



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180p

KANDIDATUPPSATS



E-hälsa med fokus på den äldre vårdtagaren.

Magdalena Lehmann Jakobsson och Jessica Staël von
Holstein

Omvårdnad 15p

Halmstad 2016-12-09

E-hälsa med fokus på den äldre vårdtagaren

Författare: Magdalena Lehmann
Jakobsson
Jessica Staël von Holstein

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Halmstad 2016-12-09

Titel	E-hälsa med fokus på den äldre vårdtagaren
Författare	Magdalena Lehmann Jakobsson, Jessica Staël von Holstein
Sektion	Hälsa och välfärd
Handledare	Staffan Karlsson, Universitetslektor, Dr. med. vetenskap
Examinator	Barbro Boström, Universitetslektor, Dr. med. vetenskap
Tid	Hösten, 2016
Sidantal	18
Nyckelord	E-hälsa, Empowerment, Erfarenheter, Tillgänglighet, Äldre

Sammanfattning

Med allt fler äldre i samhället ökar belastningen inom vård- och omsorgssektorn. E-hälsa kan bidra till en effektivare vård av äldre med medicinsk information och vårdtjänster via internet samt vårdrelaterad service som utförs via ny teknologi. Syftet med litteraturstudien var att belysa äldres erfarenheter av e-hälsa. Studien genomfördes som en litteraturstudie där tio vetenskapliga artiklar utgjorde underlag. Resultatet visade att e-hälsa kunde skapa empowerment hos den äldre vårdtagaren genom möjligheten att få stanna i sitt hem samtidigt som det gav egenkontroll av sjukdom och hälsa. Det fanns dock en oro hos äldre att e-hälsa skulle ersätta fysisk kontakt och äldre uppfattade att tekniken var komplicerad. E-hälsa kunde öka tillgängligheten av vård men för att den ska fungera optimalt behöver den individanpassas. Äldres erfarenheter av e-hälsa bör ligga till grund för utveckling av lämpligare och bättre e-hälsolösningar. Kunskapen om äldres erfarenheter kan hjälpa sjuksköterskan att implementera e-hälsolösningar på ett bra och effektivt sätt. Genom ökad kunskap om äldres erfarenheter kan e-hälsa bli ett värdefullt verktyg för en bättre och effektivare vård av äldre.

Title	Telehealth for elderly patients
Author	Jessica Staël von Holstein, Magdalena Lehmann Jakobsson
Department	Health and Welfare
Supervisor	Staffan Karlsson, Senior Lecturer, PhD
Examiner	Barbro Boström, Senior Lecturer PhD
Period	Autumn, 2016
Pages	18
Key words	Availability, E-health, Elderly, Empowerment, Experience, ,

Abstract

Telehealth can contribute to a more effective system of health care for elderly patients through medical information and support given via the Internet as well as health related services initiated through new technology. The aim of the study was to highlight older people's experiences of telehealth. The study was conducted as a literature review in which ten scientific articles provided input and formed the basis. The results showed that telehealth could create empowerment amongst the elderly patients as they would be able to stay at home whilst providing self-monitoring of their health and illness. However, there are concerns among the elderly who believe that telehealth would replace physical contact and many think that the technology is too complex to comprehend. Telehealth could be the solution to increasing the availability of health care, but in order for it to function optimally it needs to be individualized. Older people's experiences with telehealth should be the basis for the development of more appropriate telehealth solutions. Knowledge on older people's telehealth experiences can help nurses implement solutions in a good and efficient way. By broadening and researching the information on the elderly's experiences with telehealth it can become a valuable health tool.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Olika typer av e-hälsa	1
Andelen äldre ökar i samhället.....	2
Vårdens tillgänglighet för äldre	3
Empowerment	4
Äldres attityd till ny teknik.	5
Sjuksköterskan och e-hälsa	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Urval	6
Datainsamling	6
Databassökning i Cinahl	6
Databassökning i PubMed	7
Sammanfattning av datainsamling	7
Databearbetning.....	8
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Empowerment i hemvård	8
Lära känna sig själv och sin sjukdom.....	8
Trygghet i hemmet	9
Komplement till fysisk kontakt	9
Att känna sig övervakad	10
Support för komplicerad teknik.....	11
Individanpassade lösningar	11
Ökad tillgänglighet för vård	12
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Empowerment	14
Komplement till fysisk kontakt	15
Att känna sig övervakad	17
Support för komplicerad teknik.....	17
Konklusion och implikation	18

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Elektronisk hälsa (e-hälsa) omfattar all informations- och kommunikationsteknik (IKT) som används inom vården (Eysenbach, 2001). Telemedicin är vård som utförs på distans genom ny teknologi med hjälp av exempelvis mobilapplikationer som mäter vitalparametrar såsom blodtryck, puls, saturation, andningsfrekvens och kroppstemperatur eller mätinstrument som är uppkopplade i hemmet (Saner, 2013). I takt med att befolkningen blir större och antalet vårdplatser minskar blir syftet med e-hälsa en effektiv och personcentrerad vård som ska hantera den växande befolkningen och de ökade kostnaderna (Center för e-hälsa i samverkan, 2012; Folkhälsomyndigheten, 2014). Det är framförallt gruppen äldre som ökar i antal (Statistiska Centralbyrån (SCB), 2015) som kan dra nytta av e-hälsoinitiativ såsom digitala vårdkontakter i hemmet (Cook, Randhawa, Sharp, Ali, Guppy, Barton, Bateman & Crawford-White, 2016). Definitionen av äldre enligt SCB (2016) är individer 65 år och äldre. Världshälsoorganisationen (WHO) (2015) har som mål att den åldrande individen ska åldras med god hälsa och upprätthållen autonomi så länge som möjligt. Patientlagen (SFS 2012:821) anger att vården ska vara tillgänglig enligt vårdtagarens förutsättningar. Vårdanalys rapport (2014) visade dock att tillgängligheten för gruppen 55 år och äldre var betydligt sämre i Sverige än i andra länder. Larners (2006) studier visade att äldre var minst benägna att använda internet avseende vårdrelaterade tjänster samtidigt som e-hälsa kunde användas för att ge en individ egenmakt (Alpay, van der Boog & Dumaij, 2011). För att implementera och använda e-hälsa på ett effektivt vis är det därför av vikt att belysa den äldres erfarenheter av ny teknologi.

Bakgrund

Olika typer av e-hälsa

Informations- och kommunikationsteknik (IKT) inom vården benämns ofta som e-hälsa. Det innefattar medicinsk information, vårdtjänster och annan vårdrelaterad service vårdtagaren får via internet. I definitionen av e-hälsa inkluderas även all teknologi som mäter medicinsk data och som hanterar elektroniska journal- och trygghetssystem (Eysenbach, 2001). Telemedicin är ett begrepp som ofta används inom e-hälsa och definieras som vård som utförs på distans. Detta kan ske antingen i realtid eller via elektronisk insamling av data genom mätinstrument i hemmet såsom vikt, blodsocker och blodtryck. Det kan genomföras per automatik eller genom att vårdtagaren aktivt använder teknik för att förmedla data (Saner, 2013). Ett område inom telemedicin är användningen av smarta mobiltelefoner som används med särskilt framtagna mobilapplikationer, elektroniska moln (virtuell lagringsplats) och anpassade sociala medier. Dessa kan användas till att följa vårdtagarens vitalparametrar och annan hälsodata i realtid eller att de samlar mätningar över tiden. Det finns även mobilapplikationer som tagits fram i utbildande syfte för vårdtagare på distans. Mobilapplikationer kan användas som komplement till annan information till vårdtagaren (Saner, 2013).

Syftet med e-hälsa är att IKT ska användas för att förbättra och förenkla vården för både vårdtagaren och vårdgivaren (Ernst & Young, 2014). Sjuksköterskans roll är att kompensera för vårdtagarens fysiska begränsningar och ta fram vårdtagarens hälsoresurser, samt hjälpa vårdtagaren att skapa nya vanor och beteenden som främjar hälsan. Med hjälp av e-hälsa kan sjuksköterskan även utföra omvårdnad på distans (Brennan, 2000). Redan 1998 visade en studie att 14-16 procent av all hemsjukvård skulle kunna genomförts via telemedicin (Wooton, Loane, Mair, Moutray, Harrison, Sivananthan, Allen, Doolittle & McLernan, 1998). Personcentrerad omvårdnad som stöds av IKT har till uppgift att förebygga ohälsa och stödja hälsa (Europeiska kommissionen, 2015). Saners (2013) studie visade att utvecklingen av e-hälsa framförallt drivs av ny teknologi och inte av vårdtagarens behov. Omfattningen av e-hälsa kommer att öka inom vården i takt med att ny teknologi introduceras. Det är viktigt att få kunskap om äldres erfarenheter av e-hälsa för utvecklingen av e-hälsa i vården.

Andelen äldre ökar i samhället

Statistiska Centralbyrån (SCB) definierar gruppen *äldre* från 65 år och uppåt. De som är 80 år och äldre benämns som äldre-äldre. Enligt SCB:s befolkningsprognos (2015) förväntas andelen äldre i befolkningen öka med 30 procent mellan 2015 och 2050. Det innebär att en fjärdedel av befolkningen kommer att vara 65 år eller äldre redan år 2030. Antalet äldre-äldre är den grupp som kommer att öka mest. De förväntas öka med 40 procent under samma tidsperiod (2015-2050) (Socialstyrelsen, 2016). Mer än 80 procent av alla över 65 år har minst en kronisk sjukdom och kroniska sjukdomar står för en stor del av sjukvårdskostnaderna (Socialstyrelsen, 2015). Då fler individer med kroniska sjukdomar lever längre får det därmed följderna inom vård- och omsorgssektorn (Socialstyrelsen 2015). Folkhälsomyndigheten (2014) beräknar att kostnaden inom vård och omsorg kommer att öka med 270 procent fram till 2050. En studie visade att det är framförallt de äldre multisjuka som genererar stora utgifter eftersom de ofta hamnar inom slutenvården i kombination med höga läkemedelskostnader (Nagl, Witte, Hodek & Greiner, 2011). Enligt Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) (2013) är det inte åldrandet i sig som genererar i högre kostnader för vården utan det faktum att det kommer att finnas fler äldre sjuka. Dessutom orsakar de äldre ett produktionsbortfall i samhället då de inte längre är arbetsföra (OECD, 2013). Samtidigt kommer antalet vårdplatser och den genomsnittliga vårdtiden att minska till förmån för e-hälsotjänster (Center för e-hälsa i samverkan, 2012). Enligt Demirirs och Hensel (2008) kommer hemmet bli ett smart-home där teknologin övervakar välmåendet, ökar oberoendet och förhindrar nödsituationer (Demirirs & Hensel, 2008). Fler äldre kommer att leda till högre kostnader för samhället och implementering av e-hälsotjänster kan bidra till att bevara god hälsa hos äldre samt hantera den ökade belastningen inom vård- och omsorgssektorn.

Vårdens tillgänglighet för äldre

Enligt Patientlagen (SFS 2012:821) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Dessutom ska vården vara lättillgänglig och behandlingsåtgärder ska ske utifrån vårdtagarens förutsättningar. En fast vårdkontakt ska utses för att tillgodose vårdtagarens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (Patientlagen, 2012). Socialstyrelsen ger regelbundet ut en lägesrapport: *Vård och omsorg av äldre*. I den senaste rapporten (2016) anger Socialstyrelsen att "Personer med behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska erbjudas att få olika insatser samordnade genom en individuell plan. Landstinget och kommunen ska tillsammans upprätta en sådan plan efter den enskilda personens samtycke" (s. 15). Detta efter att flertalet studier har visat att det brister i samarbete och koordination mellan landsting och kommun (Socialstyrelsen, 2016). Socialstyrelsen ger även ut lägesrapporter över *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Enligt denna rapport (2015) får en vårdtagare över 80 år vänta 35 minuter längre på en akutmottagning än andra åldersgrupper. Andelen äldre som anses mest sjuka bor i större utsträckning kvar i ordinärt boende samtidigt som digitaliseringen av trygghetslarm går långsamt. Vid jämförelser med andra länder så är Sverige bland de sämsta avseende de områden som rör respekt för vårdtagarens individuella behov och preferenser samt vårdtagarens delaktighet i vården (Socialstyrelsen, 2015). Vårdanalys (2014) har undersökt Sveriges tillgänglighet av vård för gruppen 55 år och äldre jämfört med 11 andra länder. Undersökningen visade att tillgängligheten var betydligt sämre i Sverige. Oavsett fysisk och kognitiv status så är medicinsk vård mer tillgänglig för äldre som fortfarande bor hemma jämfört med de som bor på äldreboende. Tillgängligheten ökar dessutom om vårdtagaren har tillgång till informella vårdgivare (Condelius, Edberg, Rahm Hallberg & Jakobsson, 2009).

