst, lägre utbildning, språkbrister och lägre läskunnighet.
Syfte: Syftet är att beskriva vårdsökandes anmälningar till patientnämnden inom digital vård i två olika regioner samt vilka åtgärder som vidtagits. **Metod**: Studien har använt en deskriptiv design med kvalitativ ansats. 242 respektive 60 anmälningar analyserades med en summativ och manifest innehållsanalys.
Huvudresultat: Resultatet visade att de två vanligaste anmälningsorsakerna inom båda regionerna var anmälningar gällande tillgänglighet till vården samt kommunikation. Den vanligaste förekommande åtgärden inom båda regioner var information. En skillnad mellan regionerna var att Region Stockholm rapporterade fler åtgärder för att förändra och utveckla sina rutiner och sitt förändringsarbete. Vidare hade de även fler åtgärder. Region Gävleborg bad om ursäkt och skulle framföra synpunkterna till berörda instanser. Region Stockholm visade med sin strävan att förändra och utveckla ett systematiskt arbete till att förbättra vården.
Slutsats: Åtgärder som utförts efter en anmälan inkommit visade en skillnad mellan regionerna. Region Stockholm uppgav fler åtgärder mot vårdutveckling och systematiskt förändringsarbete i anmälningarna. Vidare kan brister i tillgängligheten till digitalvård uppfattas. Frånvaron av tydlig och respektfull kommunikation från vårdgivare som ligger till grund för tillfredsställd patientupplevelse och säkerhet för vårdsökande inom vården.

Nyckelord: Digitalvård; Kommunikation; Patientklagomål; Tillgänglighet

Abstract

Background: Digitalization is increasing across society, including within the healthcare sector. This development aims to enhance efficiency for both patients and healthcare providers. However, it also places greater demands on healthcare services, as the availability of health information has become more accessible to those seeking care. Many individuals still lack the ability to effectively access or use digital healthcare. These groups include, among others, older adults, people with low incomes, lower educational levels, limited language proficiency, and lower levels of literacy. **Aim:** The aim of this study was to describe patients' complaints submitted to the Patient Advisory Committee concerning digital healthcare in two different regions, and to identify the measures taken in response to these complaints.

Method: The study employed a descriptive design with a qualitative approach. A total of 242 and 60 complaints, respectively, were analyzed using summative and manifest content analysis.

Main Results: The results showed that the two most common reasons for complaints in both regions concerned accessibility to healthcare services and communication. The most frequently implemented measure in both regions was the provision of information. A notable difference between the regions was that Region Stockholm reported a greater number of actions aimed at modifying and developing their routines and changing management processes. Furthermore, Region Stockholm implemented a wider range of measures. In contrast, Region Gävleborg generally issued apologies and forwarded the feedback to the relevant departments. Region Stockholm demonstrated a clearer ambition to engage in systematic efforts to improve healthcare services.

Conclusion: The measures taken in response to complaints revealed differences between the regions. Region Stockholm reported more actions linked to healthcare development and systematic change management. Additionally, the findings indicate shortcomings in accessibility to digital healthcare services. The absence of clear and respectful communication from healthcare providers was also identified as a fundamental issue affecting patient experience and the perceived safety of individuals seeking care.

Keywords: Accessibility; Communication; Digital Health; Patient complaints

Innehåll

Introduktion 1
Digital vård 2
Patientnämnden 3
Distriktssköterskans roll 3
Teoretisk referensram 4
Problemformulering 5
Syfte och frågeställningar 6
Metod 6
Design 6
Urvalsmetod och undersökningsgrupp 6
Datainsamlingsmetod 7
Tillvägagångssätt 7
Dataanalys 7
Forsknings- och forskarsetiska överväganden 9
Resultat 9
Beskrivning över orsak till anmälan i Region Stockholm respektive Region Gävleborg 11
- Tillgänglighet till vården 11
- Ekonomi 12
- Journalhantering 12
- Tekniska funktioner 13
- Kommunikation 13
- Vård och behandling 13
- Tidskrävande 14

Beskrivning av åtgärder inom Region Stockholm och Region Gävleborg 15
- Beklagar/ber om ursäkt 15
- Information 15
- Förbättringsförslag 16
- Korrigering eller genomgång 16
- Övrigt 17

Diskussion 17
Huvudresultat 17
Resultatdiskussion 17
Metoddiskussion 22
Kliniska implikationer för omvårdnad 23
Förslag till fortsatt forskning 23
Slutsats 24
Användning av degenerativ AI 24
Referenslista 25

Introduktion

Dagens samhälle bygger på en ökad digitalisering. Den ökade digitaliseringen har till stor del sin grund i samhällets modernisering, Covid-19-pandemin bidrog till att allt fler vårdsökande valde att använda sig av digital vård vid kontakt med vårdinstanser för att minska risken för smittspridning (Comparcini et al., 2025; Dahlgren et al., 2021; Hariyati et al., 2024; Sousa et al., 2024). I föreliggande studie kommer personen som anmälaren men även ombud benämnas vårdtagare. Vidare menar Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2025a) i deras nya arbetssätt ”Nära vård” utvecklats för att utgå från invånarna och deras behov. Fokuset ska vara på person och relation, där vårdsökandens individuella förutsättningar, förmågor och behov styr. Effektivisering av vård och omsorg bör ske för att möta behovet hos den vårdsökande. Vidare beskriver SKR (2025b) behovet av digitala lösningar som stöd i det nya arbetssättet för vårdgivaren. Målet är att vårdsökande ska vara aktiva i sin egen vård och ta ansvar för sin hälsa. Digitala lösningar ger en möjlighet att samverka mellan de organisatoriska rummen där digital och fysiskmiljö sammanfaller. Detta för att kunna arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att erbjuda mest fördelaktig vård och omsorg. Vården har behövt anpassa sig till samhällets efterfrågningar, vilket också Comparcini et al. (2025) belyser vikten av att vårdgivare ska vara utbildade och ha kunskap inom digital vård. Wang et al. (2025a); Bodie & Dutta (2008) anser att vårdsökarens förmåga att kunna söka, ta till sig och utföra hälsoinformation från digitala källor är en förutsättning för att förvalta kunskapen. Cajander et al. (2020) lyfter att privata aktörer haft en marknad för digitalvård som varit efterfrågad av vårdsökare. Därav behöver den regionala vården möta vårdsökandes behov och övergå till mer digitalvård. Jonsson et al. (2023) beskriver i sin rapport att 16 procent av den vuxna befolkningen har läsförmågan att tolka texten i tjänsten på 1177direkt och sedan utföra instruktioner korrekt som är ett krav för att få rätt hjälp i programmet. Tjänsten 1177direkt innebär att vårdsökande söker vård via en digital patientportal där den vårdsökande följer frågor från ett automatiserat system som utgår ifrån symtombedömning. Tjänsten finns tillgänglig via webbsida eller app. Vidare anser Wang et al. (2025a) att bedömningsverktyg i digital vård inte är tillräckligt breda i sin bedömning, där samsjuklighet, kognitivnedsättning, kulturella och sociala faktorer inte skapar förutsättningar för slutresultatet av bedömningen. Detta ger en ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Utsatta grupper som äldre, låg inkomst, lägre utbildning, språkbrister och lägre läskunnighet har inte tillgång till jämlik vård som övriga befolkningen (Neter & Brainin, 2012; Sharma & Patten, 2022). Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) belyser ståndpunkten i lagen med god hälsa och vård på lika villkor

för hela befolkningen. Den med störst behov ska ges företräde till vården. Folkhälsomyndigheten (2025) belyser bland annat i sin årliga rapport vilka som behöver mest vård men även att olika förutsättningar ger olika tillgång till hälsa. Där utbildningsnivå, ålder, olika socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förutsättningar har en stor påverkan. Folkhälsorapporten beskriver att medellivslängden ökar vilket ger en äldre befolkning där vetskapen finns att de är i stort behov av vård och omsorg. Även andra utsatta grupper i samhället har behovet av vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten (2025) belyser att vad som är utsatta eller sårbara grupper beror på sammanhang och handlar om vilket perspektiv det sätts i.

