Strategiska förändringsprocesser i vården

En studie om digitalisering och e-hälsas betydelse för äldreomsorgen.

Av: Philip Simonian Simonson & Joachim von Wachenfelt

Handledare: Cheick Wagué
Södertörns högskola | Institutionen för Institutionen för samhällsvetenskaper
Magisteruppsats 30 hp
Ämne | Vårterminen 2020
Magisterprogrammet i Internationellt företagande

SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till våra informanter på eHälsomyndigheten**,** Teknikmarknad och ImagineCare som har ställt upp på intervjuer och bidragit till studiens utförande med värdefull information. Utan er hade studien inte kunnat genomföras!

Vidare vill vi tacka vår handledare Cheick Wagué och våra opponenter som har bidragit med goda råd och vägledning under studiens gång. Slutligen vill vi tacka alla nära och kära som har stöttat oss. Detta har varit en lärorik och utvecklande resa för vår del!

Philip Simonian Simonson Joachim von Wachenfelt

2020

Sammanfattning:

Vi blir äldre så sjukvård och äldreomsorg behöver utvecklas för att möta demografiska förändringar. Andelen äldre över 80 år i Sverige beräknas öka med 50 procent till år 2028. En liknande utveckling ses i Europa där äldreomsorgen står inför många utmaningar och hinder. E-hälsa är ett av flera tänkbara verktyg för att göra omsorgen effektivare. Enligt hållbarhetens dimensioner (globala mål 2030) är målet att frigöra resurser, skapa jämlikhet och delaktighet, där omsorgstagaren får större insyn och ägandeskap i sin omsorgsprocess. E-hälsa är ett nytt fenomen och studien identifierar implementeringsprocessens problem och de möjligheter som digitaliseringen skapar. Förändringsfaktorerna för utveckling av e-hälsa visas och analyseras. Studiens syfte är att öka förståelsen kring de förändringsprocesser som införandet av e-hälsa inom äldreomsorgen innebär, hur processerna går till och rådande kontextuella förhållanden. För att förstå dessa förändringsprocesser tillämpas Pettigrews teori om förändringsprocesser samt Rogers diffusionsteori i den teoretiska referensramen. Studien ger följande slutsatser:

1) Införandet av e-hälsa är avgörande för den framtida sjukvården och äldreomsorgen.
2) E-hälsa innebär förbättrad patientsäkerhet.
3) Den demografiska utvecklingen med en äldre befolkningsstruktur är en viktig motivationsfaktor till e-hälsans utveckling.
4) Den offentliga sektorn saknar kompetens och expertis för att på egen hand utveckla e-hälsan framgångsrikt.
5) Covid-19 är en viktig katalysator för att påskynda e-hälsans utveckling.
6) Normala kännetecken för e-hälsans digitala verktyg är decentraliserade processer på grund av självstyre i kommunerna.
7) På grund av suboptimal resursallokering är kommunerna beroende av regioner för utveckling av e-hälsa.

E-hälsa och digitalisering är viktiga för effektiviteten samt för att kunna leverera en god och förebyggande vård som möjliggör ökad insyn och ägandeskap för den egna vårdsituationen. I studien används en kvalitativ metod där semistrukturerade intervjuer genomförts med fyra informanter. Insamlad empiri från eHälsomyndigheten, Teknikmarknad och ImagineCare AB analyseras utifrån den teoretiska referensramen varvid en bättre förståelse fås för hur komplex e-hälsa som fenomen är, dess delprocesser och kontextuella förhållanden inom äldreomsorgen där olika intressegruppers mål ställs mot varandra och påverkar utvecklingsmöjligheterna.

Nyckelord: E-hälsa, informationssystem, äldreomsorgen, vården, digitalisering, CCP, förändringsstrategier, innovation.

Abstract

We are getting older and the health care needs to be developed to keep up with the demographical alterations. The proportion of elderly in Sweden above 80 years of age is expected to increase with 50 percent by 2028 and similar developments are also seen in Europe. Healthcare has many challenges and obstacles to expect, thus wants to use e-health as a tool to make healthcare more efficient. In accordance with sustainable development (Global goals 2030) the goal is to free up healthcare resources and enable and empower the caretakers. The purpose of this study has been to contribute with an increased comprehension of the change processes that can be identified in the implementations of the e-health in elderly care, how these processes are executed and the contextual circumstances that apply in the elderly care. To further understand these processes of change, the study uses a theoretical frame of reference comprised of Andrew Pettigrew's theory of process change and Roger Everett's Diffusion Theory. The study results in the following conclusions:

1) The introduction of e-health is crucial for future healthcare and elderly care.

2) E-health means better patient safety.

3) the demographic development with an older population structure is an important motivating factor for the development of e-health.

4) The public sector currently lacks the competence and expertise to successfully develop e-health.

5) Covid-19 is an important catalyst for accelerating the development of e-health.

6) Normal characteristics of digital tools are a decentralized process due to autonomy in the municipalities.

7) Due to misallocation, the municipalities are dependent on regions for the development of e-health.