Alla individer har kapacitet för att ta ansvar för sin egen omsorg men det betyder inte att alla kommer att införskaffa sig adekvat kunskap. När det är obalans mellan kapacitet och omvårdnadsbehov ska sjuksköterskan hjälpa vårdtagaren att utforma en omvårdnadsplan som anger vad som ska göras och utav vem. Målet är att individen ska stärkas i sin förmåga till egenvård (Orem, 2001). Sveriges landsting och regioner har enats om att gemensamt utveckla och koordinera e-hälsoarbetet genom *Inera* och *Center för ehälsa i samverkan*. De bedömer att olika metoder för fjärrövervakning och egenvård ska ersätta sjukhusvård och besök på medicinska kliniker. Det är dock av vikt att identifiera vårdtagarens informationsbehov för att designa lämplig e-hälso-service (Davoody, Koch, Krakau & Hägglund, 2016). Larner (2006) visade att användandet av internet som ett verktyg för omvårdnad och inhämtning av medicinsk information var starkt kopplat till vårdtagarens ålder. Äldre använder internet betydligt mindre än yngre och framförallt de äldre med lägre utbildning (Berner, Rennemark, Jogr eus & Berglund, 2010). Utöver ålder och utbildningsnivå finns det inget annat i en individs personlighet eller karaktär som påverkar hantering av digitala hjälpmedel (Berner et al., 2010). Enligt Ernst & Young (2014) kommer e-

hälsoinitiativet i samhället leda till stora förändringar för både vårdpersonal och vårdtagarens kontakt med hälso- och sjukvården. Information som tidigare bara har använts av vårdgivaren är numera även tillgänglig för vårdtagaren vilket kräver en aktivare vårdtagare samtidigt som ny teknologi gör relationen mellan vårdtagare och vårdgivare effektivare. Om e-hälsoinnovation används adekvat kommer det att bidra till att göra upplevelsen av hälso- och sjukvården mer patientcentrerad, tillgänglig och personlig (Ernst & Young, 2014). E-hälsa kan vara ett potentiellt verktyg för att öka tillgängligheten hos äldre om den är anpassad och skräddarsydd efter äldres behov och förutsättningar.

Empowerment

Inom vården används det engelska begreppet empowerment som motsvarar det svenska begreppet egenmakt (Nationalencyklopedin, 2016). Empowerment förklaras som att ge någon makt att göra något (Soanes & Stevenson, 2015). När empowerment används inom vården syftar det till att en individ ska känna makt över sin egen situation (Gibson, 1991). Hyung Hur (2015) beskriver empowerment som en multidimensionell läroprocess för att vinna kontroll över sitt eget liv genom att skaffa sig adekvat kunskap och färdighet för att därigenom förbättra sin livssituation. Hyung Hur (2015) menar vidare att det finns både en individuell och kollektiv aspekt av begreppet empowerment. En individuell empowerment består av fyra delar; känsla av betydelse, kompetens, självbestämmande och effekt. Kollektiv empowerment är en process när en grupp människor tillsammans skaffar sig kunskap, bryter sociala barriärer och utvecklar sin förmåga i en kollektiv handling. Denna typ av empowerment är särskilt viktig för äldre som ofta marginaliseras såsom oproduktiva och beroende av samhällsinsatser (Hyung Hur, 2015). Orem's generella teori "Self-Care Deficit Theory of Nursing" (2001) omfattar tre delar: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (Orem, 2001). Teorin förklarar relationen mellan en individs förmåga till egenvård och de egenvårdskrav/behov som föreligger hos individen själv (Hartweg, 1995). Hälsofrämjande egenvård definierades som egenvård i syfte att främja välbefinnande hellre än hälsa (Orem, 2001). Hälsa, enligt Orem, är integritet i människans struktur och funktioner medan välbefinnande är lycka och tillfredsställelse. Orem's egenvårdsmodell länkar samman patientbedömningar med omvårdnadsdiagnoser, förväntade hälsoreultat, epikriser, klinisk forskning och kvalitetssäkring. Stigande ålder kan leda till egenvårdsbegränsningar och egenvårdsåtgärder måste anpassas efter individen då åtgärder kan variera utifrån kulturella och sociala erfarenheter (Hartweg, 1995).

En människans kontroll över sin egen hälsa innefattar förmågan att söka information samt känna delaktighet i genomförandet av sin egen vård. E-hälsa är ett verktyg som kan användas för att ge en individ empowerment (Alpay, van der Boog & Dumaij, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2015) ska e-hälsa ge vårdtagaren verktyg för att hantera sin egen hälsa och vård, vilket genererar förutsättningar till ökad medverkan i vården och bättre överblick över vårdprocesser (Socialstyrelsen, 2015).

Äldres attityd till ny teknik.

Äldre med gott självförtroende tror att de kommer att få större nytta av ny teknik än de med sämre tilltro till sin egen förmåga. Äldre vill framförallt lära sig ny teknik för att de vill anpassa sig till ett modernt samhälle. Anledningen till att äldre anpassar sig till ny teknologi är framförallt för att de ser det som ett verktyg för att hålla sig psykiskt aktiv. Den primära anledningen för att äldre ska lära sig hantera ny teknologi är att de vill kunna kommunicera med andra och hålla sig socialt aktiva (González, Ramirez & Viadel, 2012). En studie (Greenhalgh, Wherton, Sugarhood, Hinder, Procter & Stones, 2013) som studerade hur äldre adapterade e-hälsa visade att designen av teknologin spelar stor roll när äldre skulle förhålla sig till e-hälsa; färger och form på konstruktioner och utformandet och storleken av knappar. Cook et al., (2016) såg en skillnad i hur äldre lättare hanterade e-hälsa om de hade en positiv inställning till ny teknologi. Flera studier behandlar äldres attityd till ny teknologi men det saknas studier om hur äldres erfarenheter av e-hälsa verkligen är. Det är viktigt att förstå äldres önskemål och behov för att de ska kunna adaptera ny teknologi och göra e-hälsa effektiv i vården.

Sjuksköterskan och e-hälsa

E-hälsa är ett verktyg i vården för att leverera sjukvård och social omsorg till enskilda individer (Stowe & Harding, 2010). Sjuksköterskan har en avgörande roll vid framtagning och implementering av e-hälsolösningar. Eftersom sjuksköterskan ska arbeta personcentrerat och ansvara för undervisning och utbildning av vårdtagaren (Hussey, Adams & Shaffer, 2015) kan e-hälsa bli ett viktigt inslag i omvårdnaden. Murray, Park och Delaney (2006) belyser att det behövs engagemang av sjuksköterskan för att e-hälsa ska vara framgångsrikt. De anser att sjuksköterskan måste utbildas och informeras om e-hälsolösningar för att i sin tur presentera dessa för vårdtagaren. Utmaningen för vården blir att övertyga vårdtagaren om e-hälsans fördelar. Sjuksköterskans roll innefattar att både vara partner till vårdtagaren samt att informera och stödja vårdtagaren i relation till e-hälsa (Murphy, 2011). Sjuksköterskan behöver särskild kompetens för att kunna ge utbildning i e-hälsa. Förutom klinisk kunskap och förmåga att kommunicera behöver sjuksköterskan stävja oro inför ny teknologi hos vårdtagaren. Kunskap om e-hälsa är viktig och bör inkluderas i sjuksköterskeutbildningen (van Houwelingen, Moerman, Ettema, Kort & Cate, 2016). En annan aspekt för sjuksköterskan är de legala krav och etiska omständigheter som följer vid implementering av e-hälsa (Brous, 2016). E-hälsa är ett verktyg för sjuksköterskan i utövandet av vård men för att kunna utföra, utbilda och stödja den äldre behöver sjuksköterska få kunskap om den äldres erfarenheter av e-hälsa.

Problemformulering

Antalet äldre ökar i samhället samtidigt som vårdtiderna kortas ner. Både myndigheter och omvårdnadsforskare menar att e-hälsa är lösningen på den ökade

belastningen inom vården samtidigt som många studier visar att äldre använder internet betydligt mindre. Forskningen hittills fokuserar på e-hälsa som verktyg för vårdpersonal men det saknas studier om äldres erfarenheter av e-hälsa.

Syfte

Syftet var att belysa äldres erfarenheter av e-hälsa inom omvårdnad.

Metod

Kandidatuppsatsen genomfördes som en strukturerad litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström (2016). Genom att granska vetenskapliga artiklar skapades en djupare förståelse för det valda problemområdet. Relevanta vetenskapliga artiklar kvalitetsgranskades och analyserades för att uppnå syftet.

Urval

Artiklar som fångade äldres erfarenheter av e-hälsa inkluderades. I urvalet exkluderades artiklar som fokuserade på teknologin, hade yngre deltagare än 65+, hade sitt ursprung i odontologin, utgick från andra än de äldres perspektiv eller enbart hade ekonomiska infallsvinklar.

Datainsamling

En inledande sökning genomfördes enligt Forsberg och Wengström (2016) för att skapa en överblick av valt problemområde. I sökningen användes sökorden *elderly*, *ehealth*, *e-health*, *telehealth*, *telemedicin*, *experience*, *empowerment* och *accessibility* (Bilaga A). Syftet var att utforska om det fanns tillräckligt med relevanta vetenskapliga artiklar inom området samt identifiera lämpliga sökord. Den inledande sökningen dokumenteras ej i sökhistoriken. Därefter gjordes en strukturerad litteratursökning (Forsberg & Wengström, 2016). Databaserna Cinahl och PubMed valdes eftersom de innehåller vetenskaplig forskning inom omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). Sökningar gjordes även i databasen Eric utan användbara resultat. En artikel valdes att granskas efter en manuell sökning då den påträffats i en referenslista.

Databassökning i Cinahl

Artiklar publicerade 2006-2016 valdes för att generera aktuell forskning. Dessutom gjordes en avgränsning för att söka enbart artiklar ur vetenskapliga tidskrifter genom "Peer Reviewed" samt "Research Article". För att skapa en bredare sökning och relevans valdes sökorden genom lämpliga synonymer i thesaurus; *telehealth*, *elderly*, *experience* och *use*. Dessa kombinerades i en boolesk sökning för att ge relevanta träffar (Östlundh, 2016) enligt följande; *telehealth* AND *elderly* gav 40 artiklar, 33 abstrakt lästes och tre valdes ut att granska vidare. *Telehealth* AND *experience* gav 83 artiklar. Genom att trunkera sökordet *experience** ökade antalet träffar till 88 artiklar

(Östlundh, 2016). Sökningen *telehealth AND experience/experience** gav inga relevanta träffar då det inte var fokus på den äldre målgruppen. *Telehealth AND elderly AND experience* gav tio artiklar, alla abstrakt lästes men inga motsvarade syftet. *Telehealth AND elderly AND use* gav 17 artiklar, alla abstrakt lästes och tre valdes ut. *Telehealth OR telemedicine AND elderly OR aged OR older OR geriatric AND experience* gav 60 artiklar, 53 abstrakt lästes och sex stycken valdes ut. När ytterligare sökord adderades i en boolesk sökning blev antalet träffar för få och genererade inte nya artiklar och redovisas därför inte i sökhistoriken.