Digital vård

Socialstyrelsen (2018) definierar digitala vårdtjänster som hälso- och sjukvård som tillfogas digitalt. Kommunikation sker via digitala plattformar där vårdsökande och vårdgivare befinner sig på distanserade platser. Olika typer av digital vård kan då ske via telefoni, videolänk, chatt, e-post, textmeddelanden, bildmeddelanden eller via appar i telefoner. Detta inkluderar även elektroniska patientjournaler samt elektroniska recept. Genom användning av datorer och smarttelefoner kan folkhälsan främjas och stödjas (Encuentra et al., 2025; Shaw et al., 2017). Syftet med vård på distans är att vårdgivare ska kunna ge den vårdsökande diagnostisk eller terapeutisk rådgivning via digitala medel (Sousa et al., 2024). Efterfrågan av distanserad vård påverkas av utvecklingen av digitalvård där vårdsökande, utvecklingskrafter från hälso- och sjukvård, forskare och samhället i stort uppmanar till detta. Ökade krav ställs på de vårdsökande som behöver tillgång till de tekniska verktyg som krävs för att använda digitala tjänster. Befolkningen i Sverige har generellt en stor tillgång till dessa verktyg, men en sämre tillgång för den äldre befolkningen ses. Sharma & Patten (2022) samt Cajander et al. (2020) styrker dilemmat där den äldre populationen inte har samma möjligheter till digital vård, låg kunskap om digitalisering utgör ett hinder för mottagande av hälso- och sjukvård på distans. Vidare beskriver Johansson et al. (2021) att personer med funktionsnedsättningar hade varierande tillgång till internet, smarttelefoner och andra digitala verktyg vilket resulterar i ojämlik tillgång till digital vård. Benny et al. (2021) belyser vikten av att vårdtagaren som använder digitalvård nödvändigtvis måste förstå tekniken och informationen som levereras. Sårbara grupper tenderar att stå utanför systemet relaterat till tillgången till teknik. Iyamu et al. (2021) lyfter även att digitalisering är en del av dagens kultur och ett sätt att leverera hälsotjänster. Den ökade medvetenheten i samhället av hälsa styr

användarbehovet och ger en personcentrerad vård. Digitalvård ska vara ett komplement till den tidigare hälso- och sjukvården. Olika studier beskrev att kunna läsa och förstå information var svårigheter som förekom vid digital vård. Olika kognitiva nedsättningar kan påverka möjligheten att söka denna vård då triagefrågorna är för avancerade (Jonsson et al. 2023; Johansson et al., 2021). SKR (2025b) lyfter i Nära vård att Välfärdsteknik bygger på att äldre personer och personer med funktionsnedsättningar ska kunna leva självständigt, känna trygghet och delaktighet i samhället. Denna teknik handlade om mobila trygghetslarm, läkemedelsautomater, digitala lås.

Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående och opartisk förvaltning vilket innebär att patientnämnden inte har tillgång till journaler och därför inte heller gör några medicinska bedömningar. Patientnämndens huvudsakliga syfte är att vara en länk mellan vårdsökande och vårdgivare. Det innebär att patientnämnden förmedlar synpunkterna som inkommer från vårdsökande till vårdgivaren och säkerställer att den vårdsökande som lämnat in anmälan får ett svar från berörd vårdinstans. Detta ska i sin tur bidra med en ökad förståelse mellan vårdsökande och vårdgivare. Patientnämnden hanterar såväl anmälningar som hjälper vårdsökande att finna information. Den vårdsökande kan anmäla direkt till patientnämnden eller direkt kontakta enheten som de är missnöjda med. (Inspektionen av vård och omsorg 2023). Till skillnad från patientnämnden är Inspektionen av vård och omsorg (IVO) en statlig myndighet under socialdepartementet. Deras främsta uppgift är att se över tillsyn, tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. (IVO 2025). Enligt lagen: Stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (SFS 2019:976) ska patientnämnder finnas i Sveriges alla regioner.

Distriktssköterskans roll

Yrket sjuksköterska kräver en legitimation som utfärdas av Socialstyrelsen, denna legitimation ses som en garanti för att personen har kunskaper och färdigheter som krävs för arbetet. Sjuksköterskan ska arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen 2021). Omvårdnad är legitimerade sjuksköterskans specifika kompetensområde. Hen har ett personligt ansvar för att kontinuerligt analysera sina svagheter och styrkor i sin professionella kompetens och regelbundet utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens utifrån forskning och

att ha ett kritiskt förhållningssätt (Swenurse 2024). Distriktsköterskeutbildningen är en specialistutbildning där kravet för att påbörja denna är att personen har en sjuksköterskeutbildning i grunden (Swenurse 2019). Distriktssköterskan är verksam inom kommunal hälso- och sjukvård, regionalsjukvård samt inom privata verksamheter och har ett fördjupat ansvar för att leda och utveckla omvårdnaden inom primärvården. Swenurse (2019) skriver att genom att arbeta med ett hälsofrämjande synsätt ska distriktsköterskan utgöra ett stöd för människor oavsett ålder eller sjukdomstillstånd och distriktssköterskans kompetens kräver en god kännedom om socioekonomiska och kulturella skillnader i området hen är verksam inom. Arbeta hälsofrämjande innebär att målet är att bibehålla och/eller förbättra fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande genom att stärka gruppens och individens möjligheter till delaktighet och tro på sin egen förmåga (Socialstyrelsen 2023). En stor del av vården som bedrivs idag av distriktssköterskan innefattar digital vård. I en studie visades det att sjuksköterskor med en specialistutbildning hade en ökad kunskap inom digital vård till följd av att kritiskt kunna utvärdera och tillämpa informationen vilket gav ett bättre verktyg för att kunna hantera elektroniska patientjournaler, telemedicin och att implementera andra digitala hälsoinnovationer i praktiken (Comparcini et al., 2025). Även Sousa et al. (2024) belyste vikten av att ha goda digitala kunskaper som vårdgivare var avgörande för genomförandet av telekonsultationer. Xie et al. (2024) menar att sjuksköterskor kan behöva identifiera behovet hos äldre vårdsökande där mer stöd behövs i den digitala vården och anpassa patientutbildningen efter deras behov och stöd. I förestående studie kommer författarna benämna sjuksköterskor och distriktsköterskor som vårdgivare samt inkluderas annan profession som läkare.

Teoretisk referensram

James Reasons teori Human error anser att problemet i mänsklig hantering kan betraktas på två olika sätt. Det kan belysas från ett personligt synsätt eller systematiskt synsätt. Det personliga fokuserar på att individer gör fel, att individen påverkas av mänskliga svagheter så som glömska, ouppmärksamhet, moraliska svagheter. Systematiskt belyser förutsättningarna som styr individens arbete och försöker bygga ramverk för att undvika fel. Likt skivor av en schweiziskost där alla hålen är liknelser med svagheter i ett system. Att varje lager i osten skulle hamna så att man får alla hålen i en rät linje genom osten är osannolik. Teorin menar att de flesta fel kan kopplas till organisatorisk påverkan, osäker övervakning, förutsättningar till osäker hantering och den osäkra hanteringen i sig själv (Reason, 2000). Råberus et al. (2018)

styrker att klagomål hos vårdsökande eller deras anhöriga speglar nackdelarna med att söka vård, teman som kontinuitet, patientskador, tillgången till hälso- och sjukvård sågs i anmälningarna. Reason (2000) beskriver i sin teori att det systematiska synsättet grundar sig i förutsättningarna för att undvika fel och brister. I studien har författarna systematiskt granskat anmälningarna som inkommit för att finna brister och kunna belysa dessa. Systematiska fel som uppkommer i vården måste belysas för att upptäckas och finna fel som begåtts för att sedan systematiskt se över dessa och hitta nya lösningar för att förhindra att detta händer igen.

Problemformulering

Digitaliseringen utbreder sig i samhället, framför allt i vården vilket kräver mer kunskap för att tillgodose vårdsökandes behov. Gruppen med vårdsökande är komplex med många olika förutsättningar att hantera digitalisering. Den äldre populationen har inte har samma förmåga att tillgå digitala tjänster. Personer med olika funktionsnedsättningar och populationen i stort har svårt att förstå texten som krävs i digitala vårdtjänster. Digital vård i denna utsträckning har funnits en begränsad tid, den är relativt ny inom området och de skapar svårigheter för användarna. Både som vårdsökande och som vårdgivare, vilket ger utrymme för att förbättra den. Tidigare forskning inom området belyser Sundler et al. (2020) i sin studie att patientanmälningar inom psykiatrin hur patienter upplevde tillgången till psykiatrisk vård och specialistbehandling vara otillräcklig, vårdbehoven kunde inte mötas, brist på följsamhet, upplevelsen av att inte bli tagen på allvar och känna sig utnyttjad. Vidare beskriver Råberus et al. (2018) i deras studie att vårdsökandes anmälningar rapporterades av vårdsökande själv eller närstående gällande missnöje med vården. Denna studie innefattade ett randomiserat urval med 170 patienter av 5689. Ytterligare en studie av G. Wang et al. (2025) lyfter vårdsökandes anmälningar under åren 2015–2022 i Shanghai, syftet med studien var att analysera var och när anmälningar skett. Rhys et al. (2024) undersökte anmälningar från vårdsökande där det framkom en dubbelbetydelse, personliga missnöjen men även systematisk kritik. Författarna till förestående studie ansåg att det saknades forskning med totalurval och syftet att belysa anmälningar inom digitalvård. Tillgången till digital vård strider mot Hälso-och sjukvårdslagen som belyser likvärdig vård för alla i befolkningen. Vidare lyfter den även att personer med mest behov av vård ska prioriteras vilket kan ifrågasättas då folkhälsomyndigheten lyfter vilka som behöver vård i första hand. Författarna ser att denna studie kommer att kunna belysa vad vårdsökande har för upplevelser och var

missnöjet ligger. Detta kan i sin tur förhoppningsvis användas som en förbättringsåtgärd i digitalvård.

