



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Äldre personers syn på e-hälsa

En litteraturstudie

Författare: Alexandra Möser & Maria Bengtsson

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Äldre personers syn på e-hälsa

En litteraturstudie

Older people's views on e-health

A literature review

Författare: Alexandra Möser & Maria Bengtsson

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: E-hälsa är ett snabbt växande område inom hälso- och sjukvården som har möjlighet att möta äldre personers behov. Äldre personer har ett intresse av att använda e-hälsa då det har potentialen att ge dem bättre insikt i deras vård i form av tillgänglig hälsoinformation. Äldre personer är dock osäkra på sin kompetens när det kommer till användning av teknik. **Syfte:** Att belysa äldre personers erfarenheter av e-hälsa. **Metod:** Litteraturstudie där resultatet bygger på analys av åtta valda studier med kvalitativ data. **Resultat:** Under analysen framkom två teman: *Tillgänglighet* och *Delaktighet*. **Slutsats:** Äldre personer erfar att e-hälsa ger ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård och ökar deras delaktighet i sin egen vård men att tekniken kan vara svår att hantera. Möjligheten till regelbunden kontakt ger trygghet, insikt, medvetenhet och ökad egenvårdskapacitet.

Nyckelord

Äldre personer, e-hälsa, tillgänglighet, delaktighet, självständighet

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Äldre personers hälsa	3
Äldre personer och e-hälsa	4
Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans i relation till e-hälsa	6
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	10
Kvalitetsgranskning	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Tillgänglighet	16
Informationskälla	16
Bekvämlighet	17
Känsla av närhet	18
Stödjande kontakt	18
Användandet av teknik	19
Delaktighet	20
Aktiv roll i vården	20
Motivation till egenvård	21
Diskussion	22
Diskussion av vald metod	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Ökad tillgång till hälso- och sjukvård	25
Fördjupad relation med sjuksköterskan	28
Självständighet	29
Slutsats och kliniska implikationer	31
Författarnas arbetsfördelning	31
Referenser	32

Introduktion

Problemområde

Regeringen har som mål att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2016). År 2025 beräknas 21 % av Sveriges befolkning vara över 65 år, en ökning med drygt 300 000 invånare från dagens siffra på 19 % (Statistiska centralbyrån [SCB], 2018; SCB, 2020). Antalet äldre med omfattande sjukdomar eller funktionsnedsättningar som bor kvar hemma ökar. Det är även vanligt att äldre personer har nedsatt rörelseförmåga och svårt att använda olika transportmedel vilket medför att det också blir svårare att resa till hälso- och sjukvården. Tillsammans medför det att kostnaderna ökar och det behövs mer effektiva vårdmodeller eller arbetssätt för äldre personer (Raphael, Waterworth & Gott, 2017). Socialdepartementet och SKL (2016) uppger att e-hälsa kan tillåta äldre personer i behov av vård att bo kvar hemma längre och ha en större frihet i sin vardag.

Vården är en stor samhällsorganisation som idag har digitaliserats och fortsätter digitaliseras (Siren & Knudsen, 2017), e-hälsa är en typ av digitalisering som får en allt större betydelse inom hälso- och sjukvården och kan leda till stora effektivitets- och kvalitetsvinster (Eriksson & Majanen, 2012). Privatpersoner kan ta del av digitala tjänster från sjukvården för exempelvis tidsbokning eller för att hämta kunskap om hälsoinformation. En annan möjlighet med e-hälsa är monitorering av vitala parametrar hemifrån och videokommunikation med vårdpersonal (Socialdepartementet & SKL, 2016). Bradford (2013) påtalar att möjligheten att bo kvar hemma längre med hjälp av e-hälsa kan öka livskvaliteten för äldre personer och deras familjer samt reducera kostnaderna för sjukvård. Socialdepartementet och SKL (2016) menar också att kommunikation med hjälp av e-hälsa bidrar till att stärka personers delaktighet och autonomi i sin egen vård. Äldre personer själva tror att e-hälsa kan öka tillgången till hälso- och sjukvård utöver kontorstid (Nymberg et al., 2019).

Patientlagen (2014:821) säger att hälso- och sjukvård måste vara lättillgänglig för alla. Samtidigt uppger endast 32 % av Sveriges befolkning i åldern 76 år och äldre att de använder sjukvårdens digitala tjänster och i åldersgruppen 66-75 år uppger 46 % samma sak

(Internetstiftelsen, 2019). Äldre personer har en vilja att få tillgång till mer hälsoinformation men anser sig ha svårigheter att hantera ny teknik (Nymberg et al., 2019). Frennert och Östlund (2016) påtalar att dagens e-hälsa som riktar sig mot äldre personer utvecklas utifrån stereotyper och normer gällande äldre personer vilket kan resultera i felaktiga tekniska lösningar som inte är användarvänliga. Mot bakgrund av rådande forskning är det relevant att belysa äldre personers erfarenheter av e-hälsa för att ge en ökad förståelse för den faktiska upplevelsen och användningen.

Bakgrund

Äldre personers hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO, 2019) definierar hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom. Hälsosamt åldrande definieras som processen att utveckla och upprätthålla den funktionella förmågan som möjliggör välbefinnande i högre åldrar. Inom ramen för hälsosamt åldrande beskrivs den äldre personen från 60 års ålder (WHO, 2015). Ernsth Bravell (2013a) delar istället in dagens äldre i yngre-äldre och äldre-äldre. Yngre-äldre omfattar personer från 60-65 års ålder upp till 75-80 år. Äldre-äldre är sedan de äldre än 75-80 år. Inom gerontologi, läran om åldrandet, beskrivs åldrandet som komplext. Gerontologin kan ses som ett övergripande ämnestråd som handlar om åldrandet ur olika perspektiv som exempelvis biologiskt, socialt, funktionellt, psykologiskt, etc. (ibid).

Två begrepp som återkommer inom gerontologin är primärt och sekundärt åldrande (Ernsth Bravell, 2013b). Primärt åldrande är de biologiska åldersförändringar som sker i takt med ökande ålder hos alla individer, oavsett livsstil eller miljöpåverkan, exempelvis minskad reservkapacitet och ett minskat motstånd mot sjukdomar. Primärt åldrande kan definieras som det *äkta* åldrandet. Sekundärt åldrande handlar istället om det *oäkta* åldrandet där biologiska åldersförändringar i kombination med arv, livsstil och miljö kan ge upphov till sjukliga förändringar hos den åldrande människan. Begreppet sekundärt åldrande innefattar därför också geriatriken, läran om åldrandets sjukdomar. Flera sjukdomar som klassas som sekundärt åldrande utvecklas under lång tid och kan därför lätt förväxlas med äkta åldrande.

Sekundära sjukdomar som ofta drabbar äldre personer kan vara exempelvis åderförkalkning och benskörhet (ibid.).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2009) förklarar att med en stigande ålder ökar risken att drabbas av sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i rörelseorganen och demens. En betydande del av sjuksköterskans geriatriska omvårdnadsarbete innebär att informera och undervisa äldre personer och närstående. Information och undervisning syftar till att skapa trygghet och öka delaktigheten i beslut gällande vården (Socialstyrelsen, 2012). Äldre personer står för en omfattande del av vårdanvändandet i samhället och hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Majoriteten av äldre personers vård och omsorg sker i hemmet eller på särskilda boenden (ibid.).

Äldre personer och e-hälsa

Socialstyrelsen (2012) har publicerat en rapport om hur den geriatriska vården kan förbättras. I rapporten betonas att e-hälsa är ett viktigt utvecklingsområde och att nya tekniker för kommunikation och kvalitetssäkring krävs i takt med att sjukvården i hemmet blir allt mer avancerad (ibid.). Begreppet e-hälsa innefattar ett stort område som i den aktuella studien har begränsats till e-hälsa i form av ny teknologi som mobilapplikationer, videosamtal och monitorering i hemmet. Socialstyrelsen (2019) har tillsammans med E-hälsomyndigheten och fler aktörer tagit fram en modern definition på e-hälsa som grundar sig på WHO:s (2019) definition av hälsa. Definitionen publicerades för första gången år 2016 och beskriver e-hälsa som användningen av digitala hjälpmedel samt utbyte av information på digitalt sätt för att uppnå och bibehålla hälsa (Socialstyrelsen, 2019). Fortsatt delar E-hälsomyndigheten (2016) in e-hälsa i tre teman: kommunikation, tillgänglighet och verksamhet. Kommunikation innebär att e-hälsa är en plattform för att underlätta kommunikation mellan sjukvården och personer eller direkt mellan vårdpersonal och personer. Tillgänglighet innebär att e-hälsa låter personen få en större delaktighet i sin egen vård genom att exempelvis själv kunna boka tider på webben och i appar. Verksamhet innebär att e-hälsa ger vårdpersonal och personer verktyg och tillgång till snabb information, som till exempel Vårdhandboken och 1177 på webben (ibid.). Sävenstedt, Sandman och Zingmark (2006) menar att det i begreppet e-hälsa inkluderas både medicinska- och vårdkonsultationer. Dessutom innefattar e-hälsa det stora

utbud av olika former av hälsorelaterade tjänster, nätverk och information som idag finns tillgängliga via internet (ibid.).