Databassökning i PubMed

Artiklar publicerade 2006-2016 valdes för att generera i aktuell forskning. Dessutom gjordes en avgränsning genom att välja ålder "65+" avseende deltagarna. Det gick inte att välja refereegranskade artiklar utan detta gjordes manuellt. Sökningen startade genom val av lämpliga Medical Subject Headings (MeSH-termer) som hittades via Svensk MeSH (2016); *ehealth/telemedicine, aged/elderly, health services for aged, experience*. Dessa kombinerades i en boolesk sökning för att ge relevanta träffar; *ehealth AND health services for aged* gav 694 artiklar, 102 abstrakt lästes och tre artiklar valdes ut för granskning. För att kondensera antalet adderades *experience*. Detta gav 72 artiklar och ringar in frågeställningen ytterligare, 40 abstrakt lästes och fyra stycken artiklar valdes ut då de ansågs passa syftet. En boolesk sökning där *experience* byttes mot *use (telehealth AND health services for aged AND use)* gav 159 artiklar, 24 abstrakt lästes. Flertalet av dessa generade i dubletter och enbart två stycken valdes ut för granskning.

Sammanfattning av datainsamling

Inledningsvis valdes 22 artiklar ut som bedömdes vara relevanta för syftet. Dessa lästes flera gånger av skribenterna var för sig. Fokus var på att hitta beskrivningar av äldres erfarenheter av e-hälsa och markera dessa. Efter diskussioner mellan skribenterna valdes 12 artiklar bort då de inte var relevanta för syftet; tre av dem visade sig fokusera på fel åldersgrupp medan tre artiklar inte fokuserade på användarens erfarenheter utan vårdgivarens eller anhörigas upplevelser. Sex artiklar valdes bort då de fokuserade på tekniken eller de medicinska effekterna. Resultatartiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av Carlsson & Eimans (2003) granskningsmall för granskning av kvalitativa studier. Artiklarna bedömdes utifrån poängsättning från 0-4. Maxpoängen var 48 p vilket motsvarar 100 %. Artiklarnas totalpoäng var utgångspunkten för gradindelningen. Grad I: 80 %, innebar hög vetenskaplig kvalitet, grad II: 70 %, innebar medelhög vetenskaplig kvalitet och grad III: 60 %, innebar låg vetenskaplig kvalitet (Carlsson & Eiman, 2003). Fem av artiklarna var grad I, tre var grad II och två stycken var grad III.

Databearbetning

Analysen strukturerades som en innehållsanalys enligt Forsberg och Wengström, (2016). Bearbetningen genomfördes utifrån ett kvalitativt perspektiv då det eftersöktes äldres subjektiva erfarenheter av e-hälsa. I de tio artiklarna ströks meningsenheter under som beskrev äldres erfarenheter och upplevelser av e-hälsa. Dessa tolkades och fördes sedan över till ett annat dokument. Fördjupade diskussioner gjordes där stringens och skillnader diskuterades. Detta mynnade ut i sex huvudteman som överensstämde med syftet och återfanns i flertalet artiklar.

Forskningsetiska överväganden

Samtliga vetenskapliga artiklar som har granskats i uppsatsen hade fört ett etiskt resonemang i sina studier. De skulle även ta hänsyn till de etiska principer som anges i svensk lagstiftning och de som behandlas i Belmontrapporten (Kjellström, 2012, s 70). Enligt svensk lagstiftning ska forskning utföras med respekt för människovärdet och skydda den enskilda individen (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS, 2003; 2008) samt Personuppgiftslagen (1998:204). Enligt Belmontrapporten ska forskning utföras i enlighet med de tre grundläggande principerna; respekt för personer, göra gott samt rättvisepincipen (Kjellström, 2012). Det är dessutom av vikt att den forskning som granskats har skett enligt Vetenskapsrådets CODEX, regler och riktlinjer för forskning (2016). Enligt dessa riktlinjer ska studiernas deltagare skyddas genom samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet.

Resultat

Analysen av de tio inkluderade artiklarna mynnade ut i sex huvudteman som beskrev äldres erfarenheter av e-hälsa; *Empowerment i hemvård*, *Komplement till fysisk kontakt*, *Att känna sig övervakad*, *Support för komplicerad teknik*, *Individanpassade lösningar* samt *Ökad tillgänglighet för vård*.

Empowerment i hemvård

Deltagare i studierna uttryckte att ny teknologi gett dem en ny mening i vardagslivet. Kunskapen om ny teknologi gav dem självförtroende och delaktighet i samhället. Självklara saker som att hitta recept, besöka banken och apotek via internet gjorde dem mindre isolerade i samhället (Blusi, Asplund & Jong, 2013).

Lära känna sig själv och sin sjukdom

Äldre vårdtagare med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som var uppkopplade med sin vårdgivare via fjärrövervakning lärde känna sin sjukdom och dess begränsningar (Fairbrother, Pinnock, Hanley, McCloughan, Sheikh, Pagliari & McKinstry 2012). KOL-patienter som var anslutna till e-hälsotjänster beskrev att de fick ”en sinnesro” tack vare fjärrövervakningen. Det ingav dem självförtroende att

kontakta vården då de kände att de aldrig upptog vårdens tid i onödan (Gale & Sultans, 2012). Deltagare uttryckte att de fick bättre uppfattning om vad som var deras normala saturation och vad som förbättrade eller försämrade denna. De lärde sig dessutom att hantera läkemedel i förhållande till uppmätt data (Fairbrother et al. 2012). Deltagare uttryckte att fjärrövervakningen legitimerade deras kontakt med vården. Dessutom tryckte vårdtagarna inte så ofta på sina larmknappar som tidigare efter det att fjärrövervakning hade installerats. E-hälsa skapade en känsla av självständighet och ingav självförtroende att göra egna bedömningar. De fick kontroll över sin sjukdom genom e-hälsa. (Fairbrother et al., 2012; Gale et al., 2012).

Trygghet i hemmet

Möjligheten för äldre att stanna kvar i sitt hem skapade empowerment. Falldetektorer, mätning av vitalparametrar och matvanor kunde övervakas via teknologi och ingav trygghet för äldre att bo kvar hemma (Milligan, Roberts & Mort., 2011). Fördelar med e-hälsa istället för traditionella hembesök var att den äldre inte behövde känna att hon/han alltid skulle vara redo. Deltagare beskrev att de gick och väntade och konstant var förberedda på besök av vårdgivaren. De upplevde att detta gjorde dem osjälvständiga medan virtuell kontakt gav dem större oberoende (Bowes & McColgan, 2013). Dessutom kunde de bli kvar i sin hemmiljö och område som de var bekanta med. Det ledde till att de kunde bibehålla sina sociala kontakter, sin identitet och självständighet (Bowes et al., 2013; Milligan et al., 2011). Vetskapen om att det fanns människor tillgängliga vid behov via webbkameran, både professionella och andra, ingav de äldre säkerhet (Blusi et al., 2013). E-hälsa gav de äldre säkerhet, kontroll och trygghet (Bowes et al., 2013; Milligan et al., 2011; Blusi et al., 2013).

Komplement till fysisk kontakt

Teknologin kan inte ersätta den fysiska kontakten eller den sociala interaktionen som alla människor behöver. E-hälsa kan bara vara ett komplement och inte ett substitut till traditionell vård med fysiskt möte. De äldre uppvisade oro att e-hälsa skulle ersätta fysiska möten och taktil kontakt vilket skulle leda till minskad social interaktion (Milligan et al., 2011; Frennert, Forsberg & Östlund, 2013). Ny teknologi kunde dock vara ett sätt att upprätthålla kontakt med anhöriga, men flera deltagare uttryckte att de inte ville träffa eller tala med sina anhöriga och vänner via en skärm. De föredrog ett traditionellt besök (Frennert et al., 2013; Blusi et al., 2013). Det fanns emellertid deltagare som insåg att det var ett sätt att upprätthålla kontakten med vänner och familj som bodde långt bort. De uppskattade att skärmen då gav möjlighet att se de individer de talade med (Frennert et al., 2013). Social interaktion via videokamera var ändå en stor anledning för att äldre skulle lära sig att använda ny teknik. Deltagare uttryckte att det kändes som sällskap att se att barnbarnen var uppkopplade via en ikon på skärmen även om de inte hade kontakt. Dessutom fick de möjlighet att följa med i vardagliga händelser i sina barnbarns liv (Blusi et al., 2013).

Det finns stor potential för e-hälsa för äldre i glesbygden eftersom äldre kan bo kvar hemma men samtidigt hålla kontakt med både vården och anhöriga genom ny teknologi. Det är dock viktigt att det fortfarande sker traditionella hembesök. Dessa besök genomsyras ofta av lättsamma samtal om vardagliga händelser i samhället med inslag av humor och skratt. Denna typ av social interaktion uttrycktes som viktig för att den äldre skulle känna sig delaktig i samhället trots att de sällan lämnade hemmet (Roberts, Philip, Currie & Mort, 2015). Det finns nackdelar med ny teknologi för de som har sämre hörsel. Deltagare hade lärt sig läsa på läppar för att kompensera sin dåliga hörsel. Den fysiska kontakten var då att föredra framför telefon eller röstburen monitor. En självhjälpsgrupp via videokonferens är inte heller genomförbart för någon med dålig hörsel då olika personer talar utan att deltagarna hinner se läpparnas rörelser. Äldre individer i glesbygden uttryckte att de kunde få stöd med hjälp av e-hälsa men att det måste balanseras upp med fysiska möten. (Roberts et al., 2015)

Äldre som fick genomföra ett gruppbaserat program för strokepatienter via videokonferens beskrev att de uppskattade att både se och höra andra eftersom det gjorde deras egna engagemang lättare men de saknade ett fysiskt möte för att urskilja ansiktsuttryck hos de andra deltagarna. De menade också att ett inledande fysiskt möte hade kunnat underlätta den fortsatta virtuella kontakten. Hälften av deltagarna tyckte att det kändes som att de var i samma rum medan de andra upplevde att det hela tiden fanns en distans. De menade dock att det inte påverkade hur mycket de interagerade under videokonferensen. Deltagarna ansåg även att de agerade annorlunda än vad de skulle gjort vid ett fysiskt möte. De uttryckte att det var svårt att bryta in naturligt i samtalet och att det kändes lustigt att tala med en TV-monitor. Sidokonversationer och informella samtal som sker i ett fysiskt möte förekom inte under en videokonferens. Fördelarna övervägde ändå nackdelarna eftersom ett videokonferensbaserat grupp-program skapade gemenskap och stöd för deltagare som inte hade möjlighet att ses (Taylor, Sone & Huijbregts, 2011).

Att känna sig övervakad

Smart-home-teknologi har för avsikt att öka trygghet och höja säkerheten hos äldre som vill bo kvar hemma. Det inkluderar larmknappar, falldetektorer, rörelsedetektorer och andra varningssystem. Några äldre valde bort möjligheten till smart-home teknologi då de tyckte att det inkräktade på privatlivet och ingav en känsla av att vara övervakad. De flesta agerade dock pragmatiskt och ansåg att behovet vägde tyngre än nackdelarna (Courtney, Demiris, Rantz & Skubic, 2008). Deltagare som provade sensorer som registrerade när de gick upp ur sängen och när de lämnade hemmet upplevde en obehaglig känsla av övervakning (Milligan et al., 2011). Det fanns en skillnad på teknik som var designad för att hjälpa äldre att fatta beslut, underlätta deras dagliga sysslor och skapa säkerhet i hemmet jämfört med teknik som fjärrövervakade deras hälsotillstånd och rörelsemönster. Teknik som övervakade kunde generera i en känsla av att någon inkräktade i deras privatliv (Milligan et al., 2011; Courtney et al., 2008). Deltagare var positiva till att det lagrades information så

länge det inte var någon kamera involverad. Data avseende vitalparametrar, vikt och ätvanor var de komfortabla med att det lagrades men mindre bekväma med data som rörde personlig information såsom möten med familj och vänner (Frennert et al., 2013). Frågor väcktes även kring vem som hade tillgång till den data som samlades in (Milligan et al, 2011; Frennert et al., 2013). Deltagarna ville bara att det skulle vara utvald vårdpersonal som skulle få tillgång till informationen (Frennert et al., 2013).