Syfte och frågeställningar

Syftet är att beskriva vårdsökandes anmälningar till patientnämnden inom digital vård i två olika regioner (under tidsperioden 2021 till 2024) samt vilka åtgärder som vidtagits.
Frågeställningar:

A. Vem har gjort anmälan, i det fall det framgår?
B. Vad är orsaken till anmälan?
C. Vilka åtgärder har vidtagits efter inkommen anmälan?
D. Finns det skillnader i A-C mellan regionerna?

Metod

Design

En deskriptiv design med kvalitativ ansats har använts i studien. Detta innebär en beskrivning av det som människan upplever och beskrivning av mänskliga erfarenheter (Flanagan, Beck& Polit 2025). Den deskriptiva designen fokuserar att på att svara på frågor utifrån de dokument som används och lämnar litet utrymme för egen tolkning.

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalsmetoden som användes i studien var ett totalurval som innebar att samtliga anmälningar till patientnämnden gällande digitalvård inkluderades från både Region Stockholm och Region Gävleborg. Patton (2015) menade att totalurval innebar att alla komponenter som uppfyller inklusionskriterierna inkluderas i studien. Detta inkluderade chattkonversationer, telefon- och videosamtal under tidsperioden 2021–2024. Kontakt med patientnämnderna i Region Stockholm och Gävleborg skedde via e-post initialt i januari 2025 för att få en överblick om hur många anmälningar respektive region hade under året 2024. I region Stockholm hade 44 anmälningar inkommit och åtta i Gävleborg. Författarna beslutade då att utöka bredden på åren med anmälningar från 2021 till 2024 då Region Stockholm inte

hade äldre data registrerat än 2021. Antalet anmälningar som hade inkommit då enligt patientnämnderna var i Region Gävleborg 18 och Region Stockholm 247. Inklusionskriterierna för studien var patientnämndsanmälningar som genomförts av vårdsökande/ombud för vårdsökande. Anmälningarna skulle ha inkommit under tidsperioden 2021–2024 och handla om digital vård. Anmälningarna skulle även vara avslutade och åtgärd skulle ha utförts. Exklusionskriterier till studien var anmälningar som inte berörde digital vård eller vård. En anmälan i Region Gävleborg har exkluderats då den inte handlade om digital vård. I Region Stockholm har sju tycken anmälningar exkluderats, två anmälningar på grund av att de har handlat om fysiska besök och tre där handläggning fortfarande pågår och det inte har någon åtgärd på dessa anmälningar ännu. Två anmälningar handlade om tandvård som även de har exkluderats.

Datainsamlingsmetod

Data samlades in som textdokument i PDF format från patientnämnderna i Region Gävleborg och Region Stockholm mellan år 2021 – 2024. Dokumenten begärdes ut via e-postkontakt med patientnämnderna i Region Stockholm och Gävleborg.

Tillvägagångssätt

Augusti 2025 skickades återigen e-post för att få tillgång till anmälningarna. Region Gävleborg önskade få det godkända PM:et skickat till sig och därefter återkom Region Gävleborg med en PDF-fil innehållande 61 anmälningar inom digital vård. Region Stockholm återkom med en PDF-fil innehållande två filer om 203 anmälningar och 46 anmälningar inom digitalvård. I anmälningarna förekom ärendenummer, vem som gjort anmälan, vad för typ av orsak som anmälan gällde samt åtgärd.

Dataanalys

Studien har använt en summativ (Hsieh & Shannon 2005) och manifest innehållsanalys för att bearbeta texten i anmälningarna. Enligt Hsieh & Shannon (2005) används en summativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004) för att bearbeta texten i anmälningarna. Enligt Hsieh & Shannon (2005) används en summativ innehållsanalys för att identifiera och kvantifiera ett innehåll i en text. För att få en övergripande bild över anmälningarna lade författarna i förestående studie in texter som beskrev orsak till händelse samt åtgärd i

verksamheten från de 249 anmälningarna som inkommit från Region Stockholm respektive 61 från Region Gävleborg i separata tabeller för att kunna skilja på anmälningarna i regionerna. Där uppmärksammades de anmälningar som inte uppfyllde inklusionskriterierna och sju anmälningar från Region Stockholm respektive en anmälan från Region Gävleborg plockades då bort vilket resulterade i att 242 anmälningar från Region Stockholm och 60 anmälningar från Region Gävleborg återstod. Hsieh & Shannon (2005) beskriver vidare att avsikten med denna summativa analys är att förstå det kontextuella innehållet. Räkningen av ord och innehåll i texten identifierar mönster vilket ger en möjlighet att tolka sammanhanget med användningen av ord eller text. Mönster i texten kan sedan bli kategorier efter den induktiva innehållsanalysen av texten (Graneheim & Lundman 2004). I detta steg läste författarna enskilt igenom anmälningarna för att sedan tillsammans färgmarkera likheter i de separata kolumnerna *orsak* och *åtgärd*. Graneheim & Lundman (2004) beskriver att manifest innehållsanalys belyser innehållet i texter där de synliga och uppenbara beskrivs, där en lägre grad av tolkning av texten förekommer. Författarna bildade sub-kategorier av de kategorier som infördes i nya tabeller för en tydlig överblick över hur ofta de olika kategorierna och subkategorierna förekom vilket författarna tillsammans har läst igenom och räknat antal. Författarna beskrev och summerade till sist antalet vårdsökande respektive ombud för vårdsökande som gjort anmälan samt vilket kön anmälaren hade. Även dessa infördes i en tabell där man tydligt kunde se skillnaden mellan Region Stockholm och Gävleborg.

Tabell 1, Exempel från dataanalysen för att visa hur anmälningarna hanterades.

Anmälare	**Kön**	**Orsak**	**Åtgärder**
Vårdsökande	Kvinna	Upplever dåligt bemötande vid kontakt med 1177. Känner sig inte förstådd eller lyssnad till.	Yttrande med beklagande. Ärendet tas upp med berörd personal.
Vårdsökande	Man	Anser sig inte behöva betala patientavgiften efter kontakt med läkare hos en digital vårdgivare då läkaren endast hänvisat till annan vårdgivare.	Patientavgiften kommer återbetalas till patienten.

Forsknings- och forskarsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2024) lyfter de fyra grundprinciperna för god forsknings ed. Grundprincipen *tillförlitlighet* är grunden för forskningskvalitet där studiens uppbyggnad med design, metod och analys är avgörande. Dessa delar bearbetades noggrant under studiens arbete. Vidare menar Vetenskapsrådet (2024) att grundprincipen *ärlighet* lyfter att forskning ska redovisas på ett öppet, rättvist och fullständigt sätt. Flanagan, Beck& Polit (2025) lyfter att objektivitet är grunden i granskningen, detta för att undvika ett missvisande resultat där forskarna tolkar resultatet utifrån egna erfarenheter. Subjektiv bedömning hos forskarna kan ses som en tillgång för att det som tolkas är väsentligt för att förstå mänskliga erfarenheter. Genom tredje grundprincipen *respekt* har författarna arbetat objektivt med materialet där respekt för personerna i anmälningarna har tagits och författarna har inte lagt egna värderingar i analysen av data. Eldén (2020) beskriver att materialet till studien ska behandlas konfidentiellt och förvaras så obehöriga inte har tillgång till detta. PDF-filerna som författarna fick från patientnämnderna i de båda regionerna lagrades i låsta mappar på respektive dator för undvikande av obehöriga skulle få tillträde till dessa. Fjärde grundprincipen *ansvar* visades genom deltagande i handledningar för att få synpunkter på förekommande studie från handledare samt studiekamrater. Data som insamlades i form av PDF-filer från regionernas patientnämnder är avidentifierade så att inga känsliga personuppgifter går att identifiera. Vetenskapsrådet (2002) nämner material som är avidentifierade kan oavsett om inte namn eller personuppgifter står i anmälan kan det i vissa fall vara så pass detaljerat beskrivet att någon kan känna igen vilken person det handlar om. I denna studie framgick det vilka regioner anmälningar är gjorda i, vilket kunde ha härlett till personer. Vidare beskriver de att den nya kunskapen som framkommer med studien ska överväga nyttan mot eventuella negativa upplevelser för de berörda. Författarna har noggrant övervägt och sammanställt innehållet i anmälningarna så detaljer från anmälminarna har uteslutits.

Resultat

Syftet med denna studie var att beskriva vårdsökandes anmälningar till patientnämnden inom området digital vård i Regionerna Stockholm samt Gävleborg (under tidperioden 2021–2024) samt vilka åtgärder som vidtagits.

Svaren på frågeställningarna som efterfrågades var vem som gjort anmälan, vad orsaken till anmälan var och vilka åtgärder som vidtagits efter anmälan. Vi ville även belysa om det fanns några skillnader mellan regionerna i frågorna.
Nedan redovisas resultatet av vår analys i tabell 2, 3 och 4. Siffrorna som redovisas i tabellerna är antalet orsaker och åtgärder i anmälningarna. I en anmälan kan det ha förekommit flertalet orsaker och åtgärder.

Tabell 2. beskrivning över kön på den person anmälan gäller, samt beskrivning över vem som genomfört anmälan Procentsatsen anger procent av totala antalet anmälningar i respektive region.