En ökad andel äldre personer samt en teknisk utveckling inom vården har bidragit till den snabba utvecklingen av e-hälsoprodukter för äldre användare (Frennert & Östlund, 2016). Till exempel pågår bland annat en utveckling av robotteknik som kartlägger äldre personers rörelsemönster, varpå vårdgivare kan föreslå olika typer av fysisk aktivitet (Östlund, 2013). Frennert och Östlund (2016) har undersökt äldre personers attityder till att medverka i utveckling av e-hälsa och det framgick att de äldre personerna inte var passiva mottagare av vård utan delaktiga i sin egen vård. I studien lyfts det fram att de äldre personerna, av eget intresse, önskade att själva kunna se aktuell hälsoinformation som samlades in om dem, information som till exempel blodtryck och blodsockernivå. I samhället förekommer felaktiga stereotyper och normer gällande äldre personer som kan bidra till att forma e-hälsoprodukter för äldre användare. Produkterna utvecklas efter vad tillverkarna tror att äldre personer skulle vilja ha vilket resulterar i e-hälsoprodukter som inte är optimalt anpassade för äldre användare. Vanligt förekommande stereotyper gällande äldre personer är att de har svårt att lära sig ny teknologi, är fysiskt begränsade och har nedsatt kognitiv funktion (ibid.). I studien av Nymberg et al. (2019) framgår att äldre personer inte upplever sig ha självförtroende att kunna använda ny teknologi, men de tror samtidigt att e-hälsa kan möta många av äldre personers behov och vara ett lämpligt komplement till konventionell vård. Äldre personer som deltog i studien uppgav att de trodde att exempelvis digitala konsultationer via video och möjligheten att ha sin läkemedelslista i mobilen var funktioner som skulle kunna förenkla tillgången till vård och hälsoinformation (ibid.). SBU:s kartläggning av vård och omsorg av äldre betonar att dagens forskning handlar om hur äldre personer påverkas av digitala verktyg och fokuserar på aspekter som omfattar depression, fysisk hälsa, isolering, medmänskligt stöd och interaktion med andra. SBU fann däremot inga systematiska översikter om hur livskvalitet, välbefinnande eller tankeförmåga påverkas av e-hälsa. Det råder brist på studier som undersöker användarupplevelsen av tekniken, påverkan på självständighet samt förmåga till vardagliga aktiviteter (ibid.).

Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans i relation till e-hälsa

Dorothea Orem (2001) behovsteori beskriver människan som en tänkande, handlande varelse med förmåga till egenvård. Orem definierar egenvård som handlingar personer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Endast när behovet av egenvård överstiger personens egen förmåga behöver personen omvårdnad. Omvårdnadens mål är då att återupprätta personens förmåga till egenvård. Teorin är uppdelad i tre delteorier, teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. De två första är relevanta för den aktuella studien då de hanterar personens perspektiv och behov som patient. Den tredje delteorin handlar om omvårdnadssystem och sjuksköterskans arbete för att upprätthålla personens egenvårdsbalans (ibid.).

Orem (2001) teori om egenvård beskriver personen i ett tillstånd där denne har förmåga till egenvård och själv kan upprätthålla sin hälsa. Personen har inte behov av omvårdnad men kan behöva information om hur egenvården ska utformas och tillämpas, något personen då själv söker svaren på. Teorin om egenvårdsbrist speglar tillståndet då personen inte har full förmåga att utföra egenvård och innefattar därför också teorin om egenvård, men yttre omständigheter så som sjukdom eller ålder utgör ett hinder för personens förmåga att själv balansera sitt egenvårdsbehov. Personen behöver omvårdnad och kommer i kontakt med vården, framför allt sjuksköterskan. Målet med omvårdnaden är att personen ska förvärva de färdigheter denne behöver för att kunna utföra egenvård trots sina begränsningar. Teorin handlar om att hitta lösningar på hur egenvårdsbalansen kan upprättas med nya färdigheter och stöd. Inom teorin har personen en relation med sjuksköterskan som kan vara både kortsiktig, till exempel vid enstaka konsultationer eller vårdtillfällen utan behov av uppföljning, eller långsiktig, till exempel vid långvarigt omvårdnadsbehov eller en längre vårdkontakt med regelbundna möten, där sjuksköterskan utgör både lärare och stöd under processen (ibid.).

Inom teorin om egenvårdsbalans definierar Orem (2001) flera olika begrepp, varav ett är egenvårdskapacitet. Egenvårdskapacitet beskrivs enligt Orem som en persons kapacitet att utföra egenvård och vid behov förvärva de kunskaper och förmågor som behövs för att uppnå och behålla motivationen för att utföra egenvård. Orem (2001) förklarar att egenvårdskapaciteten är beroende av en persons förmåga att identifiera sitt eget

egenvårdsbehov. Egenvårdsbehoven är olika för varje individ och innefattar både basala fysiologiska behov som sociala behov. Beroende på en persons hälsotillstånd kommer egenvårdsbehoven se olika ut vilket leder till individuella egenvårdskrav. När egenvårdskraven är av den karaktär att personen inte själv kan förvärva förmågan som behövs för att möta egenvårdsbehovet utgör egenvårdskraven grunden för omvårdnad i form av omvårdnadsbehov. Inom teorin om egenvård har personen sådan egenvårdskapacitet att omvårdnad ej behövs medan personen inom teorin om egenvårdsbrist får stöd av sjuksköterskan att förbättra sin egenvårdskapacitet (ibid.).

Wiklund Gustin och Lindwall (2012) menar att det inom båda teorierna är viktigt att ta hänsyn till personers autonomi, där personen både vid egenvård och egenvårdsbrist själv ska vara den som styr hur egenvården ska utformas och anpassas till sitt liv. Även delaktighet kan ses som viktigt inom Orems teori då personen med stöd av sjuksköterskan ska uppnå egenvårdsbalans. För att möjliggöra delaktighet måste personen inkluderas i alla delar av vårdförloppet (ibid.). Statens medicinsk-etiska råd (2012) definierar autonomi som självbestämmande över sitt liv och sina handlingar utan att kränka andras självbestämmanderätt. Autonomi innebär till exempel att en individ alltid har rätt att tacka nej till behandlingar. Personen har rätt att veta hur en behandling går till och vad det finns för risker med den. Personen har även rätt att veta vilka konsekvenser det kan medföra att genomgå, alternativt inte genomgå en specifik behandling (ibid.). Svensk sjuksköterskeförening (2014) förklarar att "Vid användning av teknik och ny forskning i vårdarbetet ansvarar sjuksköterskan för att vården sker i överensstämmelse med patientens säkerhet, värdighet och rättigheter" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s.5), e-hälsa faller under både teknik och ny forskning och sjuksköterskan har därför ansvar för att se till att hälso- och sjukvård via e-hälsa utförs patientsäkert, att personens autonomi bejakas och att personen får rum att vara delaktig i sin egen vård. Patientlagen (2014:821) säger att personer har rätt till delaktighet i sin egen vård. Vården ska i så stor mån som möjligt utföras i samråd med personen. Lagen talar också om att personers rätt till självbestämmande, autonomi, i alla delar av vården ska respekteras (ibid.). Orem (2001) påpekar att ansvaret för vården ska fördelas mellan personen och vårdgivaren, något som stödjer delaktighet. Genom att främja personens egenvårdskapacitet kan personen även känna sig mer kompetent och autonom (ibid.).

Wiklund, Gustin och Lindwall (2012) argumenterar för att Orems teori är högst relevant även idag, även om den formulerades för över 60 år sedan. De anser att Orems teori idag kan kopplas till en strävan att låta äldre personer bo kvar hemma så länge som möjligt och vårdas i sin hemmiljö. De beskriver även att då vården sker mer och mer utanför sjukhuset, exempelvis i form av e-hälsa, kan Orems modell för egenvårdsbalans appliceras i dessa sammanhang (ibid.). Teorin om egenvård aktualiseras när den äldre personen själv med hjälp av e-hälsa söker de färdigheter denne kan behöva för att utföra egenvård, exempelvis via internet-tjänster och appar med hälsoinformation. När personen behöver omvårdnad från sjuksköterskan övergår behovet till teorin om egenvårdsbrist där sjuksköterskan med hjälp av e-hälsa kan stötta personen på avstånd medan den äldre personen får vara kvar hemma (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Syfte

Syftet var att belysa äldre personers erfarenheter av e-hälsa.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie. En litteraturstudie beskrivs enligt Kristensson (2014) vara en strukturerad sökning efter litteratur inom ett begränsat område, kritisk värdering av data och dataanalys. Studien är icke-systematisk vilket innebär att all litteratur som finns om det valda ämnet inte omfattats, utan ett antal artiklar med relevans till syftet har valts ut (ibid.). I litteraturstudien analyserades åtta valda studier med fokus på syftet att undersöka äldre personers erfarenheter av e-hälsa. Efter insamling av studier granskades den vetenskapliga kvaliteten utifrån granskningsmallar utformade av Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU, 2017). Analys av data genomfördes enligt Fribergs (2017) metod för att identifiera innebördsliga likheter och skillnader i resultatet som är relaterat till äldre personers erfarenheter av e-hälsa. Data som analyserats i studien är kvalitativ från intervjustudier.

Urval

En litteratursökning har genomförts i databaserna PubMed och CINAHL. Willman et al. (2016) beskriver att en litteratursökning ska formuleras som en plan där fyra moment ingår; *identifiering av tillgängliga resurser, identifiering av relevanta källor, avgränsningar* samt *sökväg med sökstrategi*. Databaserna PubMed och CINAHL användes då de är indexerade databaser där författarna av aktuell studie har tillgång till de flesta publiceringar. PubMed och CINAHL faller under både tillgängliga resurser och relevanta källor. PubMed är en fritt tillgänglig version av Medline, en databas från National Library of Medicine. Databasen innehåller publikationer inom områdena medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och hälso- och sjukvårdsadministration. CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) är en databas främst inriktad på omvårdnad och omvårdnadsvetenskap. Bland referenserna i CINAHL finns även publikationer inom tandvård, nutrition och sjukgymnastik (ibid.).