Support för komplicerad teknik

Det räcker inte att enbart installera e-hälsoteknik. Vårdgivaren måste också se till att den äldre förstår hur den ska användas. Det visade sig att en av deltagarna inte visste om falldetektorn var av eller på. Deltagare glömde även att trycka på larmknappen trots ett olyckligt fall på trappan i trädgården. Äldre använde dessutom tekniken på fel sätt eller anpassade den efter egna behov (Milligan et al., 2010). Äldre föredrog dessutom så få apparater som möjligt. Hellre en integrerad konstruktion som utförde fler uppgifter och som var enkel att använda. Ju fler konstruktioner de äldre hade desto färre användes (Frennert et al, 2013). En e-hälsoanvändare beskrev att bytet av batteri var för komplicerat att genomföra på egen hand och det ledde till att falldetektorn låg oanvänd över jul och nyår då det var svårt att få hjälp under den perioden (Greenhalgh, Procter, Wherton, Sugarhood, Hinder & Rouncefield, 2015). Flera äldre beskrev också att undervisningen gick för snabbt och att de kände sig dumma att behöva fråga eller berätta att de inte hade förstått (Greenhalgh et al., 2015; Frennert, et al., 2013). Många äldre behövde påminnelser för att komma ihåg att använda teknologin. De uttryckte också att de önskade upprepade instruktioner (Frennert et al., 2013). De som hade uppmuntran från vänner, familj och anhöriga använde teknologi oftare och tyckte att det var mer användbart. De som varken hade en sjuksköterska som följde upp eller uppmuntran av anhöriga använde inte teknologin (Blusi et al., 2013). Familjemedlemmar och anhöriga behövdes för att hjälpa till vid installation och lösa tekniska problem som uppstod längst vägen. Flera deltagare tyckte att de anhöriga skulle involveras vid installation och beställning för att skapa bättre lösningar och för att därefter kunna be dem om hjälp vid behov. Deltagarna önskade också en personlig kontakt med de som kunde ge tekniskt stöd för att lättare kunna be om hjälp (Greenhalgh et al, 2015). Det är alltså av vikt att både den äldre vårdtagaren och de informella och formella vårdgivare förstår den teknologi som installeras (Milligan et al., 2010; Greenhalgh et al. 2015).

Individanpassade lösningar

Det behövs individuella lösningar för att e-hälsa ska fungera effektivt för den äldre vårdtagaren (Greenhalgh et al., 2015; Roberts et al. 2015; Gale et al., 2013). En e-hälsoanvändare föredrog en surfplatta framför en bärbar dator eftersom fingrarna var så klumpiga så det var svårt att använda musen. En annan deltagare kunde inte delta i gruppövningar via TV-monitor eftersom hörseln var dålig. Äldre beskrev att det var svårt att behålla koncentrationen en längre stund i samband med tekniska moment

(Roberts et al., 2015). Ofta visade sig installerad teknik inte vara anpassat till vårdtagarens behov och livsstil. Vissa äldre hade hund som påverkade rörelsedetektorn, andra tyckte inte om att gå upp tidigt på morgonen för att koppla upp sig med fjärrövervakningen eftersom det tog tid för dem och deras kropp att komma igång. En del hade dålig hörsel medan andra hade dålig syn. E-hälsa måste skraddarsys efter vårdtagarens förutsättningar. Dessutom ser sjukdomsbilden och behovet olika ut för olika individer. En del uppskattade övervakningen medan andra upplevde den som obehagligt (Greenhalgh et al., 2015; Roberts et al., 2015). Samarbete mellan olika aktörer; den äldre, anhöriga, vårdpersonal och teknikleverantörer var viktig för att individuella lösningar skulle fungera (Greenalgh et al., 2015).

Ökad tillgänglighet för vård

Äldres erfarenheter var att vården blev tillgängligare när de fick tillgång till e-hälsa. Om det blev dåliga värden i samband med fjärrövervakningen kontaktades de omgående av sin sjuksköterska eller läkare (Fairbrother et al., 2012). Deltagare uttryckte att vetskapen om att någon dyker upp på skärmen genom att trycka på en knapp var en lättnad, då det tidigare tog lång tid för vårdpersonal att fysiskt komma på hembesök (Blusi et al., 2013). Flera deltagare uttryckte att de uppskattade att slippa transportera sig för att vården skulle bli tillgänglig. Genom videokonferens kunde strokepatienter få tillgång till självhjälpsgrupper. (Taylor et al., 2011). De äldre trodde att e-hälsa skulle generera i snabbare och bättre kontakt med vården (Frennert et al., 2013)

Diskussion

Metoddiskussion

En inledande osystematisk sökning gjordes för att få en uppfattning om befintlig forskning inom valt problemområde. Sökningen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. En överblick av ämnet skapades och relevanta sökord identifierades. Därefter utfördes en strukturerad litteratursökning vilket ger pålitlighet till studien. Databaserna Cinahl och Pubmed valdes eftersom de innehåller vetenskapliga artiklar inom omvårdnad, samt är de största databaserna. Genom att hitta artiklar i dessa databaser gav trovärdighet till studien. Sökningar i databasen Eric gav inga resultat vilket var en svaghet eftersom denna databas innehåller vetenskapliga studier inom undervisning vilket kan vara relevant för syftet. För att hitta aktuell forskning gjordes en tidsbegränsning i databaserna där enbart studier utförda de sista 10 åren inkluderades. Detta tidsintervall skulle kunnat vara snävare då det visade sig att de flesta studier som inkluderades var utförda de sista fem åren. Enbart två resultatartiklar var äldre, dessa var utförda 2008 och 2010. Detta ger trovärdighet till studien då det bearbetade forskningsmaterialet är aktuellt. Sökorden i Cinahl valdes genom synonymer i thesaurus: telehealth, elderly, experience och use. Dessa kombinerades enligt boolesk sökning. Dessutom gjordes en trunkering av experience*

för att utöka sökningen. Det lästes 113 abstrakt vilket genererade i 12 artiklar att granska.

Sökorden i PubMed skapades genom MeSH-termerna; ehealth, telemedicine, aged, elderly, health services for aged och experience. I PubMed gjordes en avgränsning avseende ålder på deltagarna (+65) vilket anses vara en styrka då det genererade i ett större antal artiklar som var relaterat till syftet. Det lästes 166 abstrakt och nio artiklar granskades. Den första sökningen i PubMed gav 694 artiklar och valdes inledningsvis bort då det ansågs vara för många att hantera men behövdes sedan eftersom den generera i tre resultatartiklar. Detta ger pålitlighet till studien. Sökningar med nursing och caring genomfördes i både Cinahl och Pubmed men gav inga artiklar som relevanta för syftet

Under granskningen exkluderades artiklar som enbart hade vårdgivarens och anhörigas perspektiv. Artiklar som fokuserade på teknologin eller enbart visade ekonomiska aspekter inom e-hälsa exkluderades också. Artiklar som visade flera perspektiv, inklusive den äldres, inkluderades (Courtney et al., 2008; Frennert et al., 2013; Roberts et al., 2015; Milligan et al., 2010) för att inte förlora relevant information. Efter granskning valdes nio artiklar ut som motsvarade syftet. En tionde artikel hittades genom en manuell sökning via referenslista i Omvårdnadens grunder (Sävenstedt, 2014). Fördelningen män och kvinnor var lika bland deltagarna. I två studier hade skribenterna valt deltagare från 60 respektive 57 år. Upplevelser och erfarenheter uttryckta av yngre deltagare i dessa två artiklar har inte använts till denna litteraturstudie men kan ändå ha påverkat de enskilda studiernas resultat. I studien om hur KOL-patienter hanterar sin sjukdom med hjälp av e-hälsa finns det flera olika åldersgrupper men med fokus på åldersspannet 65-74 år. I en artikel där deltagarna drabbats av stroke deltog även några yngre (48-84 år) men med en medelålder på 66,2 år. Även här har fokus varit vad de äldre i åldersspannet uttryckt avseende erfarenheterna av e-hälsa. Det var en svaghet att utvalda artiklar inte höll sig inom valt åldersspann men utan dessa artiklar hade antalet resultatartiklar varit för få. Tre av resultatartiklarna fokuserade på e-hälsoanvändare med kroniska sjukdomar (Taylor et al., 2012; Fairbrother et al., 2013; Gale et al., 2012) och en artikel fokuserade på äldre e-hälsoanvändare med kronisk smärta (Roberts et al., 2015). Detta kan vara en svaghet eftersom erfarenheterna vid en kronisk sjukdom eller kronisk smärta inte nödvändigtvis är överförbart på äldre utan kronisk sjukdom eller smärta. En rapport från Vårdanalys (2014) visade att 85 procent av den äldre befolkningen lider av minst en kronisk sjukdom och av dessa har 66 procent två eller flera kroniska sjukdomar. Dessutom lider 90 procent av äldre med vårdinsatser i hemmet av kronisk sjukdom (Vårdanalys, 2014). Detta gör att de tre artiklarna likväl har stor relevans för denna litteraturstudie.

Två artiklar innehöll studier som fokuserade på e-hälsa för äldre i glesbygd (Blusi et al., 2013; Roberts et al., 2015). Detta kan vara en svaghet då det inte behövde vara överförbart på äldre i urbana områden. Samtliga studier var utförda i västvärlden där tillgången till internet och teknisk utveckling generellt torde vara densamma och därmed överförbart inom västvärlden. Det var dock en svaghet att resultatet inte är överförbart utanför västvärlden.

Den vetenskapliga kvaliteten granskades enligt Carlsson och Eimans bedömningsmall (2003). Fem av artiklarna hade hög vetenskaplig kvalitet, tre hade medelhög vetenskaplig kvalitet och två hade låg vetenskaplig kvalitet. De två sistnämnda valdes ut ändå eftersom de svarade väl på syftet och låg nära att klassas som artiklar av medelhög vetenskaplig kvalitet.

E-hälsa på engelska översätts ofta till *telehealth* istället för *e-health*. Inom begreppet *telehealth* ingår *telecare*. *Telecare* är en mer passiv form av e-hälsa såsom monitorer som registrerar och övervakar samt sensorer som larmar vid behov. Aktivare handlingar såsom bibehålla kontakt med vårdgivaren, anhöriga och ingå i videokonferenser brukar kallas *telehealth*. Att det inte finns en självklar översättning av e-hälsa och att det finns många begrepp kopplade till e-hälsa på både engelska och svenska kan ha begränsat sökningarna och kan vara en svaghet. Det fanns ingen förförståelse innan studien påbörjades.

Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen presenteras de kategorier som var mest framträdande i studien; Empowerment i hemvård, Komplement till fysisk kontakt, ”Att känna sig övervakad” och Support för komplicerad teknik.