Antal	**Region Stockholm, n=242**	**Region Gävleborg, n=60**
Kön		
Män	n=81 (33,5%)	n=27 (45%)
Kvinnor	n=136 (56,2%)	n=32 (53%)
Okänt	n=25 (10,3%)	n=1 (0,17%)
Anmälare		
Vårdsökande	n=216 (89,3%)	n=53 (88%)
Ombud för vårdsökande	n=26 (10,7%)	n=7 (12%)

Mängden män i Region Stockholm (33,5%) respektive Region Gävleborg (45%) fanns det en liten skillnad där cirka 10 procent fler var i Region Gävleborg. Bland kvinnor var det i Region Stockholm (56,2%) och Region Gävleborg (53%), vilket visade en skillnad. Sista i kategorin *kön* var anmälningar där detta var okänt, Region Stockholm (10,3%) medan Gävleborg (0,17%) hade mindre mängd okända kön. I kategorin *anmälare* hade Region Stockholm (89,3%) och Region Gävleborg (88%) där vårdsökande själv hade gjort anmälan. Andelen där var nästintill lika stor mellan regionerna. I det fall där ombud hade gjort anmälan sågs Region Stockholm (10,7%) och Region Gävleborg (12%) vilket även där var en skillnad.

Beskrivning över orsak till anmälan i Region Stockholm respektive Region Gävleborg

Tabell 3. visar en sammanställning av kategorier och subkategorier av orsak till anmälan. En anmälan kan beskriva mer än en händelse, därför blir summan siffrorna större än antalet totala anmälningar i regionerna. Procentsatsen anger procent av totala antalet anmälningar i respektive region

Region	**Stockholm, n=452**	**Gävleborg, n=75**
Tillgänglighet till vården	**n=121 (27%)**	**n=21 (28%)**
Utebliven/fördröjd vårdkontakt	n=50 (11,1%)	n=2 (2,6%)
Telefontillgänglighet	n=27 (6%)	n=15 (20%)
Skriftlig digital tillgänglighet	n=41 (9,1%)	n=4 (5,3%)
Fördröjning av besöket	n=3 (0,7%)	n=0 (0%)
Ekonomi	**n=47 (10,4%)**	**n=3 (4%)**
Journalhantering	**n=19 (4,2%)**	**n=7 (9,3%)**
Felaktig dokumentation	n=11 (2,4%)	n=3 (4%)
Bristande dokumentation	n=6 (1,3%)	n=2 (2,6%)
Bristande sekretess	n=2 (0,4%)	n=2(2,6%)
Tekniska funktioner	**n=72 (15,9%)**	**n=16 (21,3%)**
Kommunikation	**n=105 (23,2%)**	**n=18 (24,0%)**
Återkoppling	n=28 (6,2%)	n=6 (8%)
Felaktig information	n=32 (7,1%)	n=4 (5,3%)
Bemötande	n=45 (10,0%)	n=8 (10,7%)
Vård och behandling	**n=96 (21,2%)**	**n=17 (22,7%)**
Läkemedel/recept	n=37 (8,2%)	n=4 (5,3%)
Undersökning/behandling	n=40 (8,8%)	n=13 (17,3%)
Diagnos	n=9 (2%)	n=0 (0%)
Kortbesökstid	n=6 (1,3%)	n=0 (0%)
Kontinuitet	n=4 (0,9%)	n=0 (0%)
Tidskrävande	**n=11 (2,4%)**	**n=0 (0%)**

Tillgänglighet till vården

I kategorin tillgänglighet till vården ingick fyra subkategorier, se Tabell 2. Region Stockholm (27%) och Region Gävleborg (28%). Underkategorin *Utebliven/fördröjd vårdkontakt* var i Region Stockholm (11,1%) och Region Gävleborg (2,6%). Det fanns skillnader i regionerna och Region Stockholm hade en högre procentandel som var missnöjda med utebliven/fördröjd

vård. I anmälningarna framkom det att patienter hade bokade tider som blivit uteblivna eller att det inte fått någon kontakt med vården. Fördröjningen av besöken kunde generera i att patienter fått vänta i flera månader på en vårdkontakt. *Telefontillgänglighet* i Region Stockholm (6%) och Region Gävleborg (20%) upptäcktes en skillnad där Region Gävleborg hade en högre frekvens av anmälningar inom detta område. I Anmälningar lyftes det hur det kunde vara långa väntetider för att nå vården via telefon och i vissa fall kunde det vara flera timmars väntetid eller att det inte kom fram samma dag. I subkategorin *Skriftlig digital* tillgänglighet hade Region Stockholm (9,1%) och Region Gävleborg (5,3%) vilket visade på en skillnad mellan regionerna där Stockholm hade högre andel i procent. Det påvisades i anmälningar att kontakten med vårdgivare digitalt via skrift var ett problem vilket hade lett till att kontakten uteblivit och vården inte hade varit tillgänglig. Den sista subkategorin *Fördröjning av besöket* återfanns endast i Region Stockholm (0,7%), fördröjningen av besöken kunde bero på att vårdgivare varit sena in i digitala möten med vårdtagare vilket resulterade i kortare besök.

Ekonomi

Denna kategori var i Region Stockholm (10,4%) och Region Gävleborg (4%) vilket påvisade en skillnad där Region Stockholm hade dubbelt så många anmälningar jämför med Region Gävleborg. Anmälningarna handlade om att patienter var missnöjda över att ha betalat full patientavgift i fall där det ansågs vara felaktigt.

Journalhantering

Kategorin journalhantering hade i Region Stockholm (4,2%) och Region Gävleborg (9,3%) vilket innebar att Region Gävleborg hade fler anmälningar i denna kategori. Subkategorin *felaktig dokumentation* hade i Region Stockholm (2,4%) och Region Gävleborg (4%) ärenden, vilket innebar att Region Gävleborg hade fler anmälningar procentuellt jämför med Region Stockholm. I dessa anmälningar lyfte patienterna att de lämnat in klagomål på att det står felaktiga uppgifter i deras journaler efter att det haft kontakt med vårdgivare. *Bristande dokumentation* i Region Stockholm (1,3%) och Region Gävleborg (2,6%) var jämförelsevis mellan regionerna inte någon större skillnad procentuellt. Dessa anmälningar lyfte att det saknades dokumentation i journalerna efter kontakt med vårdgivare. Region Stockholm (0,44%) och Region Gävleborg (2,6%) har i subkategorin *bristande sekretess* en skillnad mellan regionerna där Gävleborg sticker ut. Anmälningarna som hade inkommit lyfte

klagomål gällande dokumentation som hade utförts felaktig på fel patient. Där har anmälare klagat på att det brustit i sekretessen.

Tekniska funktioner

Kategorin tekniska funktioner visade i Region Stockholm (15,9%) och Region Gävleborg (21,3%). Skillnaden mellan regionerna i denna kategori påvisar en större andel anmälningar i Region Gävleborg. I anmälningarna påpekades att chattar vid skriftlig kontakt avslutades innan patienten hunnit se svaren, notifikationer från appen uteblev för bokade besök eller att det kommit fram i chatten. Vidare påpekade anmälningarna svårigheter att hitta i appen, de ansåg att tekniken borde varit smartare i systemet och inte skicka ut kallelse för vaccination om det ej var aktuellt.

Kommunikation

Kategorin kommunikation hade i andel procent nästintill lika stor bredd i anmälningarna inom Region Stockholm (23,2%) och Region Gävleborg (24%). Subkategori *återkoppling* i Region Stockholm (6,2%) och Region Gävleborg (8%) visade i analysen att procentdelen var större i Region Gävleborg. Anmälningarna belyste att det brustit i återkopplingen från vårdgivaren till patienten vad det gäller uppföljningar av vård. Under *Felaktig information* i Region Stockholm (7,1%) och Region Gävle (5,3%) kunde en större andel anmälningar påträffas i Region Stockholm. Anmälningarna innehöll informationen som givits från vårdgivaren hade varit felaktig och i vissa fall helt uteblivit, vilket resulterade i bland annat missade vårdbesök. *Bemötande* i Region Stockholm (10,0%) och Region Gävleborg (10,7%) visade i anmälningarna att det var en liknande upplevelse av bemötande. Anmälningarna påtalade i flertalet av anmälningarna att de blivit illa bemötta i mötet med vårdgivarna. De hade en upplevelse av att det blivit dumförklarade. Vårdgivaren hade varit otrevlig både i skrift och verbalt, även uttryck nedlåtande kommentarer.

Vård och behandling

I denna kategori sågs Region Stockholm (21,2%) och Region Gävleborg (22,7%) ha en skillnad mellan de båda regionerna. *Läkemedel/recept* i Region Stockholm (8,2%) och Region Gävleborg (5,3%) hade enligt anmälningarna en något högre andel i Region Stockholm. I anmälningarna upptäckes att patienter haft svårigheter att få recept på läkemedel som de lämnat in förnyelse av till vårdinstanser. I vissa fall hade de fått recept på felaktiga läkemedel.