E-health and digitalization are, in addition to efficiency aspects, important for delivering a good and preventive care that provides the opportunity for increased transparency and ownership of one’s own care situation. This study applies a qualitative methodology whereas semi-structured interviews have been conducted with four informants. By analyzing collected empirical data from eHälsomyndigheten, Teknikmarknad and ImagineCare AB. The study conclude that e-health is a complex phenomenon, with subprocesses and contextual circumstances, within the elderly care whereas various stakeholder´s interests meet and impacts the possibilities for development.

Keywords: E-health, information systems, elderly care, healthcare, digitalization, CCP, change strategies, innovation

Innehållsförteckning

1. Introduktion **10**
1.1 Bakgrund 10
1.2 Problemdiskussion 13
1.3 Syfte 16
1.4 Forskningsfrågor 16
1.5 Avgränsning 16
1.6 Definition av E-hälsa 16
1.7 Sjukvårdens organisation i Sverige 18
1.8 Disposition 20
2. Teoretisk referensram **21**
2.1 Inledning 21
2.2 Förändringar och förändringsprocesser 21
2.2.1 Uppkomst till förändring 21
2.2. Typer av förändring 22
2.3 Strategisk förändring 22
2.3.1 Analysmodellen: Content, Context and Process (CCP) 23
2.3.1.2 Kontext 24
2.3.1.3 Process 25
2.4 Förändring och digital innovation 26
2.4.1 Digital mognad internationellt 27
2.4.2 Rogers diffusionsteori 29
2.5 Tidigare forskning 31
2.5.1 Förändring inom offentlig sektorn 33
3. Metod **35**
3.1 Forskningsperspektiv 35
3.1.1 Epistemologi 35
3.1.2 Ontologi 36
3.1.3 Förförståelse 37
3.2 Forskningsstrategi 37
3.2.1 Kvalitativ och kvantitativ forskning 37

3.2.2 Angreppssätt 38
3.3 Forskningsdesign 39
3.3.1 Fallstudier 39
3.3.2 Semistrukturerade intervjuer 40
3.4. Forskningsprocess 40
3.4.1 Insamling av data 40
3.4.2 Urvalsprocess 41
3.5 Trovärdighet 45
3.5.1 Trovärdighetskriterier 45
3.5.3 Pålitlighet (tillförlitlighet) 46
3.5.4 Överförbarhet (generaliserbarhet) 46
3.5.5 Bekräftelsebarhet (objektivitet) 47
3.5.6 Äkthet 47
3.6 Etiska aspekter 48
3.7 Analysmetod 50
3.8 Sammanfattning 50
4. Empiriska resultat 51
4.1 Innehåll 51
4.1.1 eHälsomyndigheten 51
4.1.2 Teknikmarknad 53
4.1.3 ImagineCare 54
4.2 Kontext 56
4.2.1 eHälsomyndigheten 56
4.2.2 Teknikmarknad 57
4.2.3 ImagineCare 59
4.3 Process 62
4.3.1 eHälsomyndigheten 62
4.3.2 Teknik marknaden 64
4.3.3 ImagineCare 66
5. Analys 68
5.1 Analys av innehåll 68
5.1.1 Digitala hjälpmedel 68
5.1.2 Digital mognad 69

5.1.3 Vision e-hälsa 2025 70
5.1.4 COVID-19 pandemins inverkan 71
5.2 Analys av Kontext 73
5.2.1 Omsorgstagarnas perspektiv 73
5.2.2 Politiskt perspektiv 75
5.2.3 Utmaningar vid implementering av digitala verktyg 77
5.2.4 Internationell jämförelse 78
5.3 Analys av process 80
5.3.1 Kostnadseffektivisering 80
5.3.2 Standardisering av informations- och kommunikationsprocesser 80
5.3.3 Nationell samverkan 81
6. Diskussion 84
6.1 Slutdiskussion 84
6.1.1 Implementering av digitala verktyg 85
6.1.2 Externa miljön 86
6.1.3 Kompetens 86
6.1.4 Reformers inverkan 87
6.1.5 Läkarkårens perspektiv 88
7. Slutsatser 89
7.1 Kritik av eget arbete 91
7.1.1 Metodkritik 91
7.1.2 Teorikritik 92
7.1.3 Källkritik 93
7.2 Förslag på vidare forskning 95
Källförteckning 96
Bilagor 105

Figurförteckning

Figur 1: Svenska sjukvårdens organisation (Egen figur)

Figur 2: The Content, Context and Process Framework (Pettigrew, A., 1987, s.657

Figur 3: OECD OURdata Index 2019 (DIGG, 2019. Sid-23)

Figur 4. Innovationsspridning (Rogers Diffusionsteori, 2003)

Figur 5: Sveriges regioner, placerat i Rogers Diffusionsteori

Figur 6: Del av. Innehåll, kontext, process (Pettigrew, A., 1987, s.657)

Figur 7: Implementering av e-hälsoverktyg på regional nivå (Egen figur)

Figur 8: Implementering av e-hälsoverktyg på nationell nivå (Egen figur)

Figur 9. Faktorer som leder till framgångsrik förändring vid implementering av digital innovation (Egen figur).