Empowerment

Enligt resultatet i den här studien skapade e-hälsa empowerment hos äldre i form av ökat självförtroende, oberoende och egenkontroll. Resultatet visade att e-hälsa var ett verktyg för att skapa trygghet och säkerhet för äldre som ville bo kvar i sitt hem (Bowes et al., 2013; Milligan et al., 2011; Blusi et al., 2013). Vetskapen om att det fanns människor tillgängliga vid behov via en webbkamera ingav trygghet för den äldre (Blusi et al., 2013). Genom att äldre bodde kvar i sitt hem kunde de bibehålla sitt sociala nätverk, sin identitet och självständighet (Milligan et al., 2011; Bowes et al., 2013). Detta rimmar väl med en nyare studie som belyste äldres önskan att bo kvar hemma så länge som möjligt (Grimmer, Kay, Foot & Pastakia, 2015). Genom att hälsan kan övervakas via ny teknologi är detta således genomförbart. Enligt resultatet fanns det äldre som föredrog e-hälsa framför traditionell vård. De äldre kände sig osjälvständiga när traditionell vård utfördes eftersom de aldrig visste när de skulle få besök av en vårdgivare utan ”gick och väntade” och ständigt var redo för ett eventuellt besök. Dessa äldre föredrog virtuella besök (Bowes et al., 2013). E-hälsa var alltså ett bra verktyg för att äldre skulle känna sig oberoende och samtidigt kunna bo kvar hemma (Milligan et al., 2011; Bowes et al., 2013). Detta står i kontrast till att flera äldre i studierna uppvisade oro över att förlora fysiska besök till förmån för e-hälsa (Milligan et al., 2011; Frennert et al., 2013). Dessutom beskrev de äldre att de hade svårt att nyttja e-hälsofunktioner på grund av olika funktionsnedsättningar (Greenhalgh et al., 2015; Roberts et al. 2015; Gale et al., 2013). Detta motsägelsefulla resultat tyder på att e-hälsa bör individanpassas för att fungera optimalt vilket återspeglas i Svensk sjuksköterskeförenings (2016) publikation om personcentrerad vård: ”Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse

och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet” (s. 1).

Resultatet i denna studie beskrev flera äldre med kroniska sjukdomar att de lärde känna sig själva och sin sjukdom (Fairbrother et al., 2012; Gale et al., 2012). E-hälsa skapade självförtroende att göra egna bedömningar (Fairbrother et al., 2012) och legitimerade kontakten med vården (Gale et al., 2012). Resultatet styrks av en tidigare studie av Topac och Stoicu-Tivadar (2011) som beskrev att tillgången till medicinsk information var av vikt för att stärka en individs empowerment. En tidigare studie av Riley, Gabe och Cowie (2012) om fjärrövervakning av vårdtagare med hjärtsvikt stärker resultatet i denna studie ytterligare. Studien visade att fjärrövervakning skapade empowerment hos vårdtagarna. Med hjälp av en sjuksköterska fick vårdtagarna kunskap om datan de uppmätte och hur den korrelerade med symtom de kände. De upplevde att de fick självförtroende att utföra egenvård (Riley, Gabe & Cowie, 2012). Eftersom 80 procent av alla äldre lider av minst en kronisk sjukdom (Vårdanalys, 2014) är det av stor betydelse för äldre att få tillgång till e-hälsa eftersom det i den här studien har visat sig vara ett effektivt sätt att skapa empowerment och därmed hantera kroniska sjukdomar. Detta harmonierar bra med Orem's egenvårdsteori (2001) som betonar vårdtagarens ansvar för sin hälsa och att omvårdnadens mål är att hjälpa vårdtagaren till självständighet. Egenvården ska vid behov utföras med hjälp av vårdpersonal och sjuksköterskans roll är viktig i egenvårdsprocessen (Orem, (2001)).

Den här studien visade att e-hälsa var särskilt användbart för de äldre som ville bo kvar i sitt hem eftersom det stärkte individen i dess empowerment. E-hälsa kunde även vara ett effektivt verktyg för äldre med kroniska sjukdomar eftersom det skapade empowerment genom att vårdtagaren lärde känna sig själv och sin sjukdom. För att vården ska kunna använda e-hälsa i syftet att stärka en äldre individs empowerment är det av vikt att lära känna den äldres preferenser. Denna studiens resultat visar att det finns stor anledning för vården att skapa e-hälsolösningar anpassade för kroniska sjukdomar.

Komplement till fysisk kontakt

E-hälsa ersatte inte, utan fungerade mer som ett komplement till, fysisk kontakt. Resultatet i denna studie visade att många äldre var oroliga för att den sociala interaktionen skulle minska vid implementering av e-hälsa och att den fysiska kontakten skulle ersättas av e-hälsa (Milligan et al., 2011; Frennert et al., 2013) då traditionella hembesök utgjorde en stund av småpratande med vårdpersonalen och en länk till samhället (Roberts et al., 2015). Emellertid så blev deras erfarenheter, efter att ha provat tjänster inom e-hälsa, att den sociala interaktionen istället ökade. Det stämmer väl med Percival och Hanssons (2006) tidigare studie som visade att äldre ibland använde e-hälsosystem som alarm för att komma i kontakt med andra

människor när de kände sig ensamma. Studien belyste vidare att e-hälsa inte ersatte fysiska möten (Percival & Hansson, 2006). Resultatet i den här litteraturstudien visade emellertid att ny teknologi istället kunde gynna den sociala interaktionen för äldre som var mindre mobila eller hade anhöriga och familj på långt geografiskt avstånd (Frennert et al., 2013). Genom ny teknologi kunde äldre hålla kontakt med familj och få en inblick i sina barnbarns vardagsliv (Frennert et al., 2013; Blusi et al., 2013). En tidigare studie visade att tillfredsställande vänskap och social interaktion hade stark korrelation till självuppfattad hälsa (Friorillo & Sabatini, 2011). Dessutom visade den här studien att e-hälsa kunde vara avgörande för att äldre blev kvar i sitt hem och därmed bibehöll sitt umgänge i området (Bowes et al., 2013; Milligan et al., 2011). Detta bekräftas av Farmer, King, Farrington och MacLeods studie (2010) som visade att äldres önskan var att stanna i sitt hem så länge som möjligt och vara så oberoende som möjligt, -e-hälsa var ett bra verktyg för att uppfylla dessa önskemål. Resultatet i den här studien pekar på att gruppbaseade videokonferenser kunde ge stöd, gemenskap och social interaktion med likasinnade när fysiska förflyttningar var svåra eller omöjliga (Taylor et al., 2011). Gruppbaseade videokonferenser kunde även ge äldre vårdtagare en känsla av gemenskap (Taylor et al., 2011). Det visade sig i den här studien att e-hälsa kunde underlätta livet för äldre i glesbygd. Genom e-hälsa kunde de upprätthålla kontakt med olika vårdenheter samtidigt som de fick möjlighet att stanna längre i sin hemmiljö (Roberts et al., 2015). En tidigare studie visade att många äldre lever i glesbygd (Blake, 2009) och enligt SCB (2015) kommer andelen äldre i glesbygden att öka framöver. Resultatet i den här studien visade att e-hälsa kunde agera som ett komplement till traditionell vård och därmed gynna den äldres välmående men att e-hälsa inte ersatte traditionella hembesök. Det överensstämmer med resultatet i en tidigare studie av Percival et al. (2006) där vikten av det fysiska mötet belystes eftersom det ofta var ett tillfälle för en sjuksköterska att fånga upp den äldres hälsotillstånd utöver utförandet av kliniska uppgifter. Det finns kontraster i denna studies resultat avseende äldres förhållningssätt till mänsklig kontakt via en skärm. En del tyckte att en skärm kunde ersätta ett traditionellt besök (Taylor et al., 2011; Frennert et al., 2013) medan andra föredrog att ses fysiskt (Blusi et al., 2013). Detta tyder på att inställningen till virtuell kontakt är individuell och att det inte går att dra generella slutsatser.

Resultatet i denna studie bekräftar Travelbees teori om att mellanmänskliga relationer behövs för att lindra lidandet (Travelbee, 1977). Travelbee (1977) menar att det måste finnas en interaktion mellan sjuksköterskan och vårdtagaren för att uppnå god omvårdnad. Enligt den här studien kunde e-hälsa vara en tillgång för att upprätthålla den äldres sociala nätverk och kontakt med vården men ska inte ersätta fysiska möten. Utmaningen för vården och sjuksköterskan blir att presentera fördelarna med e-hälsa för den äldre vårdtagare; möjligheten att stanna i sin hemmiljö med hjälp av vård på distans och fördelarna med virtuell social interaktion. Den äldres förhållningssätt till virtuell kontakt är dock individuell och behöver beaktas vid implementering av ny teknologi.

Att känna sig övervakad

Enligt resultatet i den här studien upplevde en del äldre att viss teknologi ingav en känsla av övervakning och att tekniken inkräktade på deras privatliv (Courtney et al., 2008; Milligan et al., 2011). Denna känsla av intrång i privatlivet gjorde att några äldre valde bort e-hälsa (Courtney et al., 2008). Detta resultat stämmer väl överens i en jämförelse med Percival et al. (2006) studie som visade att e-hälsa ofredade många äldres privatliv och att äldre upplevde större självkontroll om de fick förfoga över sitt privatliv utan insyn. Äldre ville inte uppfattas som svaga och osjälvständiga individer (Percival et al., 2006). Detta rimmar dåligt med den del av resultatet i den här studien som visade att e-hälsa var ett verktyg för empowerment. Detta kan förklaras med att det fanns skillnader på teknologi som övervakade såsom sensorer som registrerade rörelsemönster och fjärrövervakning av hälsotillstånd där den äldre var passiv (Milligan et al., 2011; Courtney et al., 2008; Frennert et al., 2013) och den teknologin som äldre aktivt valde att använda (Roberts et al., 2015; Fairbrother et al., 2013; Gale et al., 2013; Taylor et al., 2012; Bowes et al., 2013). Den förstnämnda typen av teknologi uppfattades som mer integritetskränkande än den sistnämnda där den äldre utövade mer kontroll. Resultatet i denna studie visade dock att de flesta äldre agerade pragmatiskt och insåg att fördelarna övervägde nackdelarna med teknologi som övervakar (Courtney et al., 2008). Skillnaderna i agerandet kan bero på hur e-hälsa presenterades för den äldre vårdtagaren eller hur avvägningen avseende nytta och obehag görs. Denna studie visade att äldre var oroliga över den information som lagrades och vem som hade tillgång till denna (Frennert et al., 2013; Milligan et al., 2011). Det överensstämmer med de äldre i Percival et al. (2006) studie som var oroliga över vem som hade tillgång till den data som samlades in och vad denna information skulle användas till. De var speciellt oroliga över att den skulle användas i ett kommersiellt syfte. När vården hanterar insamlad data kan det vara av vikt att beakta Statens medicinsk-etiska råd (2016) som anser att integritet betyder okränkbarhet eller rätten att inte bli kränkt. Statens medicinsk-etiska råd menar vidare att personlig integritet är att förfoga över information om den egna personen, individen ska ha rätt att behålla vissa saker om sig själv (Statens medicinsk-etiska råd, 2016). Resultatet i denna studie visade att äldre hade stor glädje av e-hälsa men att viss typ av e-hälsa upplevdes som integritetskränkande. Det är viktigt att vårdpersonal individanpassar och implementerar e-hälsa med hänsyn till etiska riktlinjer. Det kan också vara angeläget att etiska riktlinjer uppdateras i takt med att e-hälsa utvecklas för att anpassas till moderna vårdssituationer.

Support för komplicerad teknik

Resultatet av den här studien visade att äldre tyckte att teknik kunde vara komplicerat och att de behövde yngre anhöriga och vänner för att få tekniken att fungera. Att äldre behövde yngre för att tekniken skulle fungera styrks av Terschüren, Mensing och Mekels (2012) studie som indikerade att kunskap och erfarenhet av ny teknik var starkt åldersrelaterad med en minskad medvetenhet i takt med stigande ålder. Flera av de äldre deltagarna i den här studien som hade teknik installerat använde den fel eller

inte alls (Milligan et al., 2010; Greenhalgh et al., 2015). Det stämmer väl överens med Cook, Randhawa, Sharp, Ali, Guppy, Baton, Bateman and Crawford-Whites artikel (2016) som belyste att nya användare blev frustrerade när teknik krånglade och när det krånglade valde användaren helt enkelt bort att använda utrusningen. En av förklaringarna till att teknik användes på fel sätt och valdes bort kan vara att flera äldre upplevde att utbildningen av e-hälsolösningar gick för snabbt, önskade uppföljning av undervisningen och påminnelse att använda den (Greenhalgh et al., 2015; Frennert, et al., 2013). Resultatet i den här studien visade att vid framtagning av nya gränssnitt och design av ny teknologi för äldre slutanvändare bör äldres åsikter, problem och behov vara i fokus. Detta påstående styrks av författarna Obregon och Waisbord (2012) konstaterande att e-hälsa måste drivas framåt med hjälp av användarna och inte av vårdgivarna. Dessutom bör sjuksköterskan tränas i att utbilda de äldre och deras anhöriga i användning av e-hälsolösningar på ett pedagogiskt sätt samt att teknisk support bör vara tillgänglig även efter installation vilket styrks av Arthant, Vroman och Lysacks (2014) studie där det konstaterades att individuella utbildningsprogram, där den inre motivationen stärkts, hade god effekt när äldre skulle lära sig IKT.