Undersökning/bedömning i Region Stockholm (8,8%) och Region Gävleborg (17,3%) påvisades en skillnad där Region Gävleborg stod ut med en högre andel som var missnöjda med undersökning/bedömning. I sina anmälningar beskrev de situationer där de ansett sig ha blivit felbedömda. Undersökningar och behandlingar hade inte utförts eller varit bristfälliga. Egenvårsråd hade givits där patienten menade på att de hade behövt en bedömning av vårdgivaren. Region Stockholm hade även subkategorin *diagnos* (2%) där anmälningar påpekade upplevelser av att felaktiga diagnoser hade ställts efter ett videobesök. Fortsättningsvis fanns subkategorin *kort besökstid* (1,3%) där anmälningarna påtalar att de anser att besöket varit för korta och inte tillräckliga. Avslutningsvis visade *kontinuitet* (0,9%) att det i anmälningar identifierades ett behov av mer kontinuitet i besöken med vårdgivare.

Tidskrävande

Denna kategori påträffades enbart i Region Stockholm (2,4%), i anmälningarna har det uppgivits att det hade varit en utdragen process att få kontakt med vårdgivare vilket resulterade i att anmälarna har behövt vända sig till exempelvis akutmottagningen. Upplevelsen i anmälningarna var även att tekniken i appen har varit utdragen och att det varit många steg att fylla i innan patienten kommit i kontakt med en vårdgivare.

Beskrivning av åtgärder inom Region Stockholm och Region Gävleborg

Tabell 4, visar en sammanställning av kategorier och subkategorier av åtgärder efter anmälan. En anmälan kan beskriva mer än en åtgärd, därför blir summan siffrorna större än antalet totala anmälningar i regionerna. Procentsatsen anger procent av totala antalet anmälningar i respektive region

Region	**Stockholm, n=291**	**Gävleborg, n=80**
Beklagar/ber om ursäkt	**n=62 (21,3%)**	**n=6 (7,5%)**
Information	**n=135 (46,4%)**	**n=66 (82,5%)**
Information inom vårdorganisationen	n=28 (9,6%)	n=50 (62,5%)
Information till vårdsökande/ombud	n=50 12(17,2%)	n=14 (17,5%)
Information om patientnämnden	n=35 (12%)	n=0 (0%)
Hänvisning	n=22 (7,6%)	n=2 (2,5%)
Förbättringsförslag/arbete	**n=41 (14%)**	**n=2 (2,5%)**
Förbättra tekniken	n=10 (3,4%)	n=1 (1,25%)
Upprättade vårdavvikelser	n=5(1,7%)	n=1(1,25%)
Revidering av rutiner	n=26 (8,9%)	n=0 (0%)
Korrigering eller genomgång	**n=33 (11,3%)**	**n=6 (7,5%)**
Återbetalning/makulering	n=16 (5,5%)	n=0 (0%)
Korrigering/genomgång journal	n=13 (4,5%)	n=6 (7,5%)
Listning på vårdcentraler	n=4 (1,4%)	n=0 (0%)
Övrigt	**n=20 (6,9%)**	**n=0 (0%)**
Ingen kontakt med vårdsökande	n=17 (5,8%)	n=0 (0%)
Vårdsökande tar egen kontakt	n=3 (1%)	n=0 (0%)

Beklagar/ber om ursäkt

I Region Stockholm (21,3%) och Region Gävleborg (7,5%) var det skillnad mellan regionerna. I Region Gävleborg var det mindre vanligt förekommande och det sågs en större skillnad jämfört med Region Stockholm. I anmälningarna i denna kategori gav vårdgivaren ett svar genom att de bad om ursäkt för det inträffade och beklagade deras upplevelse.

Information

Information var den största inom åtgärder i Region Stockholm (46,4%), men även i Region Gävleborg (82,5%) enligt anmälningarna. Region Gävleborg hade högre procentandelen i dessa anmälningar. I åtgärden *Information inom vårdorganisationen* i Region Stockholm

(9,6%) och Region Gävleborg (62,5%) sågs en skillnad. Anmälningarna i denna subkategori innebar att patientnämnden kontaktade vårdgivarna som berördes med innehållet i anmälan som patienterna hade gjort. Utifrån innehållet i anmälan har det vidtagits åtgärder som att informera berörd personal inom verksamheten om misstag som begåtts, även delgivning till andra berörda personer i vårdorganisationen. Subkategorin *information till vårdsökande/ombud* i Region Stockholm (17,2%) och Region Gävleborg (17,5%) kunde ingen skillnad ses i analysen av mängden anmälningar procentuell. Vårdsökande/ombudet för vårdsökande hade fått information om vad som inträffade, åtgärder som vidtogs och korrigerades av vården. Subkategorin *information om patientnämnden* i Region Stockholm (12%) hade ett standardsvar där de beskrev patientnämndens uppdrag och vad det kan hjälpa till med. Den sista subkategorin *hänvisning* i Region Stockholm (7,6%) och Regin Gävleborg (2,5%) belyste denna subkategori att en skillnad kunde ses där Region Stockholm hade högre andel anmälningar. I dessa anmälningar uppgav vårdgivaren till vårdtagaren att de skulle vända sig till annan vårdinstans för hjälp.

Förbättringsförslag

Kategorin förbättringsförslag hade Region Stockholm (14%) och Region Gävleborg (2,5%) vilket visade på en skillnad mellan regionerna. *Förbättra tekniken* i Region Stockholm (3,4%) och Region Gävleborg (1,25%) indikerade på att Region Stockholm hade högre andel anmälningar räknat i procent. Enligt anmälningarna innebar detta att vårdsökande uttryckte att tekniken inom digitalvård felade, detta ledde till åtgärder där vårdgivarna skulle se över tekniken via IT-avdelningen. subkategorin *Upprättade vårdavvikelser* i Region Stockholm (1,7%) och Region Gävleborg (1,25%) visade i en jämförelse mellan regionerna att det var en skillnad procentuellt i anmälningar. Anmälningarna påvisade att några av anmälningarnas gick vidare från patientnämnden till inspektionen för vård och omsorg (IVO). *Revidering av rutiner* i Region Stockholm (8,9%) markerade enligt anmälningarna var att vårdgivarna skulle genomgå sina rutiner för att se om de kunde förändras för att förbättra vården och effektivisera rutiner.

Korrigering eller genomgång

Region Stockholm (11,3%) skilde mellan Region Gävleborg (7,5%) en liten procentuell del av åtgärder i denna kategori. *Återbetalning/makulering* (5,5%) återfanns i Region Stockholm och lyfte i anmälningarna att patienter/ombud påtalat att det blivit fel med patientavgiften.

Åtgärden var att de fick avgiften makulerad eller återbetald. Åtgärder i subkategorin *Korrigering/genomgång av journal* i Region Stockholm (4,5%) och Region Gävleborg (7,5%) uppvisade att Region Gävleborg hade en något högre andel anmälningar inom det området. Enligt anmälningarna hade vårdgivaren gjort en genomgång av journaler för att kunna korrigera och återställa det misstag som skrivits. I sista subkategorin *listning på vårdcentraler* i Region Stockholm (1,4%) lyfte anmälningarna att vårdsökande blivit omlistade från sin ordinarie vårdcentral utan vetskap. Åtgärder som vidtagits var att vårdgivaren sett över detta och återigen listat dessa anmälare på önskade vårdcentraler.

Övrigt

Kategorin övrigt återfanns enbart i Region Stockholm (6,9%) och subkategorierna *Ingen kontakt med vårdsökande (5,8%)* och *Vårdsökande tar egen kontakt (1%)* hittades och dessa innefattade att patientnämnden i första subkategorin inte fick någon kontakt med patienten efter att det fått in anmälan från denne. I den andra subkategorin fick patientnämnden veta efter återkoppling av anmälaren att vårdtagaren själv kontaktade aktuell vårdinstans och löste problemet själv.

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet visade att de två vanligaste anmälningsorsakerna inom båda regionerna var anmälningar gällande tillgänglighet till vården samt kommunikation. Den vanligaste förekommande åtgärden inom båda regioner var information. En skillnad mellan regionerna var att Region Stockholm rapporterade fler åtgärder för att förändra och utveckla sina rutiner och sitt förändringsarbete. Vidare hade de även fler åtgärder. Region Gävleborg bad om ursäkt och skulle framföra synpunkterna till berörda instanser. Region Stockholm visade med sin strävan att förändra och utveckla ett systematiskt arbete till att förbättra vården.

Resultatdiskussion

Resultatet visade i anmälningarna att inom både regionerna var det procentuellt flest kvinnor som gjort anmälan. Dahlgren et al. (2021) belyste i deras studie att sannolikheten att använda

telemedicin vid konsultation var högre hos kvinnor, yngre, svenskfödda personer med högre utbildningsnivå och inkomst.