Sökstrategin utformades efter sökord som kan relateras till studiens syfte. Sökord som bedömdes relevanta för studiens syfte var *eHealth*, *older adults* och *experiences*. PubMed använder sig av ämnesordlistan MeSH (Medical Subject Headings) för att indexera sin data. Vid sökning i PubMed modifierades sökorden till MeSH-termerna *Telemedicine*, *Aged* och *Patient satisfaction*. En första preliminärsökning med endast MeSH termer gav en bred och ospecifik träfflista. MeSH termen *Patient satisfaction* valdes bort till förmån för sökordet *experiences* som fritextord. *Patient satisfaction* [MeSH] gav en träfflista med många kvantitativa studier som fokuserade på användandet av e-hälsas effekt hos personer medan *experiences* istället gav en smalare sökning där majoriteten av de framsökta studierna var kvalitativa och fokuserade på personens perspektiv och användande vilket hade bättre potential att svara på studiens syfte. Vid provsökning med endast fritextorden *eHealth*, *older adults* och *experiences* identifierades flera nya studier som ej var indexerade med MeSH termer. För att inte gå miste om relevanta studier valde författarna att kombinera sökorden. MeSH termen *telemedicine* begränsades till [MeSH Major Topic] för att sökresultatet endast skulle inkludera studier där *Telemedicine* utgjorde huvudämnet. Fritextorden valdes att begränsas till endast förekomst i titel eller abstrakt för att inkludera de studier som berörde ämnet men ej var indexerade med MeSH termer. Författarna var medvetna om att irrelevanta

studier som innehöll fritextorden i titel eller abstrakt också skulle komma att inkluderas i sökningen men valde att exkludera dem manuellt för att minimera risken att utesluta relevanta artiklar.

Den slutgiltiga sökningen i PubMed utgjordes av sökorden *Telemedizin* [MeSH], *eHealth*, *aged* [MeSH], *older adults*, och *experiences*. Synonyma MeSH-termer och fritextord kombinerades med booleska operatorerna OR till sökblock som sedan utgjorde den slutliga sökningen i kombination med booleska operatorm AND. För att ge ett mindre antal träffar användes den exkluderande booleska operatorm NOT med sökordet *review* för att exkludera litteraturstudier. Databasen CINAHL använder specifika ämnesord för att indexera sin data. Sökorden modifierades efter databasens struktur till *Telehealth*, *Aged*, *Aged 80 and over*, *Patient Satisfaction* och *Patient Attitudes*. Sökorden kombinerades med booleska operatorm OR till sökblock som sedan tillsammans med booleska operatorm AND utgjorde den slutgiltiga sökningen. Den exkluderande booleska operatorm NOT med sökordet *review* användes för få ett mindre antal träffar. Vid sökningen i CINAHL valde författarna även att exkludera studier indexerade i Medline för att minska förekomsten av dubletter från sökningen i PubMed.

I studien ingår endast erfarenheter av e-hälsa i form av ny teknologi som mobilapplikationer, videosamtal och monitorering i hemmet, av denna anledning exkluderades studier som endast fokuserar på e-hälsa via telefonsamtal och/eller trygghetslarm. I sökresultatet exkluderades också studier äldre än fem år för att data i så stor utsträckning som möjligt skall spegla dagens kunskapsläge samt inkludera ny teknologi och en uppdaterad innebörd av e-hälsa.

Utgångspunkten i den aktuella studien var att deltagarna i studierna var 65 år eller äldre. Termerna *Aged* i både PubMed och CINAHL är specificerade till ≥ 65 års ålder. Språket begränsades till engelska som båda författarna behärskar.

Datainsamling

För att ta fram en relevant mängd data till litteraturstudien har metoden av Polit och Beck (2017) använts. Polit och Beck (2017) beskriver att datainsamlingen till en litteraturstudie ska

struktureras på ett tydligt sätt där sökningen är väl dokumenterad och sökvägen går att följa, vilket presenteras i tabellform. Sökningar i PubMed och CINAHL redovisas i Tabell 1 och Tabell 2. Polit och Beck (2017) förklarar att en studies trovärdighet och tillförlitlighet beror på transparensen. Med transparens avses att studien ska vara tydlig att följa. Alla steg och fynd ska redovisas så att studien kan kritiserars och diskuteras. Trovärdighet uppnås genom att studiens metod inger förtroende hos läsaren att resultatet är sanningsenligt och korrekt. Tillförlitligheten utgår från insamlad datas stabilitet över tid och kontext. En tillförlitlig studies resultat ska kunna upprepas om studien genomförs igen med samma eller liknande urval och kontext (ibid.).

Sökningarna i databaserna PubMed och CINAHL gav 103 respektive 77 träffar. Samtliga titlar och abstrakt lästes igenom och 70 studier i PubMed respektive 48 studier i CINAHL som inte bedömdes kunna svara på syftet sorterades bort. Studier bedömdes inte kunna svara på syftet om e-hälsa ej var ett centralt begrepp eller att ett irrelevant perspektiv undersöktes i studien, till exempel vårdpersonalens. Studier som undersökte effekten av en intervention med e-hälsa exkluderades, till exempel e-hälsans effekt på äldre personer med depression. Författarna fortsatte sedan datainsamlingen med att läsa kvarstående studier i fulltext. I PubMed lästes 33 studier respektive 29 i CINAHL därefter exkluderades 27 respektive 27 studier. Vid fulltextläsningen exkluderades studier som inte ansågs kunna svara på syftet. Det handlade främst om studier som undersökte äldre personers attityder men där deltagarna inte använt e-hälsa. Efter fulltextläsningen återstod sex studier i PubMed respektive två studier i CINAHL. Sex av studierna använde sig av kvalitativ metod. Två av de åtta studier har använt en mixad metod som forskningsmetodik. I den genomförda studien har endast kvalitativ data granskats och inkluderats som grund för analysen. Kvantitativ data har exkluderats och har varken granskats eller ingått i analysen. De valda studierna utfördes i Australien, England, Kanada, Norge, Sverige och USA.

Tabell 1. Sökning i PubMed 191128.

#	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	"Telemedicine"[Major:NoExp]	17366				
#2	eHealth [Title/Abstract]	3354				
#3	#1 OR #2	21413				
#4	"Aged"[Mesh]	3019975				
#5	older adults [Title/Abstract]	69999				
#6	#4 OR #5	3040353				
#7	experiences [Title/Abstract]	188534				
#8	#3 AND #6 AND #7	181				
#9	#8 + Filter: publicerad inom senaste 5 åren, Språk: Engelska	115				
#10	#9 NOT review	103	103	33	6	6

Tabell 2. Sökning i CINAHL 191128.

#	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	MM "Telehealth+"	15015				
#2	MH "Aged"	729054				
#3	MH "Aged, 80 and Over"	266783				
#4	#2 OR #3	749346				
#5	MH "Patient Satisfaction+"	50446				
#6	MH "Patient Attitudes"	41194				
#7	#5 OR #6	88504				
#8	#1 AND #4 AND #7	428				
#9	#8 + Filter: publicerad inom senaste 5 åren, Språk: Engelska, Exkludera Medline	78				
#10	#9 + NOT review	77	77	29	2	2

Kvalitetsgranskning

Kristensson (2014) beskriver att kvalitetsgranskningen avser inkludera studier med hög vetenskaplig kvalitet som underlag för analys. I litteraturstudien användes en granskningsmall från SBU (2017) för att granska den vetenskapliga kvaliteten av valda studier. SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskningsmetodik har använts då samtliga studier använt sig av olika intervjuformer. SBU:s (2017) granskningsmall för granskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik består av 21 frågor som kan bevaras med *ja*, *nej*, *oklart* eller *ej tillämbart*. Studier med övervägande ja-svar bedömdes hålla en hög kvalitet och studier där andelen ja till viss del översteg andelen övriga svar bedömdes hålla en medelhög kvalitet om studien hade genomgått etisk prövning eller hade ett etiskt resonemang. Studier där andelen ja-svar var i minoritet eller där etisk prövning eller etiskt resonemang saknades bedömdes

hålla en låg kvalitet. I studien har författarna valt att inkludera studier med hög eller medelhög kvalitet som underlag för analysen. Av granskade studier uppnådde fem studier hög kvalitet och tre studier medelhög kvalitet.

Dataanalys

Litteraturstudiens insamlade data har analyserats utifrån Fribergs (2017) metod för analys av kvalitativ forskning. Metoden används för att identifiera återkommande aspekter som kan formuleras till teman för uppbyggnad av resultatet. Friberg förklarar att analysarbetet vid analys av kvalitativ data handlar om att gå från helhet till delarna för att sedan återkomma till ny helhet i form av resultatet. Ursprungliga helheten utgörs av studierna som ligger till grund för analysen och delarna innefattar data från studierna som svarar på litteraturstudiens syfte (ibid.). Författarna började med att läsa igenom de valda studierna i sin helhet flera gånger med speciellt fokus på studiernas resultat för att få en känsla för vad studierna handlar om. Sedan gick författarna vidare till att identifiera nyckelfynd i varje studies resultat i relation till syftet för att identifiera det viktigaste och mest framträdande i texterna. Nyckelfynd från varje studie sammanställdes i ett gemensamt dokument för att få en översikt över all data som skulle analyseras. Analysen utformades av att insamlad data från de olika studierna relaterades till varandra för att identifiera innebördslika likheter och skillnader. Data som hade likheter med varandra formulerades till övergripande teman och subteman. De framtagna temana utgör grunden för studiens resultat där insamlad data presenteras i integrerad form.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Polit och Beck (2017) finns fyra huvudprinciper som forskare bör ta hänsyn till när studier genomförs. Den första principen är *autonomiprincipen* som innebär att all medverkan i undersökningar är frivillig samt att deltagare har rätt till att när som helst avbryta medverkan. Den andra principen är *nyttoprincipen* som innebär att forskare alltid ska ta hänsyn till de risker som finns under studien. Studien ska vara motiverad och bidra med ny kunskap. Nyttan med studien bör överväga riskerna. Den tredje principen är *inte skada-*

principen som innebär att studien skall genomföras med så säkra metoder som möjligt för att minimera risken för skada. Den fjärde principen *rättvisprincipen* handlar om att de medverkande ska behandlas rättvist (ibid.).