Konklusion och implikation

Äldres erfarenheter av e-hälsa visade att ny teknologi kunde generera i empowerment genom att möjligheten att bo kvar hemma stärkte den äldre i sin självkänsla och oberoende. Ny teknologi kunde erbjuda en känsla av delaktighet i samhället, egenkontroll och trygghet genom lätt access till vårdkontakter. Genom fjärrövervakning och andra e-hälsotjänster lärde äldre, med kroniska sjukdomar, känna sin hälsa och dess begränsningar. Virtuella besök kunde aggregera i fler sociala interaktioner samtidigt som det fanns oro hos en del äldre inför att förlora traditionella hembesök och fysisk kontakt med andra människor. E-hälsa kunde dessutom skapa en känsla av att känna sig övervakad och en uppfattning om ett utlämnat privatliv. Många äldre beskrev också att ny teknik kunde vara komplicerat att förstå och använda. Det är av vikt att utveckla e-hälsa på individnivå och förenkla teknik och gränssnitt för att passa den äldre generationen. Äldre med kroniska sjukdomar hade stor nytta av e-hälsa varpå det finns anledning att forska vidare och utveckla tjänster avseende detta och samtidigt se över etiska riktlinjer avseende övervakning och datainsamling. E-hälsa ska vara en omvårdnadsuppgift för sjuksköterskan och ett hjälpmedel för både vårdgivaren och vårdtagaren men ska inte ersätta befintliga vårdrelationer. Det finns möjligheter till både ekonomiska och hälsorelaterade vinster för samhället genom att e-hälsa fungerar. För att detta ska vara genomförbart bör sjuksköterskan utbildas i it-kunskaper samt lära sig att undervisa äldre i e-hälsa på ett pedagogiskt och betryggande vis.

Referenser:

* Resultatartiklar.

Alpay, L., van der Boog, P., & Dumaij, A. (2011). An empowerment-based approach to developing innovative e-health tools for self-management. *Health Informatics Journal*, 17(4), 247-255. doi: 10.1177/1460458211420089

Arthant, S., Vroman, K.G., & Lysack, C. (2014). A home-based individualized information communication technology training program for older adults: a demonstration of effectiveness and value. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(4), 316-324. doi:10.3109/17483107.2014.974219

Berner, J., Rennemark, M., Jogr us, C., & Berglund, J. (2012). Distribution of personality, individual characteristics and internet usage in Swedish older adults. *Aging & Mental Health*, 16(1), 119-126. doi: 10.1080/13607863.2011.602958

Blake, S. (2009). *Subnational patterns of population ageing*. (Population trends, Summer 2009). Office for National Statistics

*Blusi, M., Asplund, K., & Jong, M. (2010). Older family carers in rural areas: experiences from using caregiver support services based on Information and Communication Technology (ICT). *European Journal of Ageing*, 10(3), 191-199. doi:10.1007/s10433-013-0260-1

*Bowes, A., & McColgan. (2013). Telecare for Older People: Promoting Independence, Participation, and Identity. *Research on Aging*. 35(1), 32-49. doi:10.1177/0164027511427546

Brennan, P.F. (2000). Nursing informatics: two foundational developments. *Health Informatics Journal*, 6(3), 127-133. doi: 10.1177/146045820000600303

Brous, E. (2016). Legal Considerations in Telehealth and Telemedicine. *American Journal of Nursing*, 116(9), 64-67. doi: 10.1097/01.NAJ.0000494700.78616.d3

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omv rdsn d. Studematerial f r undervisning inom projektet "evidensbaserad omv rdsn d – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola.

Center för ehälsa i samverkan. (2012). Handlingsplan 2013-2018: *Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eH lsoomr det*.
http://www.inera.se/Documents/OM_OSS/handlingsplan_2013_2018.pdf

- Condellius, A., Edberg, A-K., Rahm Hallberg, I., & Jakobsson, U.(2010). Utilization of medical healthcare among people receiving long-term care at home or in special accommodation. *Scandinavian Journal of Caring Science*.24, 404-413. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00725.x
- Cook, E.J., Randhawa, G., Sharp, C., Ali, N., Guppy, A., Barton, G., Bateman, A., & Crawford- White, J. (2016). Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: a nested qualitative study of patient ‘users’ and ‘non-users’ . *BMC Health Services Research*. 17(137), 1-20. doi:10.1186/s12913-016-1379-5
- *Courtney, K. L., Demiris, G., Rantz, M., & Skubic, M. (2008). Needing smart home technologies: the perspectives of older adults in continuing care retirement communities. *Informatics in Primary Care*,16(3). 195-201.
- Davoody, N., Koch, S., Krakau, I., & Hägglund, M. (2016). Post-discharge stroke patients’ information needs as input to proposing patient-centered eHealth services. *BMC Medical Informatics and Decisions Making*.16(66). doi: 10.1186/s12911-016-0307-2
- Demiris, G., & Hensel, K. (2008). Technologies for an aging Society: A systematic Review of “Smart Home” Applications. *Yearab Med Inform*, 2008. 33-40.
- Ernst & Young AB. (2014). *eHälsa- involvera eller saboterar?: Framgångsfaktorer inom eHälsa*. Stockholm: Ernst & Young AB.
[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/eHalsa _
involverar eller saboterar/\\$FILE/EY-eHalsa-studie140619.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/eHalsa_-_involverar_eller_saboterar/$FILE/EY-eHalsa-studie140619.pdf)
- Europeiska kommissionen. (2015). *IKT för e-hälsa: Stärka samhällets förmåga att utnyttja e-hälsoteknik med fokus på en åldrande befolkning*. Hämtad 2016-10-06, från http://ec.europa.eu/regional_policy/sv/projects/major/norway/ict-for-health-strengthening-social-capacities-for-the-use-of-e-health-technologies-by-the-ageing-population
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2). 20. doi:[10.2196/jmir.3.2.e20](https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20)
- *Fairbrother, P., Pinnocll, H., Hanley, J., McCloughan, L., Sheikh. A., Pagliari. C., & McKinstry, B. (2013). Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study embedded in a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 93, 403-410.
- Farmer, J., Philip, L., King, G., Farrington, J., & McLeod, M.(2009). Territorial tensions: Misaligned management and community perspectives on health

services for older people in remote rural areas. *Health Place*. 16(2), 275-283.
doi:10.1016/j.healthplace.2009.10.010

Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2011) Quality and quantity: The role of social interactions in self-reported individual health. *Social Science and Medicine*. 73(11), 1644-1652. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.007

Folhälsomyndigheten. (2014). *Åldrande befolkning*. Hämtad 2016-10-06, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/aldrande-befolkning/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering: analys och presentation av omvårdnadsforskning. Lund: Studentlitteratur

*Frennert, S.F., Forsberg, A., & Östlund, B. (2013). Elderly People's Perceptions of a Telehealthcare System: Relative Advantage, Compatibility, Complexity and Observability. *Journal of Technology in Human Services*, 31(3), 218-237. doi: 10.1080/15228835.2013.814557

*Gale, N. & Sultan, H.(2013). Telehealth as 'peace of mind': embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. *Health & Place*, 21(2013), 140-147.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16(3), 354-361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x

González, A., Paz Ramírez, M., & Viadel, V. (2012). Attitudes of the Elderly Toward Information and Communications Technologies. *Educational Gerontology*, 38(9), 585-594. doi: 10.1080/03601277.2011.595314

*Greenhalg, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, J., Hinder, S., & Rouncefield, M. (2015). What is quality in assisted living technology? The ARCHIE framework for effective telehealth and telecare services. *BioMed Central Medicine*, 13(91). doi: 10.1186/s12916-015-0279-6.

Greenhalgh, T., Wherton, J., Sugarhood, P., Hinder, S., Procter, R., & Stones, R. (2013). What matter to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare. *Social Science and Medicine*, 93, 86-94.

Grimmer, K., Kay, D., Foot, J. & Pastaki, K. (2015). Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging*, 4(10). 1803-1811. doi:10.2147/CIA.S90672

- Hartweg, D. L. (1995). Dorothea Orem. Teorin om egenvårdsbalans. (Selander, L. C., Schmieding, N. J., & Hartweg, D.L.), *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV* (s53-115). Lund: Studentlitteratur
- van Houweligen, C.T., Moerman, A.H., Ettema, R.G., Kort, H.S., & Ten Cate, O. (2016) Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse Education Today*, 39,50-62. doi: 10.1016/j.nedt.2015.12.025.
- Hussey, P., Adams, E., & Shaffer, F. A. (2015). Nursing Informatics and Leadership, an Essential Competency for a Global Priority: eHealth. *Nurse Leader*, 13(5), 52-57. doi: 10.1016/j.mnl.2015.07.002
- Karolinska Institutet.(u.å.) *Svensk MeSH*. Hämtad 2016-10-19 från <https://mesh.kib.ki.se>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (sid. 70-91). Lund: Studentlitteratur AB
- Larner, A. J. (2006). Searching the Internet for medical information: Frequency over time and by age and gender in an outpatient population in the UK. *Journal of Nursing care Quality*, 20(4), 335-340.
- *Miligan, C., Roberts, C., & Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? *Social Science & Medicine*, 72 (3), 437-354. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.014
- Murphy, J. (2011). Engaging Patients and Families in eHealth. *Nursing Economics*, 29(6), 339-341.
- Murray, P.J., Park, H-A., & Delaney, C. (2006) *Consumer- Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. IOS Press
- Nagl, A., Witte, J., Hodek, J.M., & Greiner, W. (2011). Relationship between multimorbidity and direct healthcare costs in an advanced elderly population. Results of the PRISCUS trial. *Z Gerontol Geriat*. 45,146-154. Doi: 10.1007/s00391-011-0266-2
- NE Nationalencyklopedin AB (2016). *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2016.10-27 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/empowerment>
- Obregon, R, & Waisbord, S. (2012). *The Handbook of Global Health Communication*. New Jersey: Wiley-Blackwel
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby inc.