Vidare visade resultatet att en vanligt förekommande orsak till anmälan berörde *tillgänglighet till vården*. I Region Stockholm hade 27% av anmälningarna inkommit gällande ämnet och i Region Gävleborg var antalet 28%. I denna kategori fanns subkategorier som *utebliven* eller *fördröjd vårdkontakt*, *telefontillgänglighet, skriftlig digital tillgänglighet* samt *fördröjt besök*. SKR (2025a) menade att digitaliseringen av vården bör ge en mer effektiv tillgång till vård för patienter. Vidare belyste Neter och Brainin (2012) samt Sharma och Patten (2022) i deras studier att grupper som äldre, låg inkomst, lägre utbildning, språkbrister och lägre läskunnighet inte hade samma tillgänglighet till vården som resten av befolkningen. Detta strider i sin tur mot hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) där vård ska ges på lika villkor till hela befolkningen. Le et al. (2022) samt Dahlgren et al. (2021) nämnde i deras studier hur digitalvård kan vara ett bra komplement till befolkningen som har svårt att ta sig till sjukhus eller primärvården för ett fysiskt besök på grund av lång resetid eller av andra orsaker. Detta brister då resultatet visat att tillgängligheten till vården setts som ett vanligt förekommande problem inom digitalvård i båda regionerna.

I kategorin *ekonomi* var Region Stockholm ledande med 10% medan Region Gävleborg hade 4% av anmälningarna inom området. Resultatet har visat att ett flertal av patienterna blivit ombedda att betala en patientavgift som de inte avser sig ha skyldighet till att betala då de inte givits den vård de önskat. Detta överensstämmer inte med Dahlgren et al. (2021) som belyser att den digitala vården ska vara kostnadsbesparande för patienterna.

Gällande kategorin *journalhantering* hade Region Stockholm endast 4,2 % av anmälningar medan Region Gävleborg hade 9,3 %. Den vanligaste förekommande subkategorin inom detta område var *felaktig dokumentation*. Hariyati et al. (2024) belyser vikten av att föra dokumentation genom att beskriva det som att dokumentationen är ett bevis på att nödvändiga åtgärder har utförts. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalföring handla om patientsäkerheten och vid avsaknad av journalföring brister patientsäkerheten. Jeong et al. (2024) påpekade att om informationen i patientens journal är ofullständig eller bristande i kvalitet kan det leda till sämre patientvård. Då olika vårdgivare är involverade i patienters vård krävs en samlad bild för korrekt bedömning. Butler et al. (2022) menade att dokumentation i journal med inriktning mot personcentrerad vård visade på en bättre följsamhet i patientens egenvård.

Anmälningarna inom *tekniska funktioner* bestod av 15,9% i Region Stockholm och 21,3% i Region Gävleborg. Där beskrev flertalet anmälare att de hade haft det svårt att använda sig av olika digitala verktyg för att söka sig till vården. Jonson et al. (2023) bekräftade i sin studie att det var vanligt då en stor del av den vuxna befolkningen har svårt att tolka och förstå texter för att få rätt hjälp vid användning av digitala tjänster. Comparcini et al. (2025) beskrev vikten av att som vårdgivare ha kunskap inom digitalvård medan Wang et al. (2025) ; Bodie och Dutta (2008) ; Calvillo et al. (2015) beskrev vikten av att som vårdsökande ha förmåga och kunskap att kunna använda sig av digitala verktyg samt kunna ta till sig informationen. Vidare menade Power (2023) att vården måste ha en förståelse för hur vårdsökande konsumerar medicinsk information med tillgången till tekniska hjälpmedel. I flera av anmälningarna hade videomöten avbrutits och den vårdsökande hade inte hunnit få den hjälp som de sökt för, som vårdgivare är det viktigt att kontrollera uppkoppling inför telefon eller videokontakt för att konsultationen ska vara genomförbar (Sousa et al. 2024).

Kommunikation var den näst vanligaste anmälningsorsaken i båda regionerna, Region Stockholm hade 23,2% av dessa anmälningar medan Region Gävleborg hade 24%. I denna kategori framkom det att anmälningarna gjorts till följd av bristande återkoppling, felaktig eller avsaknad av information samt bristande bemötande. Sousa et al. (2024) nämnde att kommunikation var den viktigaste färdigheten vid genomförande av telekonsultation, god kommunikationen var grunden för patientsäkerhet, effektivitet och patientupplevelsen. Upplevelsen i flera av anmälningarna var att kommunikationen hade brustit och vårdsökande tappat sitt förtroende till vårdgivaren. Reason (2000) menade med teorin Human error att mänskliga fel låg till grund för både personliga förutsättningar samt systematiska förutsättningar. De personliga förutsättningarna kunde påverkas av mänskliga svagheter medan de systematiska förutsättningarna kunde påverkas av villkoren som styr individens arbete. Resultatet visade att inom orsak till anmälningarna var en av de mest förekommande kategorierna kommunikation, den vanligaste förekommande subkategorin inom kommunikation var bemötande inom båda regionerna. I anmälningarna upplevde de vid kontakt med vårdgivaren att de hade blivit dåligt bemötta. Ett vanligt förekommande tema i Antonopoulou et al. (2024) studie var vårdgivarens behov av att reglera känslor i koppling till höga nivåer av stress. Power (2023) belyste att i kommunikationen behövs flexibilitet för att kunna skifta mellan personlig -och virtuell kontakt. Förståelse för vårdtagarens väg genom hälso- och sjukvården med möjligheten till val av olika vårdmiljöer.

Vård och behandling var den tredje vanligaste anmälningsorsaken med 21,2% i Region Stockholm och 22,7% i Region Gävleborg. Syftet med att bedriva digitalvård är att

vårdsökande via digitala medel ska få hjälp av vårdgivaren att främja och stödja hälsan samt att vårdgivaren ska kunna bistå den vårdsökande med diagnostik och terapeutisk rådgivning genom att bedriva vården på distans (Encuentra et al., 2025; Shaw et al., 2017; Sousa et al., 2024). Resultatet visade att detta inte alltid uppfylldes då flera av anmälningarna uppgav att vårdgivaren hade brustit i vård och behandling.

I Region Stockholm förekom det anmälningar gällande *tidskrävande* processer vid kontakt med vårdgivaren via digitalvård, 2,4% av anmälningarna var gjorda inom kategorin. Anmälarna beskrev hur de behövde fylla i digitala formulär innan de kunde få vidare kontakt med vårdgivaren, de uppgav det som tidskrävande och krångligt. Flera studier lyfter att det finns kunskapsluckor i befolkningen avseende digital vård. Digitala hjälpmedel upplevdes vara för avancerade att förstå, hur de skulle användas, samt att vårdsökande måste ha förkunskap för att förstå och ta till sig informationen de möts av (Cajander et al., 2020; Benny et al., 2021; Sharma & Patten 2022).

Vidare i resultatet efter orsaker till anmälningar har åtgärder som uppkommit i anmälan redovisats. Antonopoulou et al. (2024) beskriver i deras studie hur vårdgivarens svar på klagomål oftast sker i olika form av beteenden, sådana beteenden kan exempelvis vara anpassad kommunikation, be om ursäkt, hänvisningar samt vidarebefordra informationen som uppkommit ur anmälan till ansvarig vårdinstans för att säkerhetsställa att förbättring sker. I resultatet har flera av dessa åtgärder bildats till kategorier efter de inkomna anmälningarna. De åtgärder som förekom i anmälningarna var att vårdgivaren *beklagat händelsen*, *information*, anmälan har bidragit till någon form av *förbättringsarbete* eller *att korrigering eller genomgång skett gällande återbetalning, journal eller listning av vårdcentral*. I Region Stockholm var det även en kategori nämnd *övrig* med 6,9% av anmälningarna där patienten inte gick att få tag på eller att patienten själv hade kontaktat vårdgivaren som anmälan gällde och därför var åtgärder inte längre aktuella i dessa fallen.

Den näst vanligaste förekommande åtgärden i Region Stockholm var att vårdsökaren som gjort anmälan fick en ursäkt, dessa typer av anmälningar bestod av 21,3% i Region Stockholm. Detta var inte lika vanligt förekommande i Region Gävleborg utan bestod endast av 7,5% av anmälningarna. Ett beteende som anses värderas högt av patienten är att få en ursäkt från vårdgivaren samt en försäkran om att vårdkvalitén ska förbättras (Antonopoulou et al., 2024). Flertalet av de inkomna anmälningarna visade att vårdsökaren var tillfredsställd över att få förmedlat sitt klagomål och att åtgärder inte alltid var främsta orsaken till anmälan. Den vanligaste förekommande åtgärden inom båda regionerna var *information,* i Region Stockholm förekom detta i 46,4% av anmälningarna och i Region Gävleborg 82,5%. I

kategorin *information* inkluderades *information till patienten, vårdorganisationen, information om patientnämnden* samt *hänvisning*. Power (2023) menade att våra förmågor måste utvecklas för att navigera och identifiera vårdsökandes behov för relevanta informationskanaler angående vård. I Region Gävleborg var en vanligt förekommande åtgärd att berörd vårdinstans skulle informeras om den inkomna anmälan men det framkom ingen vidare information om vad detta skulle bidra till.