I litteraturstudien har utgångspunkten varit att endast data från studier som genomgått etisk prövning eller för ett tydligt etiskt resonemang skulle inkluderas. Sex av åtta studier som ingår i analysen redovisar tydligt att studien innan datainsamlingen blivit godkänd av en forskningsetisk kommitté. Det är därför rimligt att anta att hänsyn tagits till de nämnda principerna. Flera av studierna för även ett etiskt resonemang utöver granskningen där det framgår att deltagandet i studien är frivillig och att deltagarna får välja att avsluta sin medverkan utan följder när som, deltagarnas anonymitet har även garanterats av forskarna i flera studier. I studien av Vatnøy et al. (2017) där personer med KOL intervjuas togs även regelbunden ställning till personernas hälsotillstånd, någon som författarna till följande litteraturstudie anser möter *inte-skada-principen*. Studierna av Gorst, Coates och Armitage (2016) och Ware et al. (2017) har inte redovisat att deras studier godkänts av en forskningsetisk kommitté. Studierna för dock ett tydligt etiskt resonemang vid urval och datainsamling där det framgår att deltagandet i studien är frivilligt och deltagarna förblir anonyma i resultatet. Båda studierna har även diskuterat i enlighet med *nyttoprincipen*. Författarna till aktuell studie har även tagit hänsyn till och undvikit plagiering och missledande information.

Resultat

De samlade resultaten från litteraturstudien visade att äldres erfarenheter av e-hälsa kan beskrivas utifrån två teman: *Tillgänglighet* och *Delaktighet*. Identifierade teman och subteman redovisas schematiskt i Figur 1.



Figur 1: Schematisk bild över resultatet

Tillgänglighet

Vid användning av e-hälsa erfor äldre personer ökad tillgänglighet och bekvämlighet i form av information och kontakt med vården. Videokommunikation ansågs ge en känsla av närhet och stödjande kontakt vilket bidrog till en känsla av säkerhet både för den äldre personen och närstående. Under vidare analys av upplevd tillgänglighet identifierades fem subteman: *Informationskälla*, *Bekvämlighet*, *Känsla av närhet*, *Stödjande kontakt* och *Användandet av teknik*.

Informationskälla

Tillgängligheten till internet erfors av äldre personer som en stor informationskälla som å ena sidan ger tillgång till en omätlig mängd information men som å andra sidan kan vara svår att förstå. I studierna av Aponte och Nokes (2017) och Ware et al. (2017) beskrivs internet som

en källa till hälsoinformation, där det finns många plattformar med stora mängder information vilket kan göra det svårt att urskilja den trovärdiga informationen. I båda tidigare nämnda studier sågs internet både som ett hjälpmedel och som ett hinder för att hitta relevant information (ibid.). Aponte och Nokes (2017) intervjuade 20 personer med syftet att beskriva erfarenheterna av diabeteshantering via internet. Deltagarna beskrev att internet gav värdefull information både om hälsa i allmänhet och om diabetes i synnerhet. I studien av Ware et al. (2017) där intressen, preferenser, och oro relaterade till e-hälsoanvändande undersöktes uttryckte deltagarna (n=15) å andra sidan att det var svårt att hitta relevant information vilket resulterade i förvirring och frustration. I studien av Aponte och Nokes (2017) framkom att hälsoinformation på internet rentav sågs som ett komplement till information från läkare.

Bekvämlighet

Att kunna ta emot vård och rehabilitering i hemmet sågs som en bekvämlighet och gjorde att deltagarna besparades långa resvägar. Det tillgängliga användandet av e-hälsa hemifrån under en tidpunkt som passar deltagarna själva gav en frihet i vardagen. Flera studier visade på att deltagare upplevde ökad tillgänglighet till vård och vårdpersonal (Banner et al, 2015; Barken, Thygesen & Söderhamn, 2017; Gorst, Coates & Armitage, 2016; Ware et al., 2017). Vårdkontakt kunde ske i hemmet vilket var bekvämt då användaren besparades resor och istället kunde inhämta information, ha kontakt med vårdpersonal och delta i rehabilitering i lugn och ro hemma (Banner et al, 2015; Shulver, Killington, Morris & Crotty, 2017). I studien av Banner et al. (2015) undersöktes acceptansen och användningen av ett program för virtuell hjärtrehabilitering. Användare av programmet kände att de kunde delta i rehabiliteringen när det passade dem själva vilket beskrevs som bekvämt (ibid.). Liknande betonade deltagare i studien av Shulver et al. (2017) friheten i att slippa långa resvägar fram och tillbaka till möten och träning som istället kunde genomföras hemifrån. Shulver et al. (2017) genomförde en studie som beskrev äldre personers erfarenheter med telerehabilitation. I studien av Vatnøy, Thygesen och Dale (2017) där tio hemmaboende personer med KOL beskrev sin upplevelse av e-hälsa i relation till autonomi och resurser, framgick det att många deltagare kände en stark vilja att stanna kvar i sina hem och leva sitt normala liv där, vilket e-hälsa gav möjlighet till.

Känsla av närhet

Tillgängligheten till vårdpersonal vid användning av e-hälsa gav äldre personer givande sociala interaktioner som gav en känsla av närhet, att vara igenkända och att inte vara ensamma i sitt sjukdomstillstånd. Barken et al. (2017), Vatnøy et al. (2017) och Shulver et al. (2017) beskriver alla att deltagare hade en positiv upplevelse av social interaktion med vårdpersonal. Barken et al. (2017) genomförde en studie där personer som lever med KOL använde e-hälsa för kontakt med vårdpersonal. I studien beskrev personerna att de kände en personlig koppling till sjuksköterskan som de träffade via videokommunikation och fick känslan av att vara igenkända. Vården upplevdes som nära trots långt geografiskt avstånd mellan den medverkande och sjuksköterskan (ibid.). Vatnøy et al. (2017) beskriver på ett liknande sätt att videokommunikation med sjuksköterskan fick medverkande att känna att hen var i samma rum som sjuksköterskan. Deltagarna i studien av Shulver et al. (2017) menade att videokommunikation bidrog till en givande social interaktion mellan den äldre personen och vårdare och att videokommunikationen gjorde det möjligt att ha längre möten.

I studien av Hägglund, Strömberg, Hagerman och Lyngå (2019) där äldre personer med hjärtsvikt använde en surfplatta i kontakt med vården, framkom att deltagarna genom sin kontakt med vårdpersonalen fick en känsla av att inte vara ensamma i sin sjukdomssituation. Däremot beskrev deltagare i studierna av Gorst et al. (2016) och Shulver et al. (2017) att inte lika många behov kunde mötas via videokommunikation som vid fysisk vård, i form av fysisk närvaro och intimitet. Deltagare i studien av Gorst et al. (2016) uppgav att de saknade att fysiskt vara i samma rum som den de talar med medan deltagare i studien av Shulver et al. (2017) menade att vård med endast videokommunikation begränsade möjligheten till rätt utförd fysisk undersökning och patientsäkerhet. I flera studier var dock känslan av närhet och tillgänglighet till vårdpersonal den övergripande upplevelsen (Barken et al., 2017; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Shulver et al., 2017; Vatnøy et al., 2017).

Stödjande kontakt

Regelbunden och tillgänglig kontakt med vårdpersonal bidrog till känslor av stöd, säkerhet och trygghet hos deltagarna. Det fanns däremot delade åsikter kring huruvida regelbunden kontakt är givande eller ej, relaterat till deltagarnas sjukdomsgrad. I flera studier menade deltagarna att regelbunden kontakt bidrog till ökat stöd och tillgänglighet till vård (Barken et

al, 2017; Gorst et al, 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). I studien av Gorst, Coates och Armitage (2016) där åtta personer med KOL tillfrågades om hur de upplevde användandet av e-hälsa, kände deltagarna trygghet genom kännedomen att vårdpersonal hade uppsikt över och kontrollerade deras värden samt tog kontakt om något avvikande uppstod. Det var speciellt anhöriga till ensamboende som kände stöd och säkerhet när den äldre personen var under uppsikt, vilket i sig medförde stöd till personen (ibid.). Vatnøy et al. (2017) uttrycker till skillnad från Gorst et al. (2016) att det var specifikt regelbunden kontakt med råd och återkoppling från sjukvårdspersonal som bidrog till känslan av stöd och säkerhet. Det fanns en skillnad i hur regelbunden kontakt via e-hälsa uppfattades beroende på det individuella sjukdomstillståndet. Svårt sjuka personer med exempelvis långt framskriden KOL beskrev daglig vårdkontakt som positiv eftersom den gav en känsla av säkerhet medan personer med friskare sjukdomstillstånd istället såg kontakten mer som ett hinder i vardagen och slöseri med tid (Barken et al. 2017; Vatnøy et al. 2017). Deltagare i studierna av Barken et al. (2017) och Hägglund et al. (2019) uttryckte att känslan av säkerhet ökade i övergången mellan sjukhusvård och hemmet, deltagarna i studien av Gorst et al. (2016) menade till och med att regelbunden vårdkontakt och lättillgänglig vårdpersonal förebygger behovet av sjukhusinläggningar.