- Organisationen för Ekonomiskt Samarbete. (2013). *Economic Policy Reforms 2013: Public spending on health and long-term care: a new set of projections*.
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>
- Percival, J., & Hanson, J. (2006). Big Brother or brave new world? Telecare and its implications for older people's independence and social inclusion. *Critical Social Policy*.26(4), 888-909. doi: 10.1177/0261018306068480
- Riley, J. P., Gabe, J. PN., & Cowie, M. R. (2012). Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 22(17-18), 2444-2455. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04294.x
- *Roberts, A., Philip, L., Currie, M., & Mort, A. (2015). Striking a balance between in-person care and the use of eHealth to support the older rural population with chronic pain. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, doi:10.3402/qhw.v10.27536
- Saner, H. (2013). eHealth and telemedicine: current situation and future challenge. *European Journal of Preventive Cardiology*, 30(2), 1-2.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2015). *Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar*. Falun: Edita Brobergs AB.
- Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst: Lägesrapport 2015*. Falun: Edita Brobergs AB
- Socialstyrelsen. (2016). *Vård och omsorg om den äldre: Lägesrapport 2016*. Falun: Edita Brobergs AB
- Statens Medicinsk-Etiska Råd. (2016) *Intergritet*. Hämtad 2016-11-20 från <http://www.smer.se/etik/integritet/>
- Statistiska Central Byrån.(2016). *Sveriges framtida befolkning 2016-2060*.
http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401_2016I60_SM_BE18SM1601.pdf
- Statistiska Central Byrån (2105). *Sveriges befolknings ökar - men inte i hela Sverige*. Hämtad 2016-11-17 från http://www.scb.se/sv/_hitta-statistik/artiklar/sveriges-befolkning-okar--men-inte-i-hela-landet/
- Stowe, S., & Harding, S. (2010) Telecare, telehealth and telemedicine. *European Geriatric Medicine*, 1(3), 193-197. doi:10.1016/j.eurger.2010.04.002
- Svensk Sjuksköterskeförening.(2016). *svensk Sjuksköterskeförening om: Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

- Sävenstedt, S., (2014). eHälsa som stöd i omvårdnadsarbetet. Ehrenberg, A., & Wallin, L. (Red.) *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. (s.359-379). Lund: Studentlitteratur.
- *Taylor, DM., Stone, SD., & Huijibregts. (2011). Remote participants' experiences with a group-based stroke self-management program using videoconference technology. *Rural and Remote Health*, (12).
- Terschüren, C., Mensing, M., & Mekel, O. CL. (2012). Is telemonitoring an option against shortage of physicians in rural regions? Attitude towards telemedical devices in the North Rhine- Westphalian health survey, Germany. *B M C Health Services Research*, 12(95). doi: 10.1186/1472-6963-12-95
- Topac, W., Stoicu.Tivadar, V. (2013) Patient Empowerment by Increasing the Understanding of Language for Layer Users. *Methods of Information in Medicine*. 52(5), 454-462. doi:10.3414/ME12-02-0006
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis, Cop
- Vårdanalys. (2014). *Vården ur patienternas perspektiv- jämförelse mellan Sverige och 10 andra länder*. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Vårdanalys (2014) *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kroniska sjukdomar*. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys
- Världshälsoorganisationen, WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneve: WHO
- Wootton, R., Loane, M., Mair, F. Moutray, M., Harrisson, S., Sivananthan, S., Allen, A., Doolittle, G., & McLernan, A. (1998). The potential for telemedicine in home nursing. *The Journal of Telemedicine and telecare*. 4(4), 214-218
- Östlundh, L. (2016). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s57-80). Lund: Studentlitteratur

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	PubMed
E-hälsa	Telehealth, Telemedicine (Thesaurus)	eHealth (MeSH)
Äldre	Elderly, Aged, Older, Geriatric	Healthservice for aged (MeSH)
Erfarenhet	Experience* (fritext)	Experience* (fritext)
Användning	Use	Use

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
161018	Cinahl	telehealth AND elderly. Limits: Publish date between 2006-2016, research articles, peer reviewed	40	33	3	3
161018	Cinahl	telehealth AND elderly AND experience Limits: 2006-2016, research articles, peer reviewed	10	10	0	0
161018	Cinahl	telehealth AND elderly AND use Limits: Publish date between 2006-2016, research articles, peer reviewed	17	17	3	0
101025	Cinahl	telehealth OR telemedicine AND elderly OR aged OR older OR geriatric AND experience Limits: publish date between 2006-2016, research articles, peer reviewed	60	53	6	2
161019	PubMed	eHealth AND health services for aged Limits: 2006-2016, age 65+	694	102	3	3
161019	PubMed	eHealth AND health services for aged AND experience Limits: 2006-2016, age 65+	72	40	4	1
161020	PubMed	eHealth AND health services for aged AND use Limits: 2006-2016, age 65+	159	24	2	0
161018	Cinahl Manuell sökning	Older family carers in rural areas: experiences from using caregiver support services based on Information and Communications Technology (ICT)	1	1	1	1

Tabell 3: Artikelöversikt**Artikel 1**

Referens	Blusi, M., Asplund, K., & Jong, M. (2013). Older family carers in rural areas: experiences from using caregiver support services based on Information and Communications Technology (ICT). <i>European Journal of Ageing</i> . 10(3). 191-199. doi: 10.1007/s10433-013-0260-1
Land Databas	Sverige Manuell sökning
Syfte	Syftet med studien var att belysa upplevelsen av Information och Kommunikations Teknik (IKT) baserad stöd utifrån äldres anhörigvårdare i glesbygd.
Metod: Design	Kvalitativ metod Deskriptiv
Urval	Denna studie var en del i en större studie med både kvalitativa och kvantitativa metoder. Deltagare ur den större studien som kom i kontakt med support rekryterades. Studien tog plats i norra Sverige, vilket är glesbefolkat. Utav 63 deltagare i stora studien valdes 33 anhörigvårdare slumpvis ut, två avböjde.
Datainsamling	Inledningsvis samlades bakgrundsfakta kring informanterna in. Semistrukturerade intervjuer genomfördes via webbkamera, på grund av stora geografiska områden. En ämnesguide användes och informanterna uppmanades att prata fritt kring ämnena. Intervjuerna spelades in och transkriberades.
Dataanalys	En kvalitativ innehållsanalys genomfördes. Texten lästes först flertalet gånger för att få en helhet och delades sedan in meningsbärande enheter. Två teman kom att formuleras, att ta till sig ny teknologi med hjälp av andra samt återuppta social integrering.
Bortfall	2 av 33
Slutsats	IKT-baserat stöd kan vara värdefullt i glesbygd. En känsla av lättillgänglighet och att snabbt kunna få hjälp, istället för att behöva vänta flera timmar på traditionellt besök, ger en positivt inställning. Det uppgavs ge en känsla av säkerhet, dels av att kunna bo kvar i sitt hem, men också vetskapen av tillgängligheten via webbkameran. Upplevelsen av att vara mindre isolerad och att lättare kunna hålla kontakt med anhöriga var mycket positivt. Dock föredrogs traditionella besök, där det bland annat kan småpratats om vardagliga händelser.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 88%

Artikel 2

Referens	Bowes, A., & McColgan. (2013). Telecare for Older People: Promoting Independence, Participation, and Identity. <i>Research on Aging</i> . 35(1), 32-49. doi:10.1177/0164027511427546
Land Databas	United Kingdom (UK) PubMed
Syfte	Syftet var att föra fram fördelar och nackdelar med e-hälsotjänster utifrån den äldres perspektiv.
Metod: Design	Kvalitativ metod Explorativ design med semistrukturerade frågor.
Urval	76 äldre informanter rekryterades genom att man sökte volontärer ur fyra kohorter ur en större studie, vilken pågick under tre år, som använde e-hälsotjänster. Fördelningen kön och ålder säkerställdes för att representera ursprungsdeltagarna. 16 anhörigvårdare rekryterades.
Datainsamling	Semistrukturerade kvalitativa intervjuer genomfördes under 20 till 90 minuter. 32 äldre individer intervjuades en gång, 27 st. intervjuades två gånger och 17 st. intervjuades tre gånger, med intervaller på tre månader. Totalt 76 informanter.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades och analyserades. Det gjordes en inledande kodning för att identifiera teman och därefter grupperades materialet. Teman som framkom var identitet, oberoende samt social delaktighet och dess begränsningar.
Bortfall	Redovisas ej
Slutsats	Upplevelse av virtuell kontakt gav den äldre informanterna en känsla av oberoende. Bland annat slapp de förbereda sig och vara redo hela dagen för att invänta eventuellt besök från vårdgivare utan kunde genomföra dessa möten utan störres förberedelser. Det uppskattades av informanterna att kunna bo kvar i hemmet, vilket gjorde att de kunde behålla sin identitet, känsla av självständighet samt upprätthålla sociala kontakter. Den framhölls att virtuell kontakt gav en känsla av säkerhet, kontroll och trygghet då det var lätt att få kontakt och hjälpt snabbt.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II, 73%

Artikel 3

Referens	Courtney, K. L., G., Rantz, M., & Skubic, M. (2008). Needing smart home technologies: the perspectives of older adults in continuing care retirement communities. <i>Informatics in Primary Care, 16</i> (3). 195-201.
Land Databas	USA Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att utforska äldres, på äldreboende, benägenhet att ta till sig smart-home/e-hälsoteknologi.
Metod: Design	En kvalitativt beskrivande metod, med inriktning på Grounded Theory Grounded Theory
Urval	Informanter rekryterades genom att äldre boendes på två äldreboenden eller kommunala bostäder för äldre samt över 65 år tillskickades flyers samt att anslag satte upp på allmänna anslagstavlor.
Datainsamling	Fyra fokusgrupper med 11 unika individer samt semistrukturerade intervjuer med tre individuella intervjuer genomfördes, vilka blev inspelade och sedan transkriberades. Det togs även noteringar. Varje tillfälle avslutades men en genomgång av huvudpunkterna som sagts så att informanterna kunde säkerställa att det var rätt uppfattat. Datainsamlingen pågick i fyra månader under 2006.
Dataanalys	Insamlad data analyserades, kodades samt tematiserades. Konceptuella kartor skapades.
Bortfall	Redovisas ej.
Slutsats	Få informanter ansåg att ”privatlivet” inte var skäl nog att använda inte smart-home, de bedömde att behovet bör vägra tyngre. De kunde inte se sina egna behov av att använda smart-home, men att andra hade behov av tekniken.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II, 79%

Artikel 4

Referens	Fairbrother, P., Pinnock, H., Hanley, J., McCloughan, L., Sheikh, A., Pagliari, C., & McKinstry, B. (2013). Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study embedded in a randomized controlled trial. <i>Patient Education and Counseling</i> , 93, 403-410.
Land Databas	United Kingdom Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att utforska patienter samt vårdgivares synpunkter vid användande av fjärrövervakning som en del av självhantering vid Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL).
Metod: Design	En kvalitativ randomiserade metod användes. Metoden innehöll semistrukturerade intervjuer.
Urval	Informanterna valdes ut ur TELESCOT studien (studie på klinisk och kostnadseffektivitet vid fjärrövervakning vid kronisk sjukdom) och bjöds in via brev sex månader in i studien. Totalt valdes 38 informanter ut. Vårdgivare med erfarenhet av support av fjärrövervakning vid självhantering bjöds in via brev. 32 valdes ut.
Datainsamling	Totalt genererades 70 intervjuer, 38 med informanter samt 32 med vårdgivare.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades och lästes flertalet gånger. Sedan identifierades ett antal kategorier och teman.
Bortfall	<20% (11 av 49)
Slutsats	Informanterna ansåg att fjärrövervakning gav en känsla av befogenhet till självhantering av KOL genom ökad förståelse av sitt tillstånd.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 82%

Artikel 5

Referens	Frennert, S. F., Forsberg, A., & Östlund, B. (2013). Elderly People's Perceptions of a Telehealthcare System: Relative Advantage, Compatibility, Complexity and Observability. <i>Journal of Technology in Human Services</i> , 31(3), 218-237 (20p), doi:10.1080/15228835.2013.814557
Land Databas	Sverige CIHNAL
Syfte	Syftet med forskningen är att skapa insikt i hur äldre användare upplever fördelar och nackdelar av e-hälsosystem såsom GiraffPlus.
Metod: Design	En kombination av kvalitativ och kvantitativ metod användes. Metoden innehöll ostrukturerad intervju med en fokusgrupp samt observation.
Urval	Urvalet gjordes genom att informanterna (60+) bjöds in till en workshop för att diskutera teknologi i vardagslivet. Informanterna hade en eller flera kroniska hälsotillstånd. 20 individer tillfrågades och 11 valde att delta.
Datainsamling	Studien tog plats i en speciellt avsedd lägenhet på Örebro Universitet. Deltagarna videofilmades
Dataanalys	En innehållsanalys genomfördes. Observations anteckningar samt transkriberade intervjuer analyserades deduktivt. Anteckningar och transkriberad data lästes flera gånger och delades in i meningsenheter som sedan kodades och därefter analyserades. Koderna grupperades i subkategorier som sedan placerades i olika teman.
Bortfall	>20% (9 av 20)
Slutsats	Knappt hälften av informanterna ansåg att e-hälsosystem skulle ge dem bättre självkänsla och kontroll över sin sjukdom. Informanterna ansåg att teknik kan vara bra, men att det är allt för svårt och komplicerat. De var viktigt att kunna lita på att tekniken fungerar som den ska och flera behövde påminnelser och instruktioner för dagligen komma ihåg att använda dem, Det framkom dock att de nog skulle kunna lära sig, men föredrog face-to-face. Informanterna tyckte även att tekniken ful i utformningen.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II, 70%