Inom Region Stockholm bestod 14% av åtgärderna av att anmälan kunde bidra till *förbättringsarbete* medan Region Gävleborg endast hade 2,5%. I Region Stockholm bidrog anmälan i vissa fall till revidering av rutiner, det förekom inte i Region Gävleborg enligt de anmälningar som inkommit. Region Stockholm hade större förmåga att arbeta utefter systematiska förutsättningar än vad Region Gävleborg har enligt de inkomna anmälningarna till patientnämnden. Reason (2000) menade att misstag var ett mänskligt fenomen, men för att kunna förändra och finna anledningen krävs det utvärdering och granskning kontinuerligt för att finna dessa brister och hitta rutiner för att förebygga fortsatta misstag. Silvola et al. (2024) belyste att i en förändringsprocess krävs medvetenhet vad som sker i organisationen, det krävs även förståelse för sina styrkor och svagheter. För utveckling och förändring i vården krävs involvering av berörda personer i alla stegen för att förstå förändringen som krävs. Vidare beskrev Harrison et al. (2021) att grunden i förändringsarbeten är förståelsen till förändringen som krävs och formulerande av rätt budskap till varför det behövs i alla stegen under förändringen.

Den sista förekommande åtgärden var kategorin där vårdorganisationen har *korrigerat* eller haft *genomgång* av det som felat. I denna kategori förekom 11,3% av anmälningarna i Region Stockholm och i Region Gävleborg 7,5%. Utav de subkategorier som bildats var det endast i Region Stockholm som återbetalning samt hjälp med omlistning förekom. Däremot förekom korrigering och genomgång av journal inom båda regionerna. Den åtgärden förekom bland annat i fall där vårdgivaren hade dokumenterat i fel journal på fel patient samt i fall där journalföring hade uteblivit efter att anmälaren haft kontakt med vårdinstansen. Enligt patientdatalagen (2008:355) har vårdgivaren skyldighet att dokumentera väsentlig information gällande patientens vård i patientjournalen efter att ha haft kontakt med patienten, detta ska ske så snart som möjligt efter att patientkontakten har ägt rum. Khoo et al. (2012) beskriver i sin studie att 98% av fallen hade dokumentations fel. Många av felen hade kunnat förebyggas. Många av felen sågs ha benägenhet att orsaka allvarlig skada för patienter. Bärkås et al. (2023) belyser även de i sin studie att fel dokumenterats i journaler samt missad information.

Sammanfattningsvis har resultatet av studien visat att anmälningarna som inkommit från Region Stockholm mestadels innehöll mer information kring orsaken till anmälan samt var kopplade till flera åtgärder i ett och samma ärende. Vid genomgång av åtgärder var det flera subkategorier som endast återfanns inom Region Stockholm. Reason (2000) menade att felaktigheter som begås bör belysas och anledningen måste analyseras. Vad anledningen till att brister sker, måste genom systematiskt arbete förändras. Mänskliga bristfälligheter behöver inte vara medvetet olämpliga val. Det kan bero på bristande rutiner, oförutsedda brister i möjligheten till att utföra ett korrekt arbete. Skillnaderna som sågs i resultatet mellan regionerna kan tolkas till storleksskillnaden mellan regionerna, där den ena är en region i en storstad och den andra mellanstor. Mer åtgärder i anmälningarna inom Region Stockholm kan även tolkas som att det arbetar mer systematiskt för att förbättra arbetet. Författarna valde att presentera resultatet i siffror men framför allt i procent då detta tydligt påvisade skillnaderna mellan regionerna.

Metoddiskussion

I studien användes en beskrivande design med kvalitativ ansats som enligt Flanagan, Polit och Beck (2025) lämpade sig för att beskriva mänskliga erfarenheter vilket ansågs lämpligt i förestående studie för att svara på syftet.

För att undersöka en studies kvalitet och trovärdighet finns fyra begrepp, *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet* som Flanagan, Polit och Beck (2025) beskriver.

Första begreppet: *trovärdighet* som belyser vikten av att sanningen i data och att tolkning sker korrekt. Författare av kvalitativa studier ska eftersträva sanningen i resultatet som framkommer genom deltagarna och sammanhanget i studien (Flanagan, Polit och Beck 2025) Författarna i förestående studie hade vid dataanalysens genomförande en summativ och manifest innehållsanalys vilket anstod sig för att analysera data av detta innehåll, för att svara på syftet och frågeställningar. Vidare har författarna läst anmälningarna självständigt och sedan gått igenom alla anmälningar tillsammans. Materialet har diskuterats och kodats tillsammans för att stärka *trovärdigheten*. I nästa skedde har kodningen mynnat ut i kategorier som författarna tillsammans har namngivit. Detta har även diskuterats i grupp vid handledning med studiekamrater och handledare. Namngivningen på kategorierna har diskuterats flertalet gånger för att få korrekt och mest ansenliga namnen för att representera anmälningarna.

Pålitlighet belyser om resultatet i studien kan ge överstämmande resultat i liknande sammanhang och med deltagare i likande situation (Flanagan, Polit och Beck (2025). Urvalsmetod och undersökningsgrupp i förestående studie innefattade ett totalurval av alla anmälningar i de båda regionerna. Detta urval ger en stark pålitlighet och kan representeras för befolkningen i dessa regioner. Valet att välja två olika stora regioner ökar pålitligheten då Region Stockholm är en stor region och Gävleborg en mellanstor region. För att öka pålitligheten ytterligare kunde även en liten region ha valts ut. Skillnad på antalet anmälningar mellan regionerna kan upplevas som en svaghet då mängden skilde sig. Dock påvisar procentuträkningen att en viss beskrivning kan genomföras vilket kan svara på studiens syfte.

Bekräftelsebarhet belyser objektivitet för överrensstämmelse mellan två och fler oberoende personer. Innehållet i studien ska representera deltagarnas synvinkel och åsikter. Författarna ska inte påverka resultatet med förbestämda åsikter eller perspektiv (Flanagan, Polit och Beck (2025). Vid dataanalysen var författarna medvetna om att egen förförståelse och erfarenhet kan påverka. Författarna har aktivt arbetat med denna medvetenhet för att inte påverka resultatet.
Överförbarhet beskriver om resultatet av studien kan appliceras på annat likande område, eller andra sammanhang eller grupper (Flanagan, Polit och Beck (2025). Förestående studie har visat en tydlig metodbeskrivning med delar som ska innefattas. Detta ger en insyn i författarnas arbete och visar innehållet som krävs för läsaren att bedöma om detta kan överföras till likande områden.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Studien visade att brister sågs inom kommunikationen mellan vårdsökaren och vårdgivaren, detta trots att god kommunikation beskrivs som det viktigaste verktyget för patientsäkerheten och patientupplevelsen vid kontakt med vården. Vårdgivare behöver utbildning i tydlig och adekvat kommunikation via digitala kommunikationsvägar då detta kan bidra till utveckling av kommunikationsfärdigheter. En god kommunikationsförmåga kan hjälpa till att förebygga klagomål inom hälso- och sjukvården.

Förslag till fortsatt forskning

I studien har anmälningar som inkommit till patientnämnden jämförts mellan en stor och en mellanstor region i Sverige. Vidare forskning hade kunnat jämföra en stor region med en liten region för att ta reda på hur orsaker och åtgärder skiljer sig åt inom dessa regioner. Denna studie lägger ingen vikt vid anmälarnas ålder och det hade även därför varit av intresse att ta reda på vilka åldrar som är vanligt förekommande mellan anmälarna samt om anmälningsorsakerna skiljer sig åt mellan åldrarna. Tidigare studier belyser att gruppen som är i behov av sjukvård är äldre och sköra personer, vidare forskning om deras upplevelse av användandet av digital vård vore tänkvärd för vidare utveckling inom området.

Slutsats

Åtgärder som utförts efter en anmälan inkommit visade en skillnad mellan regionerna. Region Stockholm uppgav fler åtgärder mot vårdutveckling och systematiskt förändringsarbete i anmälningarna. Vidare kan brister i tillgängligheten till digitalvård uppfattas. Frånvaron av tydlig och respektfull kommunikation från vårdgivare som ligger till grund för tillfredsställd patientupplevelse och säkerhet för vårdsökande inom vården.

Användning av degenerativ AI

Vid översättning av sammanfattningen till engelska har ChatGPT nyttjats för en korrekt akademisk engelska, resultat av översättningen har granskats av författarna.
Vidare har det kommit till användning för att kontrollera referenshanteringen.