Användandet av teknik

Tillgängligheten till e-hälsa är beroende av fungerande teknik. Deltagarna i de olika studierna hade varierande syn på hanteringen av tekniska verktyg, som å ena sidan upplevdes öka tillgänglighet till vård, men å andra sidan inte alltid fungerar som den ska och kan vara svårt att lära sig använda. I studierna av Vatnøy et al. (2017), Banner et al. (2015) och Barken et al. (2017) beskrevs tekniken som ett enkelt sätt att komma i kontakt med vårdpersonal. I studien av Barken et al. (2017) upplevde deltagare däremot minskat stöd, tillgänglighet och avsaknad av videokommunikation när tekniken, exempelvis internetuppkoppling, inte fungerade vilket även återkom i studien av Hägglund et al. (2019) där deltagarna beskrev att det var viktigt att tekniken fungerade för att upprätthålla intresset och vara delaktig i sin vård. Deltagare i studien av Banner et al., (2015) beskrev att brist på internet- och teknikvana, brist på tid eller brist på motivation var orsaker till mindre användning medan Vatnøy et al. (2017) istället belyser att negativa attityder och lågt självförtroende försvårar hanteringen av tekniska verktyg. Vatnøy et al. (2017) beskriver att det kunde upplevas som påträngande att behöva ha

ännu fler tekniska enheter i hemmet (ibid.) Även Ware et al. (2017) beskrev att integritet var ett viktigt område för deltagarna. Deltagare ansåg att säkerhet kring personlig information var väsentlig för användandet av e-hälsa, därför var det viktigt med bekräftelsen att informationen var konfidentiell (ibid.).

Delaktighet

Sammantaget visade de valda studierna att äldre personer genom e-hälsa upplever att de är delaktiga i sin vård. Delaktigheten yttrar sig genom att användarna får en mer aktiv roll och är mer motiverade att utföra egenvård. Under analysen identifierades två subteman: *Aktiv roll i vården* och *Motivation till egenvård*.

Aktiv roll i vården

Att inta en aktiv roll och på så sätt vara delaktig i sin egen vård uttryckte deltagare i studierna gav dem medvetenhet om den egna hälsan och givande klinisk insikt i vården. Deltagare kände att deras aktiva roll gav dem självförtroende att ställa frågor och ha en dialog med vårdpersonal. Deltagare i flera studier erfor ökad medvetenhet om den egna hälsan (Aponte & Nokes, 2017; Banner et al., 2015; Barken et al., 2018; Hägglund et al. 2019; Shulver et al., 2017). Medvetenheten kring den egna hälsan ökade på olika sätt, exempelvis genom att e-tjänster tillhandahöll information om hälso- och sjukdomstillstånd eller genom att åskådliggöra monitorerad information så som vitala parametrar (ibid.). Studierna av Hägglund et al. (2019) och Aponte och Nokes (2017) visade att information om sjukdomstillstånd som inhämtas på egen hand, eller genom dialog med vårdpersonal, bidrog till upplevelsen av ökad medvetenhet kring egen hälsa och livsstil medan studierna av Banner et al. (2015), Barken et al. (2018) och Shulver et al. (2017) visade att monitorering av vitala parametrar var det som bidrog till upplevelsen av ökad medvetenhet. Deltagare i studierna av Banner et al. (2015) och Barken et al. (2018) uttryckte också att deras förståelse för sitt hälsotillstånd fördjupades med hjälp av den kliniska information som erhöles från monitorering. Insikten och den fördjupade förståelsen gav dem självförtroende att våga ställa mer frågor vid samtal med vårdpersonal. (ibid.). Deltagare i studien av Banner et al. (2015) menade att den ökade förståelsen förbättrade deras självförtroende inför vårdkommunikation där de vågade ta en mer aktiv roll,

ställa frågor och ha en dialog med vårdpersonal. I studien av Barken et al. (2018) upplevde deltagare att de dagliga kliniska mätningarna som deltagarna utförde och som delades med sjuksköterskan la grunden för ett ömsesidigt kliniskt språk, vilket i sin tur bidrog till deltagarnas erfarenheter av att känna sig hörda och tagna på allvar i kontakten med vårdpersonal.

Motivation till egenvård

Äldre personer kände sig mer motiverade till egenvård vid användning av e-hälsa. Genom att vara delaktiga i sin vård och få råd från vårdpersonal ökade egenvårdkapaciteten och deltagarnas självständighet ökade. Flera studier visade att deltagare erfor att de utförde mer egenvård än de hade gjort utan implementering av teknik (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Deltagarna beskrev att de genom att själva mäta och följa upp sina värden med monitorering och ha regelbunden kontakt med sjuksköterska kände sig mer motiverade till egenvård och delaktiga i sin vård (ibid.). I studierna av Aponte och Nokes (2017) och Gorst et al. (2016) förklarar deltagare att motivation att utföra egenvård grundades i att de fått en djupare förståelse över sitt hälsotillstånd tack vare regelbunden kontakt och monitorering. Deltagarna i studierna av Hägglund et al. (2019) och Vatnøy et al. (2017) menade istället att själva mätandet och rapporteringen av parametrar och symtom gjorde att deltagarna kände sig mer motiverade till egenvård då de kände att de gjorde något meningsfullt och kunde bidra till sin egen vård. I studierna av Barken et al. (2018) och Vatnøy et al. (2017) beskrev deltagarna att den återkommande kontakten med sjuksköterskan stärkte deras självförtroende i relation till deras egenvårdskapacitet, vilket i sig ökade motivationen medan deltagare i studien av Hägglund et al. (2019) uppgav att de upplevde en ökad självständighet och autonomi vilket i sig bidrog till ansvarstagande och självförtroende. Liknande uttryckte deltagare i studien av Gorst et al. (2016) att de genom att få vara mer delaktiga i sin vård märkte en positiv uppgång i sitt egenvårdsbeteende och kände sig därför mer motiverade. Deltagare i studierna av Hägglund et al. (2019) och Vatnøy et al. (2017) uttryckte att regelbunden kontakt med sjuksköterska via e-tjänster som surfplatta eller internet hade ökat deras kompetens till egenvård.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Kristensson (2014) förklarar att en litteraturstudie kan vara olika stor i omfattningen. En litteraturstudie som omfattar all litteratur inom ett område är systematisk och har ett högt vetenskapligt värde. Aktuell studie är icke-systematisk då studierna som ligger till grund för analysen har valts ut från ett sökresultat. En icke-systematisk studie kan dock vara mer eller mindre systematiskt utförd. Författarna valde under urval och datainsamlingen att genomföra viss gallring av studier manuellt samt att läsa alla abstract vilket minskar risken för att relevanta studier fallit bort. Kristensson (2014) beskriver att en bra sökstrategi består av sökord som är känsliga för att identifiera relevant litteratur, samtidigt ska sökorden vara specifika och tydliga för att sortera bort irrelevant litteratur. Vid val av sökord fokuserade författarna på både känsligheten och tydligheten i sökorden för att få ett så relevant sökresultat som möjligt. I PubMed begränsades söktermen e-hälsa till [MeSH Major Topic] för att ge ett sökresultat med studier som endast innehöll e-hälsa som huvudämne vilket ökar tydligheten. Författarna bedömer dock att bortfall av studier som istället har äldre personer som huvudämne kan ha skett. I sökningen i PubMed användes även begränsningen [No explosion] för att undergrupper till söktermer inte skulle inkluderas i sökresultatet, vilket ökar tydligheten. För att få en bättre känslighet i sökningen valde författarna även att söka med fritextsökning vilket minskade bortfallet av relevanta studier som ej var indexerade med databasens ämnesord. Fritextsökningen begränsades till studier som innefattade sökorden i titel och abstract vilket författarna bedömer ökade tydligheten.

Polit och Beck (2017) beskriver olika typer av *datatriangulering*. En typ av datatriangulering innebär informationsinhämtning från olika plattformar och genomförs för att fånga en överensstämmande och fullständig bild av forskning. I studien har datatriangulering använts genom att använda flera databaser, PubMed respektive CINAHL, för att undvika risken för felaktiga tolkningar, bias. Under datasökning i CINAHL gjordes från första början sökningen utan filter som sorterar bort de studier som redan finns i PubMed (Medline). Därefter reviderades sökningen genom att filtret tillämpades och sorterade bort dubletter som var indexerade på motsvarande sätt i PubMed. För studiens transparens hade det varit tydligare att

redovisa sökresultat med och utan filter i sökschemat (Tabell 2) samt ifall det trots filter kvarstod dubletter som sorterades bort manuellt. Orsaken till att alla dubletter inte nödvändigtvis faller bort med filtret och måste sorteras bort manuellt är att vissa studier inte är indexerade med sökorden, exempelvis för att artiklarna är nya i databasen. Genom att analysera antalet dubletter i processen hade slutsatser gällande datamättnad lättare kunnat dras. Ett stort antal dubletter påvisar i stor grad att ingen ny information finns tillgänglig och därmed en högre grad av datamättnad. Datamättnad innebär det urval som speglar alla olika delar av insamlad data. Ett större urval än det som ger datamättnad ger således ingen ny variation av information (Polit & Beck, 2017). Fler databaser hade kunnat användas men sökningarna i PubMed och CINAHL bedömdes tillräckliga då genomlästa studier speglade en rimlig mängd varierade erfarenheter och gav en bred bild av det undersökta fenomenet.