Artikel 6

Referens	Gale, N. & Sultan, H. (2013). Telehealth as 'peace of mind': embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. <i>Health & Place</i> , 21, 140-147.
Land Databas	United Kingdom (UK) Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att dokumentera KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom)-patienters erfarenheter och upplevelser av att använda e-hälsa för att få en förståelse hur det implementeras i vardagslivet.
Metod: Design	Kvalitativ metod användes. Metoden innehöll go-along intervjuer, hybrid mellan intervjuer samt observationer.
Urval	Informanter i en telehealth pilotstudie tillfrågades per brev och därefter kontaktades per telefon. Det ursprungliga syftet var att fånga upp en mångfald bland informanterna, såsom ålder, kön, boendesituation samt stadie i sjukdomen. Totalt 18 individer tillfrågades, 2 hade gått bort under pilotstudien, varav 7 deltog.
Datainsamling	Intervjun tog plats i informantens hem. Båda skribenterna deltog, varav den ena var ansvarig för intervjun och den andra för att notera observationer.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades
Bortfall	(2 av 20)
Slutsats	Alla informanterna var positivt inställda till e-hälsa. De uppgav att de fick större självförtroende i att hantera sin sjukdom då de lärde känna sin sjukdom på ett nytt sätt och därmed gav dem egenkontroll samt visste är när de skulle kontakta vården.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 80%

Artikel 7

Referens	Greenhalg, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, J., Hinder, S., & Rouncefield, M. (2015). What is quality in assisted living thenology? The ARCHIE framework för effectice telehealth and telecare services. <i>BioMed Central Medicine</i> 13,(91). doi: 10.1186/s12916-015-0279-6.
Land Databas	United Kingdom PubMed
Syfte	Syftet var att besvara frågan på vad är kvalitén i utformning, genomförande och användning av e-hälsa samt hur kan denna kvalitét uppnås?
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologiskt. Trefasstudie, (i) intervjuer, (ii) etnografiska fall studie, (iii) workshops
Urval	Sju medelstora till stora teknogileverantörer rekryterades samt 14 omvårdvårdnadsleverantörer valdes ut. 40 äldre med hemtjänst rekryterades till fallstudier.
Datainsamling	Studien innehöll tre faser. Fas ett var inledande intervjuer med sju teknogileverantörer samt 14 omvårdnads leverantörer. 16 semistrukturerade intervjuer hölls. Fas två bestod av detaljerade etnografiska fallstudier av 40 individer i och omkring individens hem för att kartlägga den komplexa hemsjukvården samt sociokulturella behoven för den äldre och dess vårdgivare. 40 hem besöktes flertalet gånger för att skapa sig en bild av informantens liv ser ut. I fas tre tog man fram exempelfall och använde sig av en deltagande metod design där man aktivt försöker aktivera och involvera informanterna för att utforskar hur den äldre och dess familj möjligen skulle kunna arbeta direkt med tekniktillverkaren och vårdgivare för att skapa ändamålsenlig teknik tillsammans med lämplig support för att passa individens vårdbehov samt livsstil. Tio workshops hölls med 61 deltagare. Studien tog plats dels i London men även i Manchester, kända för sin etniska samt socioekonomiska mångfaldhet.
Dataanalys	21 transkriberade intervjuer, 40 individuella fallstudier samt sammanfattningar från 10 workshops användes. Texterna tematiserades Författarna läste sedan enskilt genom texterna och definierade egenskaper för kvalitét vid e-hälsa. Dessa togs sedan upp för diskussion.
Bortfall	Redovisas ej
Slutsats	Det är av stor vikt att e-hälsolösningar är individanpassade och skräddar sys. Opraktiska lösningar används ej och det behövs hjälp av anhöriga för att installera och lösa tekniska problem. Finns ej anhörig kan väldigt små bekymmer, såsom att byta ett batteri, vara oöverstigligt. Teknik upplevs vara väldigt komplicerat, om det tar tid att lära sig förstå samt hantera. Detta gör att tekniken ej lyckas spara varken tid eller insatser. Det behövs samarbeten mellan olika instanser såsom hemtjänst, distriktsköterskor, anhöriga etc. samt att engagera de sociala tillgångar den äldre har för att skapa bra individuella lösningar. Tekniken idag begränsar möjligheterna till individanpassade e-hälsotjänster.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 88%

Artikel 8

Referens	Milligan, C., Roberts, C., & Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? <i>Social Science & Medicine</i> , 72 (3), 437-354. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.014
Land Databas	United Kingdom (UK) PubMed
Syfte	Syftet var att belysa äldres uppfattningar om e-hälsa och vårdinteraktioner som sker i hemmet, samt hur ny vårdteknologi kan omforma traditionellt vårdarbete i hemmet.
Metod: Design	Kvalitativ metod Etnografisk paneldata.
Urval	Flera länder var med i den stora ursprungsstudien. I denna studie valdes det att fokusera på redan insamla data utifrån UK.
Datainsamling	Det användes insamlad data från en EU-finansierad studie som pågått under fyra år, uppdelat i två intervaller 2006-2007 samt 2008-2010 där data till denna studies syfte valdes ut samt att det fokuserades på UK (flera andra länder var med i ursprungsstudien).
Dataanalys	För att utröna hur slutenvårds-, öppenvårds- och hemsjukvårdsåtgärder har för effekt på e-hälsoteknikanvändning i hemmet gjordes en begreppsmässig jämförelse. Med användning av Serres <i>Atlas</i> växte enheter fram vilka kunde liknas vid den typ av vård ”övervakning” som fanns förr på institutioner, vårdinrättningar.
Bortfall	Redovisas ej
Slutsats	Studien visade på att informanterna hade självständighet och kontroll över sitt liv med hjälp av teknologin. Det fanns en oro över att teknologin skulle ersätta den fysiska kontakten, den bör vara ett komplement inte substitut. Det framkom även att det var viktigt att förstå hur teknologin fungerade, det vill säga räcker inte att bara installera, samt att det behövs kontinuerlig ”utbildning”. Det lyftes även upp att teknologin ofta glömdes bort att användas, ofta på grund av oförståelse av hur den fungerade.
Vetenskaplig kvalitet	Grad III, 54%

Artikel 9

Referens	Roberts, A., Philip, L., Currie, M., & Mort, A. (2015). Striking a balance between in-person care and the use of eHealth to support the older rural population with chronic pain. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 10, doi:10.3402/qhw.v10.27536
Land Databas	United Kingdom PudMed
Syfte	Studien hade tre syften. 1, Vilken typ av social och personlig interaktion förekommer mellan hemtjänst och den äldre individen med kronisk smärta. 2, Vilka aspekter av social och personlig interaktion värdesätter äldre på landsbygden med kronisk smärta. 3. Hur kan e-hälsoteknologi bli en viktig del vid hemtjänsten i framtiden.
Metod: Design	Kvalitativ metod. Empirisk, det gjordes observationer samt semistrukturerade intervjuer.
Urval	Ett geografiskt område, en ö med bara glesbygd, valdes utanför Skotska höglandet. Det pågick inga e-hälsoaktiviteter i området under studiens gång. Alla allmänna kliniker i området kontaktades via brev, och för att delta krävdes att de hade lämpliga patienter. Fem vårdgivare valdes, fyra kvinnliga och en manlig. Lämpliga patienter rekryterades genom olika vårdgivare då meningen var att både vårdgivare och patienten skulle delta. Inklusionskriterierna för patienterna var ålder 60-79, erfarenhet av kronisk smärta, regelbundna hembesök av hemtjänst, bo på glesbygden, ingen erfarenhet av hälsorelaterad teknologi för att hantera sin smärta. Åtta informanter passade enligt inklusionskriterierna varav sju ansågs lämpliga. En avböjde därav sex informanter vilka endast var kvinnliga.
Datansamling	Datansamling genomfördes via sex detaljerade observationer i hemmiljön samt sex efterföljande semistrukturerade intervjuer med den äldre patienten samt därefter intervjuer med dess vårdgivare.
Dataanalys	Observationerna analyserades via två strukturerade metoder, en social och personlig interaktions-observations schema samt en två-dimensionellt social interaktions skala. Observationerna varade mellan 30 och 75 min. och interaktionerna klassades som antingen professionella eller sociala samt fysiska eller verbala. Äldre patienter samt vårdgivare intervjuades separat, varav de äldre patienterna direkt efter observationen. Intervjuerna transkriberades och tematiserades för att sedan kodas.
Bortfall	(2 av 8)
Slutsats	Merparten av interaktionerna vid observationerna var av professionell karaktär, men det observerades även andra sysslor som inte ingick i vårdgivarens arbetsbeskrivning liksom hushållssysslor, vilket går förlorat utan klassiska hembesök. Många informanter sa att de hörde för dåligt och därmed läste på läpparna, vilket kan vara svårt med ny e-hälsoteknologi. Det framkom att den sociala kontakten är mycket viktig, såsom lättsamma konversationer då den äldre patienten till exempel kan få en möjlighet att följa med i vad som händer i samhället, prata om gångna tider och så vidare. Något som framkom flertalet gånger utifrån den äldre patienten var vikten av individanpassning. Alla är olika och för äldre kan teknik vara skrämmande, därför bör e-hälsoteknologin förenklas och göras lätthanterlig för varje individ.
Vetenskaplig kvalitet	Grad III, 66%

Artikel 10

Referens	Taylor, DM., Stone, SD., & Huijibregts. (2011). Remote participants' experiences with a gruppbaserat stroke self-management program using videoconference technology. <i>Rural an remote Health</i> , (12).
Land Databas	Canada Pubmed
Syfte	Syftet med studien var att undersöka MOST-Telehealth Remote (Moving on after Stroke, gruppbaserat självhjälpssystem för stroke patienter via videokonferenser), deltagares uppfattning kring programmet samt faktorer som ökar eller minskar deltagandet i videokonferenser och samla in förslag för att förbättra grupprogrammen och öka deltagandet.
Metod: Design	Kvalitativ metod. Hermeneutisk. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes.
Urval	Patienter som fått stroke för mellan 3-18 månader och deras vårdgivare samt deltagare ur MOST-TR programmet kontaktades via brev. Urvalet skedde under åtta månader. 27 informanter kontaktades. 19 deltog varav 12 stroke patienter samt sju vårdgivare. Dock valde de patienter som tackat nej till att delta i MOST-TR även att tacka nej till denna studie, vilket kan ha gett ett missvisande resultat.
Datainsamling	Intervjuerna skedde i det egna hemmet hos alla informanter utom fyra. Man valde att fokusera på fyra områden under kategorin upplevelser av gruppbaserad videokonferens och använde då en intervjuguide. Intervjuerna spelades in digitalt och varade mellan 30 till 60 minuter och hölls av författaren ett som sedan tidigare hade någon form av kontakt med informanterna. Direkt efter intervjuerna spelade intervjuaren inte reflektioner samt försökte skapa någon form av mönster.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades, granskades och läste flertalet gånger. Insamlad data kodades, analyserades och jämfördes med tidigare material. En tematisk hermeneutisk analys gjordes. En extern kommitté gick igenom analysen.
Bortfall	(8 av 27)
Slutsats	Informanterna inkom med både positiv samt negativ respons. De uppskattade gruppövningarna via videokonferenserna men menar att de betar sig annorlunda än om det vore i samma rum, ändock uppger hälften av informanterna sig ha en känsla av att vara i samma rum Det var uppskattat att slippa transportera sig till möten och att istället kunna genomföra dem från hemmet.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 88%

Magdalena Lehmann Jakobsson
Jessica Staël von Holstein



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se