Referenslista

Antonopoulou, V., Schenk, P. M., McKinlay, A. R., Chadwick, P., Meyer, C., Gibson, B., Sniehotta, F. F., Lorencatto, F., Vlaev, I., & Chater, A. M. (2024). Healthcare Professionals' Responses to Complaints: A Qualitative Interview Study With Patients, Carers and Healthcare Professionals Using the Theoretical Domains Framework and COM-B Model. *Health Expectations*, *27*(6), e70118. https://doi.org/10.1111/hex.70118

Bärkås, A., Kharko, A., Blease, C., Cajander, Å., Fagerlund, A. J., Huvila, I., Johansen, M. A., Kane, B., Kujala, S., Moll, J., Rexhepi, H., Scandurra, I., Wang, B., & Hägglund, M. (2023). Errors, Omissions, and Offenses in the Health Record of Mental Health Care Patients: Results from a Nationwide Survey in Sweden. *Journal of Medical Internet Research*, *25*(1), e47841. https://doi.org/10.2196/47841

Benny, M. El, Kabakian-Khasholian, T., El-Jardali, F., & Bardus, M. (2021). Application of the ehealth literacy model in digital health interventions: Scoping review. In *Journal of Medical Internet Research 23*(6), e23473. https://doi.org/10.2196/23473

Bodie, G. D., & Dutta, M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: Health literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, *25*(1–2), 175–203. https://doi.org/10.1080/07359680802126301

Butler, J. M., Gibson, B., Patterson, O. V., Damschroder, L. J., Halls, C. H., Denhalter, D. W., Samore, M. H., Li, H., Zhang, Y., & DuVall, S. L. (2022). Clinician documentation of patient centered care in the electronic health record. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *22*(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12911-022-01794-w

Cajander, Å., Larusdottir, M., & Hedström, G. (2020). The effects of automation of a patient-centric service in primary care on the work engagement and exhaustion of nurses. *Quality and User Experience*, *5*(1), 9. https://doi.org/10.1007/s41233-020-00038-x

Calvillo, J., Román, I., & Roa, L. M. (2015). How is technology empowering patients? A literature review. *Health Expectations*, *18*(5), 643–652. https://doi.org/10.1111/hex.12089

Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Pastore, F., Totaro, M., Ballerini, P., Trerotoli, P., Mikkonen, K., & Cicolini, G. (2025). The Relationship Between Nurses' Digital Health Literacy and Their Educational Levels, Professional Roles, and Digital Attitudes: A Cluster Analysis Based on a Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Nursing*, *34*(7), 2885–2897. https://doi.org/10.1111/jocn.17484

Dahlgren, C., Dackehag, M., Wändell, P., & Rehnberg, C. (2021). Determinants for use of direct-to-consumer telemedicine consultations in primary healthcare-a registry based total population study from Stockholm, Sweden. *BMC Family Practice*, *22*(1), 133. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01481-1

Eldén, S. (2020). *Forskningsetik: vägval i samhällsvetenskapliga studier*. (Upplaga 1). Studentlitteratur.

Encuentra, E. H., Caballero, J. L. G., Montagni, I., Gutiérrez, M. F., & Sarmiento, P. B. (2025). Digital health literacy among the Spanish population: a descriptive and latent class analysis study. *European Journal of Public Health*, *35*(4), 617–623. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf016

Flanagan, J., Beck, C.T. & Polit, D.F. (2025). *Polit and Beck's nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Twelfth edition, International edition). Wolters Kluwer.

Folkhälsomyndigheten. (2025). *Folkhälsan i Sverige*. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hariyati, R. T. S., Handiyani, H., Wildani, A. A., Afriani, T., Nuraini, T., & Amiruddin, M. H. (2024). Disparate Digital Literacy Levels of Nursing Manager and Staff, Specifically in Nursing Informatics Competencies and Their Causes: A Cross-Sectional Study. *Journal of Healthcare Leadership*, *16*, 415–425. https://doi.org/10.2147/JHL.S470456

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. In *Journal of Healthcare Leadership 13*, 85–108. https://doi.org/10.2147/JHL.S289176

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277–1288. https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Hultgren, E – K. (2021) Primärvård. Hultgren, E – K. (Red). (2021) Distriktssköterskans specialistområden. 1:2 Studentlitteratur ss. 117 – 128

Hultgren, E – K & Johansson, L. (2021) Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Hultgren, E – K. (Red). (2021) Distriktssköterskans specialistområden. 1:2 Studentlitteratur ss. 129 – 140

Inspektionen av vård och omsorg (2023). *Om patientnämnden*. https://www.ivo.se/beratta-for-ivo/klagomal-halso-sjukvard/om-patientnamnden/

IVO (2025). *Om IVO*. https://www.ivo.se/om-ivo/uppdrag-organisation/

Iyamu, I., Gómez-Ramírez, O., Xu, A. X. T., Chang, H.-J., Haag, D., Watt, S., & Gilbert, M. (2021). *Defining the Scope of Digital Public Health and Its Implications for Policy, Practice, and Research: Protocol for a Scoping Review (Preprint)*. 10(6) e27686. https://doi.org/10.2196/preprints.27686

Jeong, H., Choi, E. Y., Lee, W., Jang, S. G., Pyo, J., & Ock, M. (2024). Importance of Quality of Medical Record: Differences in Patient Safety Incident Inquiry Results According to Assessment for Quality of Medical Record. *Journal of Patient Safety, 20*(4)*,* 229-235. https://doi.org/10.1097/pts.0000000000001212

Johansson, S., Gulliksen, J., & Gustavsson, C. (2021). Disability digital divide: the use of the internet, smartphones, computers and tablets among people with disabilities in Sweden.

Universal Access in the Information Society, *20*(1), 105–120. https://doi.org/10.1007/s10209-020-00714-x

Jonsson, M., Gustavsson, C., Gulliksen, J., Pettersson, L., & Johansson, S. (2023). *Tillgänglighet och användbarhet i 1177direkt*.

Khoo, E. M., Lee, W. K., Sararaks, S., Abdul Samad, A., Liew, S. M., Cheong, A. T., Ibrahim, M. Y., Su, S. H. C., Mohd Hanafiah, A. N., Maskon, K., Ismail, R., & Hamid, M. A. (2012). Medical errors in primary care clinics--a cross sectional study. *BMC Family Practice*, *13*(1), 127. https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-127

Lag (2019:976) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso-och_sfs-2017-372/

Le, K. H., La, T. X. P., & Tykkyläinen, M. (2022). Service quality and accessibility of healthcare facilities: digital healthcare potential in Ho Chi Minh City. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 1374. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08758-w

Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(1), e19. https://doi.org/10.2196/jmir.1619

Patientdatalagen (2008:355) Patientdatalag (2008:355) | Sveriges riksdag

Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice*. (4. ed.) Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.

Power, E. G. M. (2023). Considerations for Effective Communication of Medical Information. *Pharmaceutical Medicine*, *37*(2), 97–101. https://doi.org/10.1007/s40290-023-00461-3

Reason, J. (2000). Education and debate Human error: models and management. *In BMJ 320*(7237), 768–770. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Rhys, C. S., Benwell, B., Erofeeva, M., & Simmons, R. (2024). Harnessing the power of language to enhance patient experience of the NHS complaint journey in Northern Ireland: a mixed-methods study. *Health and Social Care Delivery Research*, *12*(33), 1–129. https://doi.org/10.3310/NRGA3207

Råberus, A., K Holmström, I., Galvin, K., & J Sundler, A. (2018) The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements.*International Journal for Quality in Health Care 31*(7), 556–562. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy215

Sharma, P., & Patten, C. A. (2022). A Need for Digitally Inclusive Health Care Service in the United States: Recommendations for Clinicians and Health Care Systems. *The Permanente Journal 26*(3), 149–153. https://doi.org/10.7812/TPP/21.156

Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., & Barnet, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a conceptual model for ehealth: Qualitative study with key informants. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(10), e324. https://doi.org/10.2196/jmir.8106

SKR (2025a) *Nära vård.* https://skr.se/naravard/naravardipraktiken.8395.html#h-Digitaliseringenviktigdelinyaarbetssatt

SKR (2025b) *Nära vård.* https://skr.se/naravard/dethararnaravard.8396.html

Silvola, S., Restelli, U., Croce, D., & Basu, D. (2024). Change management for services redesign in healthcare: a conceptual framework. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *65*(3), E413–E436. https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3023

Socialstyrelsen (2018). *Digitala vårdtjänster*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf*Digitala vårdtjänster*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf

Socialstyrelsen (2023). *Främja hälsa och förebygga ohälsa*. Främja hälsa och förebygga ohälsa - Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2021). *Hälso- och sjukvårdspersonal*. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/halso-och-sjukvardspersonal/

Sousa, V. L. P., Dourado Júnior, F. W., dos Anjos, S. de J. S. B., & Moreira, A. C. A. (2024). Nursing teleconsultation in primary health care: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *32,* e4329. https://doi.org/10.1590/1518-8345.7212.4329

Sundler, A. J., Darcy, L., Råberus, A., & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights—A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations*, *23*(3), 614–621. https://doi.org/10.1111/hex.13038

Swenurse (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige: Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska.*

Swenurse (2024). *Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed.* https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

Wang, G., Wu, C., Yao, Y., & Zhang, T. (2025). Spatial–temporal analysis of patient complaints in Shanghai from 2015 to 2022. *BMC Health Services Research*, *25*(1), 12350. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12350-3

Wang, Y., Zhang, X., Wang, L., Guo, M., Li, Y., & Li, L. (2025). Research Progress on the Conceptual Evolution, Theoretical Modelling and Measurement Tools of Electronic Health Literacy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *31*(5), 70248. https://doi.org/10.1111/jep.70248

World Health Organization (WHO) (2020*). BASIC DOCUMENTS.* https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

Xie, L., Hu, H., Lin, J., & Mo, P. K. H. (2024). Psychometric validation of the Chinese digital health literacy instrument among Chinese older adults who have internet use experience. *International Journal of Older People Nursing*, *19*(1), e12568. https://doi.org/10.1111/opn.12568