Polit och Beck (2017) beskriver att det i kvalitativ forskning är viktigt att ta hänsyn till resultatets överförbarhet. Med överförbarhet menas i vilken grad en studies resultat är generaliserbart, det vill säga tillämbart i andra kontexter, exempelvis andra populationer och geografiska platser (ibid.). Studierna som inkluderades i resultatet utfördes i olika länder; Australien, Kanada, Norge, Storbritannien, Sverige och USA. Skillnader mellan ländernas vårdssystem och e-hälsans utformning kan påverka resultatets överförbarhet till andra kontexter. Dock bedöms de olika länderna ha en likvärdig teknisk utveckling inom vården och tillgång till e-hälsa, därför är det rimligt att anta studiens resultat är överförbart till andra kontexter som har likvärdig teknisk utveckling. Urvalet bör utgöras utav en population med störst möjliga variation av fenomenet som undersöks (Polit & Beck, 2017). I kontexten av den aktuella studien motsvarar det urvalet som speglar samtliga erfarenheter som äldre personer har av e-hälsa. För att resultatet skulle representera en bred bild av erfarenheter exkluderades inga studier med avseende på geografisk plats, sjukdomstillstånd och/eller sjukdomsgrad. I studien innefattas äldre personer som är mellan 54 och 92 år. Bakgrunden presenterar två definitioner av äldre personer där WHO (2015) menar att personer räknas som äldre från 60 års ålder och Ernst Bravell (2013) menar att inom forskning brukar den äldre populationen börja någonstans vid 60- 65 års ålder. Vid datainsamling användes termerna *Aged* i både PubMed och CINAHL som är specificerade till 65 års ålder och äldre. Fritextsökningen *older adults* användes för att få fram studier som ej var indexerade med MeSH termer, dock identifierades ingen definition för åldersgrupp relaterat till begreppet, vilket kan ha påverkat

ålderfördelningen i sökresultatet. I sökresultatet innefattades studier indexerade med flera olika åldersrelaterade termer där de tre valda (*Aged, older adults, Aged, 80 and over*) inte alltid var enskilt förekommande. Flera studier omfattade även yngre personer, ofta benämnda äldre vuxna, vilket kan ha påverkat ålderfördelningen i de valda studierna. Vid datainsamlingen bedömdes erfarenheterna var likvärdiga bland deltagarna som var yngre än 65 år jämfört med de som var äldre än 65 år. Litteraturstudien innefattar personer som yngre än 65 år då deras deltagande bidrog med fler erfarenheter som också förekom hos personer över 65 år. Kvalitativa studier söker ofta en mångfald i urvalet vilket individuella skillnader som ålder, kön och sjukdomsgrad kan bidra med (Polit & Beck, 2017). Från Polit och Beck (2017) tolkas att en ojämlig könsfördelning bland deltagare i studier kan spegla en ensidig bild av resultatet. I sex studier ingick deltagare av olika kön medan två studier inte specificerar deltagarnas kön. Studien av Banner et al. (2015) hade flest deltagare och specificerade ej kön. Författarna bedömde erfarenheterna som jämförbara med de andra studierna som specificerat kön vilket talar för att kön inte har en avgörande betydelse för litteraturstudiens resultat.

Sökresultatet begränsades till studier publicerade inom de senaste fem åren för att ge en så aktuell bild av området som möjligt. Polit och Beck (2017) beskriver att litteraturstudier ska inkludera aktuell forskning och vara uppdaterade inom området som undersöks. Frennert och Östlund (2016) hävdar att teknisk utveckling av e-hälsoprodukter för äldre användare går fort och därför bedömer författarna att äldre former av e-hälsa inte är jämförbar med nyare. Eventuellt bortfall av relevanta studier som publicerats för mer fem år sedan kan dock ha påverkat sökresultatet.

Diskussion av framtaget resultat

Studiens syfte var att belysa äldre personers erfarenheter av e-hälsa. Med utgångspunkt i Orem's (2001) teori om egenvårdsbalans framträdde flera fynd i resultatet som kan relateras till teorin och begrepp inom den. Författarna till studien avser diskutera de tre viktigaste fynden: *Ökad tillgång till hälso- och sjukvård, Fördjupad relation med sjuksköterskan och*

Självständighet i relation till Orem's definition av egenvårdskapacitet med tillhörande begrepp autonomi och delaktighet.

Ökad tillgång till hälso- och sjukvård

Orem (2001) beskriver begreppet egenvårdskapacitet som en komplex förvärvad förmåga att som person kontinuerligt möta aktuella egenvårdsbehov för att utöva egenvård vid stabil men även förändrad livssituation. När personens egna resurser inte räcker till behöver personen använda yttre resurser för att förvärva ny kunskap och nya förmågor i syfte att öka egenvårdskapaciteten. En förutsättning för att en person ska kunna utveckla sin egenvårdskapacitet är att det finns tillgängliga resurser som kan användas för att bestämma vilken egenvård som behövs, egenvårdsbehov, och hur den ska utformas (ibid.). I enlighet med Orem säger Patientlagen (2014:821) att hälso- och sjukvård skall vara lättillgänglig för alla, vilket bedöms tala för att tillgängliga resurser är nödvändiga för att stärka en persons egenvårdskapacitet. Mot bakgrund av Orem (2001) är en tolkning att e-hälsa kan bidra med yttre resurser då resultatet visar att e-hälsa är ett tillgängligt medel som ger äldre personer möjlighet att söka information via exempelvis e-tjänster på internet (Aponte & Nokes, 2017; Ware et al., 2017). I resultatet beskriver också deltagare i flera olika studier hur de i kontakt med sjuksköterskan via videokommunikation får stöd och råd och möjlighet att förbättra sin kompetens till egenvård (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Sjuksköterskan kan i en sådan situation tolkas som en yttre resurs, något som stärks av Orem (2001) som menar att yttre resurser kan utgöras av vårdpersonal så som sjuksköterskan. Personen kan i kontakten med sjuksköterskan förvärva färdigheter som behövs för att kunna utföra egenvård (ibid.). Tidigare forskning av Frennert och Östlund (2016) belyser äldre personers intresse att ta del av individuell hälsoinformation vilket i enlighet med Orem (2001) tolkas som en kategori av yttre resurser. Frennert och Östlund (2016) betonar att äldre personer inte är passiva mottagare av vård utan är delaktiga i sin egen vård vilket bekräftas i resultatet där äldre personer beskrev att ökad medvetenhet, kommunikation och egenvård bidrog till en större delaktighet i vården (Barken et al., 2018; Vatnøy et al., 2017; Gorst et al., 2016). I resultatet framgår att deltagare fick fördjupad förståelse för sitt hälsotillstånd genom information (Banner et al., 2015 & Barken et al., 2018). Mot bakgrund av tidigare forskning av Frennert och Östlund (2016) och Orem's (2001) beskrivning av egenvårdskapacitet är en tolkning att e-hälsa på grund av

tillgängligheten kan bidra till fördjupad förståelse om den egna hälsan och mer delaktighet för äldre personer i sin vård och i kommunikation med vårdpersonal (ibid.).

Orem (2001) talar om att en person förutom att ha motivationen att införskaffa ny kompetens behöver förmåga och möjlighet att införskaffa den. Resultatet visar dock att äldre personer som själva söker efter information på internet upplever det svårt att veta vad som är relevanta resurser eller ej (Aponte & Nokes, 2017; Ware et al., 2017). Upplevelsen stärks av Nymberg (2019) där deltagare talade om vikten av trovärdig information på internet. Resultatet visar att e-hälsa ger möjligheten då det erbjuds tillgängliga resurser till ny kompetens (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Mot bakgrund av Orem (2001) är en tolkning att personen som söker information själv behöver utveckla sin förmåga att införskaffa den genom egen reflektion eller genom att konsultera personer i sin närhet och/eller om möjligt vårdpersonal. Orem (2001) beskriver att egenvårdskapaciteten är en levande förmåga som påverkas av omständigheter som en persons kunskap, färdigheter, motivation och möjligheter. På grund av att egenvårdskapacitet är levande påverkas den av en persons livsberättelse och inlärningshistoria: exempelvis påverkas en persons möjlighet att förvärva hälsoinformation på internet av om personen har tillgång till en dator eller ej (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Förmågan att inhämta och förstå information som finns tillgänglig beror också på datorvana och erfarenhet av reflektion kring källkritik (ibid.). I studiens resultat beskrev äldre personer att brist på datorvana, brist på motivation och lågt självförtroende vid hantering av teknik så som datorer påverkade deras förmåga att använda internet för att inhämta hälsoinformation (Banner et al., 2015; Vatnøy et al., 2017). Upplevelsen styrks av en tidigare studie som Sheng och Simpson (2013) genomfört, vilken undersökte äldre personers motivation, förmåga och kunskap att inhämta hälsoinformation på internet. Deltagare i studien hade lågt förtroende till sin egen kompetens och ansågs sig inte ha kunskap om hur och var de skulle söka efter hälsoinformation på internet (ibid.). Mot bakgrund av Orem (2001) är en bedömning att e-hälsa är ett tillgängligt medel som har potential att utgöra resurser för att stärka en persons egenvårdskapacitet, tillgängligheten kan dock påverkas av en persons tidigare erfarenheter av teknik och inställning till teknik. Vid bristande erfarenheter och motivation kan istället tillgängligheten vara låg eller till och med obefintlig (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017).

När en person inte själv har möjligheten och förmågan att inhämta hälsoinformation för att möta sina egenvårdsbehov uppstår en egenvårdsbrist och personen behöver omvårdnad (Orem, 2001). Omvårdnaden utformas av målsättningar som formuleras för att kompensera personens egenvårdsbrister. Omvårdnadsåtgärderna ska således utgå från personens egenvårdsbehov och en viktig del i arbetet är att identifiera vilka resurser som finns och vilka ytterligare resurser som skulle behövas för att utveckla personens egenvårdskapacitet (ibid.). En tolkning av Orem (2001) formulering är att den styrker båda en persons autonomi som delaktighet då planeringen utgår från personens egen kapacitet, vilja och behov, personen får också utrymme att delta i vårdplaneringen. Tolkningen aktualiseras i resultatet som visade att äldre personer vid användning av e-hälsa upplevde en ökad delaktighet i omvårdnadsarbetet där de hade en aktiv roll i planeringen för vården (Aponte & Nokes, 2017; Banner et al., 2015; Barken et al., 2018; Hägglund et al. 2019; Shulver et al., 2017). Orem (2001) menar också att omvårdnadsåtgärder bör fördelas jämt mellan personen och sjuksköterskan för att stärka personens egenvårdsförmåga, något som bedöms tala för personens delaktighet i vården. Svensk sjuksköterskeförening (2019) förklarar att e-hälsa leder till ett naturligt maktskifte i relationen mellan hälso- och sjukvård och personer i patientsituation där personens roll stärks på grund av tillgängligheten till hälsoinformation och möjligheten att själv styra sitt mottagande av vård. Mot bakgrund av Orem (2001) och Svensk sjuksköterskeförening (2019) visar resultatet att resurserna som e-hälsa erbjuder bidrar till att äldre personer är mer insatta i sin vård och erfar att de utför mer egenvård vid användning av e-hälsa (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Svensk sjuksköterskeförening (2019) förklarar också att sjuksköterskan vid användning av e-hälsa ska arbeta för att stärka personers delaktighet och kontroll. Vid kommunikation ska exempelvis arbetet utgå från personens perspektiv (ibid.). Mot bakgrund av resultatet är en tolkning att e-hälsa kan göra äldre personer mer naturligt delaktiga i sin egen vård vilket underlättar för sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskan ska dock fortsatt aktivt arbeta för att ytterligare stärka personens delaktighet och autonomi (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Fördjupad relation med sjuksköterskan

Vid sjukdom kan en persons egenvårdsbehov se olika ut beroende på sjukdomstillstånd och sjukdomsgrad (Orem, 2001). De behov som personen inte själv har förmåga att kompensera för eller genom yttre resurser inhämta kunskap för att utveckla förmågan att kompensera för formuleras i relationen med sjuksköterskan personens omvårdnadsbehov. Personen kan med hjälp av sjuksköterskans stöd få hjälp att möta sina behov i form av en vårdrelation (ibid.). Mot bakgrund av Orem (2001) visar resultatet att äldre personer upplevde att regelbunden kontakt med sjuksköterska gav en närmare relation där de kunde inhämta stöd, tröst och en känsla av säkerhet. Kommunikation via e-hälsa gav möjlighet till mer regelbunden och effektiv kontakt (Barken et al, 2017; Gorst et al, 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Studierna av Barken et al. (2017) och Vatnøy et al. (2017) visade dock att medan svårt sjuka personer upplevde regelbunden kontakt med sjuksköterskan som en säkerhet upplevde friskare personer istället kontakten som slöseri med tid och tidvis ett hinder. Skillnaden bedöms kunna gestaltas av Orem (2001) som beskriver att svårt sjuka personer har fler egenvårdsbehov som påverkar egenvårdskapaciteten vilket gör att sjuksköterskans roll blir viktigare, friskare personer har istället en högre egenvårdskapacitet med färre egenvårdsbehov. Mot bakgrund av Orem (2001) är en tolkning att äldre personer som är svårt sjuka har behov av en närmare relation med sjuksköterskan där de kan hämta stöd, tröst och råd medan friskare personer istället har av behov av en högre grad autonomi vid användning av e-hälsa. Tolkningen styrks av Svensk sjuksköterskeförening (2019) som menar att sjuksköterskan vid användning av e-hälsa ska arbeta personcentrerat genom att utgå från individens behov och önsknings. Liknande menar Orem (2001) att egenvårdsbehov alltid ska utgå från personens egen vilja, vilket bedöms tala för vikten av att som sjuksköterska bejaka personens autonomi. Orem (2001) beskriver vidare att personen så mycket som det är möjligt ska ha ansvar för sin egen hälsa, omvårdnadsåtgärder ska utgå från individen och formuleras så att personens medverkan och beslutsfattande stärks, vilket bedöms tala för personens delaktighet och autonomi i vårdrelationen. Mot bakgrund av Orem (2001) visar resultatet att äldre personer vid kontakt med sjuksköterskan via e-hälsa kände sig förstådda, sedda och ordentligt lyssnade på (Barken et al., 2017; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Shulver et al., 2017; Vatnøy et al., 2017), vilket bedöms styrka personens medverkan och därför talar för ökad delaktighet.

Självständighet

Orem (2001) beskriver människan som en tänkande, handlade varelse med kapacitet till egenvård. Sjuksköterskan bör vara medveten om individens frihet, att individen kan handla, reflektera och ta egna beslut. Människan har förmåga till egenvård och kan vid rätt förutsättningar och innehav av tillräckliga resurser själv upprätthålla sin hälsa (ibid.). En tolkning av Orem är att människan i grunden är självständig och kan klara sig själv med rätt förutsättningar. Tolkningen aktualiseras i resultatet då personer själva söker information om sitt hälsotillstånd (Aponte & Nokes, 2017; Ware et al., 2017) och utför egenvård självständigt (Aponte & Nokes, 2017; Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Förenligt med Orems synsätt belyses i Patientlagen (2014:821) att personer har rätt till delaktighet och autonomi i sin egen vård. Genom att sjuksköterskan förstår personens frihet har personen rätt till att ta emot eller avstå vård och är kapabel att utföra egenvård (Orem, 2001). Orem menar att personens medverkan och självständiga beslutsfattande ska stödjas under vårdprocessen (ibid.). Begreppen medverkan och självständigt beslutsfattande bedöms kunna kopplas till delaktighet respektive autonomi i resultatets kontext. Följden av stöd till ökad delaktighet och autonomi som förespråkas av Orem (2001) synliggörs i resultatet genom att användandet av e-hälsa bidrog till ansvarstagande och självförtroende hos äldre personer (Hägglund et al., 2019). Vidare belyser Orem (2001) vikten av gemensam planering mellan vårdinstans och person där personen tar så stort ansvar som möjligt för den egna hälsan (ibid.). En tolkning av Orems sätt att se på ansvarstagande är att ökad delaktighet och självständighet bidrar till ett större ansvarstagande från personens sida. En vidare tolkning av Orem (2001) är att ökad självständighet kan stärka äldre personer i sin relation med sjuksköterskan då sjuksköterskan förlitar sig mer på personens förmåga till bedömning av och ansvarstagande för sin egen hälsa.

I enlighet med Orem (2001) uttrycker Svensk sjuksköterskeförening (2014) vikten av att bejaka personers autonomi och delaktighet i vården. Svensk sjuksköterskeförening (2019) belyser att sjuksköterskor måste kunna möta nya krav och behov i sitt arbete för att ge personcentrerad vård. De betonar att e-hälsa kan innebära många fördelar, exempelvis flexibiliteten som e-hälsa kan ge. Resultatet visar att äldre personer erfor att e-hälsa gav stort utrymme till autonomi och flexibilitet genom att användarna inte var bundna till tid eller plats (Banner et al., 2015; Hägglund et al., 2019). Orem (2001) betonar vikten att få vara kvar i sin

hemmiljö. Orem menar att ett av de universella egenvårdsbehoven är önskan om att vara normal (ibid.). En tolkning av Orem's synsätt i kontexten är att äldre personer med omvårdnadsbehov betraktar det normala som att kunna fortsätta bo hemma och genomföra de aktiviteter som tidigare gjorts på denna plats. Orem's (2001) syn på vikten av att bo hemma bekräftar då det framkommer i resultatet att möjligheten att bo kvar hemma ökar vid användning av e-hälsa (Hägglund et al., 2019; Vatnøy et al., 2017). Mot bakgrund av Orem's (2001) synsätt kan resultatet tolkas som möjligheten att själv kunna välja när, hur och var egenvård genomförs kan leda till en känsla av ökad självständighet, vidare tolkas att äldre personer som bor kvar hemma har hög grad av autonomi och är mer självständiga jämfört med de som exempelvis vistas på sjukhus. Socialdepartementet & SKL (2016) belyser att e-hälsa ger möjlighet till ökad kontroll över den egna hälsan och livsstilen genom att exempelvis genom att vara ett verktyg för kommunikation mellan personen och hälso- och sjukvård. Resultatet visar att e-hälsa kan ha en stor betydelse för vården då friheten att bestämma själv kan öka (Banner et al., 2015; Hägglund et al., 2019). Orem (2001) betonar vikten av autonomi i vårdrelationer. En tolkning av Orem är att känslan av att sjuksköterskan inte tar hänsyn till personers autonomi kan hindra äldre personer från att kontakta sjukvården. Vidare tolkas att personer som istället får känslan av hög autonomi i relationen kan öka motivationen att söka hälsoinformation och kontakt med sjukvården vilket förhöjer egenvårdskapaciteten. Orem (2001) förklarar att personer med en hög egenvårdskapacitet är mindre beroende av externa vårdinsatser vilket bedöms tala för att personer med hög egenvårdskapacitet är mer självständiga. Självständiga personer kan också ses ha förmåga att själva eller i gemenskap med sjuksköterskan utforma sin egenvård vilket kopplas till Orem's (2001) beskrivning av delaktighet där personer har en central roll i planeringen för egenvård. Orem (2001) menar att större delaktighet ger förmåga att styra utvecklingen av sin vård. Äldre personer är en grupp som uppvisar vilja att vara delaktiga i sin egen vård genom att visa intresse för att veta mer om sin hälsa (Frennert & Östlund, 2016). Resultatet visar att äldre personer som själva förvärvade sig kunskap och förståelse erfor en ökad känsla av delaktighet vid kontakt med hälso- och sjukvård på grund av förståelsen (Banner et al., 2015; Barken et al., 2018), vilket talar för att e-hälsa genom att låta äldre personer vara självständiga även ökar delaktigheten vid vårdkontakt.

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet visar att e-hälsa ger stort utrymme för delaktighet och självständighet från hemmet vilket i sig bidrar till både ett ökat ansvarstagande och ett ökat självförtroende. Det finns en strävan efter att leva ett normalt liv och kunna bo hemma, med den ökade autonomi som det medför. Tillgängligheten och möjligheten till delaktighet som e-hälsa bidrar med kan hjälpa äldre personer att bibehålla eller öka egenvårdskapacitet och självständighet. Äldre personer erfar genom e-hälsa att tillgänglighet till vård och vårdpersonal ökar och delaktighet i den egna hälsan ökar samtidigt som det förekommer svårigheter i användandet av teknik. Möjlighet till regelbunden och effektiv kontakt leder till en närmare relation med vårdpersonal som sjuksköterskan samt ökad trygghet, insikt, medvetenhet och delaktighet i vården varav samtliga ger goda förutsättningar för att bibehålla eller öka egenvårdskapaciteten. Vidare forskning krävs inom ämnet som exempelvis undersöker erfarenheten i olika åldersgrupper och specifika sjukdomar. Sjuksköterskan bör vara uppdaterad och ha kunskapen att möta utvecklingen av e-hälsa inom omvårdnad samt vid användning av e-hälsa bedriva omvårdnad som stödjer personens delaktighet och autonomi (Svensk sjuksköterskeförening, 2019), vilket gör det betydelsefullt att känna till vilka för- och nackdelar äldre personer kan uppleva relaterat till användandet av e-hälsa.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna till litteraturstudien har båda varit likvärdigt aktiva under arbetsprocessen. Studiens utformning och innehåll har diskuterats mellan författarna och beslut har tagits gemensamt. Samtliga delar av datainsamling och kvalitetsgranskning har initialt genomförts enskilt av respektive författare för att sedan diskuteras författarna sinsemellan. Båda författare har i slutändan läst samma antal abstrakt och fulltexter. Dataanalys och utformning av resultat och diskussion har genomförts gemensamt.

Referenser

Aponte, J., & Nokes, K. M. (2017). Electronic health literacy of older hispanics with diabetes. *Health Promotion International, 32*(3), 482-489. doi:10.1093/heapro/dav112 [doi]

Banner, D., Lear, S., Kandola, D., Singer, J., Horvat, D., Bates, J., & Ignaszewski, A. (2015). The experiences of patients undertaking a 'virtual' cardiac rehabilitation program. *Studies in Health Technology and Informatics, 209*, 9-14. Hämtad 29 november, 2019, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25980699>

Barken, T. L., Thygesen, E., & Soderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine-A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 132-142. doi:10.1111/jocn.13857 [doi]

Bradford, D. (2013). Detecting degeneration: Monitoring cognitive health in independent elder. *IEEE Xplore Digital Library: 2013 35th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 7029-7032*. doi:10.1109/EMBC.2013.6611176.

E-hälsomyndigheten. (2016). *Vad är e-hälsa?*. Hämtad 18 mars, 2019, från <https://www.ehalsomyndigheten.se/om-oss/vad-ar-e-halsa/>

Eriksson, H. & Majanen, P. (2012). *Patient.nu: med världen som hälsolieferantör och internet som vårdcoach*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Frennert, S. & Östlund, B. (2016). What happens when seniors participate in new eHealth schemes? *Disability and Rehabilitation. Assist Technology 11*(7), 572-580. doi:10.3109/17483107.2015.1063016.

Gorst, S. L., Coates, E., & Armitage, C. J. (2016). "It's sort of a lifeline": Chronic obstructive pulmonary disease patients' experiences of home telehealth. *Health Psychology, 35*(1), 60-68. doi:10.1037/hea0000246

Hägglund, E., Strömberg, A., Hagerman, I., & Lyngå, P. (2019). Theory testing of patient perspectives using a mobile health technology system in heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing, 34*(6), 448-453. doi:10.1097/JCN.0000000000000595

Internetstiftelsen. (2019). *Svenskarna och internet 2019*. Hämtad 6 januari, 2020, från <https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Ernst Bravell, M. (2013a) Gerontologi - vad är det? *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Gleerup.

Ernst Bravell, M. (2013b) Biologiskt åldrande. *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Gleerup.

Nymberg, V. M., Bolmsjö, B. B., Wolff, M., Calling, S., Gerward, S., & Sandberg, M. (2019). 'Having to learn this so late in our lives...' Swedish elderly patients' beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37*(1), 41-52. doi:10.1080/02813432.2019.1570612 [doi]

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is e-health - systematic review of published definitions. *Journal of internet medical research, 7*(1), e1. doi:10.210.2196/jmir.7.1.e1

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis: Mosby.

Patientlagen. (2014:821). Hämtad 18 december, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Raphael, D., Waterworth, S. & Gott, M. (2017). Telephone communication between practice nurses and older patients with long term conditions - a systematic review. *Journal of telemedicine and telecare* 23(1), 142-148. doi:10.1177/1357633X15625398.

Sheng, X., & Simpson, P. M. (2013). Seniors, health information, and the Internet: motivation, ability, and Internet knowledge. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 16(10), 740–746. doi:10.1089/cyber.2012.0642

Shulver, W., Killington, M., Morris, C., & Crotty, M. (2017). 'Well, if the kids can do it, I can do it': Older rehabilitation patients' experiences of telerehabilitation. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(1), 120-129. doi:10.1111/hex.12443

Siren, A., & Knudsen, S. G. (2017). Older adults and emerging digital service delivery: A mixed methods study on information and communications technology use, skills, and attitudes. *Journal of Aging & Social Policy*, 29(1), 35-50. doi:10.1080/08959420.2016.1187036

Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2016). *Vision 2025*. Hämtad 6 januari, 2020, från Regeringskansliet <https://www.regeringen.se/contentassets/79df147f5b194554bf401dd88e89b791/vision-e-halsa-2025.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Nationell e-hälsa*. Hämtad 6 januari, 2020, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/nationell-e-halsa/>

Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg av äldre: Lägesrapport 2019*. Hämtad 25 december, 2019, från Socialstyrelsen,
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>

Statens medicinsk-etiska råd. (2012). *Autonomi*. Hämtad 21 mars, 2019, från
<http://www.smer.se/etik/autonomi/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok* [Internet]. (3. rev. uppl.). Hämtad 30 november, 2019, från
<http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?*. Hämtad 25 december, 2019, från SBU
https://www.sbu.se/contentassets/2f078e7c9b594bf7b50a9ad5757589fe/lakemedel_aldre_fullt_ext.pdf

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2018a). *Befolkningsprognos för Sverige*. Hämtad 6 januari, 2020, från Statistiska centralbyrån,
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/>

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2018b). *Sveriges framtida befolkning 2018- 2070: Demografiska rapporter 2018:1*. Hämtad 6 januari, 2020, från Statistiska centralbyrån,
https://www.scb.se/contentassets/b3973c6465b446a690aec868d8b67473/be0401_2018i70_br_be51br1801.pdf

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2020). *Folkmängd efter födelseregion, ålder och kön: År 2019-2120*. Hämtad 6 januari, 2020, från Statistiska centralbyrån,
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401A/BefolkprognRevN/?rxid=659f89e1-7b30-4932-af51-3cbd0d0a5d62

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. utg.). Hämtad 18 mars, 2019, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf (Originalarbete publicerat 1953/2012)

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Strategi för sjuksköterskors arbete med e-hälsa*. Hämtad 3 januari, 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/e-halsa/strategi-for-e-halsa-2019-for-webb.pdf>

Sävenstedt, S., Sandman, P. O., & Zingmark, K. (2006). The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 17-25. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03975.x

Sävenstedt, S., Zingmark, K. & Sävenstedt, G. (2007). *e-hälsa i vård och omsorg av äldre: teknik, etik och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vatnoy, T. K., Thygesen, E., & Dale, B. (2017). Telemedicine to support coping resources in home-living patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: Patients' experiences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(1), 126-132. doi:10.1177/1357633X15626854 [doi]

Ware, P., Bartlett, S. J., Pare, G., Symeonidis, I., Tannenbaum, C., Bartlett, G., Ahmed, S. (2017). Using eHealth technologies: Interests, preferences, and concerns of older adults. *Interactive Journal of Medical Research*, 6(1), e3. doi:10.2196/ijmr.4447 [doi]

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Willman, A. (red.) (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization [WHO]. (2019). Constitution. Hämtad 6 december, 2019, från <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Östlund, B. (2013). *Teknik, IT och åldrande: hur fungerar det för patienter, omsorgstagare och äldre medborgare?*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.