Begreppsdefinitioner

BNP	Bruttonationalprodukt
DIGG	Myndighet för digitalisering av offentlig förvaltning
CCP	Content, Context and Process Framework)
EU	Europeiska Unionen
FN	Förenta Nationerna
GDPR	Dataskyddsförordningen
ICT	Informations- och kommunikationsteknik
MDR	EU-förordning om medicinteknik
NPM	New Public Management
OECD	(Organisation for Economic Co-operation and Development) - Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling
Omsorgstagare	Patient
Patient empowerment	Patientinflytande
RAKEL	Radiokommunikation för effektiv ledning
SCB	Statistiska Centralbyrån
SKR	Sveriges kommuner och regioner. Innan 2019 hette det SKL
TETRA	Trans Trunked Radio Access. (Standard för mobila radiosystem)
WHO	(World Health Organization) - Världshälsoorganisationen

1. Introduktion

I detta kapitel kommer bakgrund, problemdiskussion, syfte och avgränsning för studien att presenteras.

1.1 Bakgrund

Sedan 1900-talet har världens befolkning ökat, från att år 1900 ha varit 1,6 miljarder till att vara strax över 7,5 miljarder idag. I Sverige har befolkningen ökat med över en miljon sedan år 2004. Man beräknar att den svenska befolkningsmängden kommer att passera 11 miljoner till år 2029. Befolkningen i Sverige liksom resten av EU och större delar av världen förändras och andelen äldre kommer att utgöra en större del av befolkningen.
För att vårdsektorn ska kunna hantera en ökad befolkningsmängd, som till stor del består av äldre multisjuka människor, behövs ytterligare två miljoner fler vårdanställda till år 2050 inom EU. Förhållandet mellan arbetande och inaktiva personer kommer att ändras från en av fyra till en av två. De äldre blir betydligt fler vilket i sin tur resulterar i större behov av välfärdstjänster (SCB, 2020).
Enligt statistik från Eurostat (2020) har EU:s 27 länder idag en befolkningsstruktur där 20,3 procent av invånarna är över 65 år.
Den totala andelen EU invånare 80 år eller äldre beräknas att mellan 2019–2100 öka från 5,8 procent till 14,6 procent (ibid).
Även i andra delar av världen delas detta demografiska problem med ett ökat åldrande och en minskad arbetsför befolkning. Utvecklade länder i exempelvis Asien har samma trend som EU där till exempel statistiken för Singapore visar att den åldrande befolkningen 65 år och uppåt har ökat från att ha utgjort 13,7 procent andel år 2015, till att omfatta 17,6 procent år 2020. En förändring på 3,9 procentenheter eller hela 28,5 procent ökning på bara fem år. Andelen 65 år och uppåt beräknas överstiga 31 procent till år 2035 med nuvarande trend (Statista, 2020).

I Sverige beskriver man att “befolkningen aldrig har varit äldre”. I siffror innebär det att 20 procent av befolkningen är över 65 år. Den åldrande befolkningen väntas medföra utmaningar inom pensionssystem samt större vårdkostnader. Professor Gunnar Andersson beskriver den åldrande befolkningen i förhållande till arbetsför befolkning som en stor problematik (SR, 2020).

I Sverige redovisade senaste hälso- och sjukvårdsrapporten (2019) underskott av ekonomiska kostnader och negativt resultat inom sex regioner, där resultatutvecklingen till stor del förklarades med kostnadsutvecklingen som har legat till grund av den åldrande befolkningen. I en tidigare studie av Vårdanalys (2014) ser man att ökad andel åldrande befolkning leder till fler fall av kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar som i sin tur ger upphov till ett ökat behov av hälso- och äldreomsorg.

Kroniska sjukdomar står för bland annat 80–85 procent av kostnaderna inom vården, 75 procent av medicinkostnader och 40 procent av ersättning vid frånvaro. Hjälp från kommunernas äldreomsorg vid kroniska sjukdomar står för ungefär 20 procent av kommunernas totala budget (Vårdanalys, 2014). I en artikel från den Europeiska kommissionen, (2011) har de offentliga hälsoutgifterna inom EU:s 27 medlemsländer legat på genomsnitt 5,9 procent av BNP: n, år 1990. Sedan dess har det ökat till 7,2 procent år 2010. På grund av den åldrande befolkningen kommer utgifterna att fortsätta öka och prognoser visar även att utgifterna för långtidsvård kommer att gå i samma riktning.

E-hälsa är ett område EU beskriver som hög tillväxtpotential med möjligheter för nya innovationer. Samtidigt är tillgång till resurser i form av ekonomi en av de barriärer som beskrivs.

Behovet av förändringar inom vården ökar (Hälso- och sjukvården rapporten, 2019).

I Sverige byggs nya vårdcentraler, sjukhus och andra vårdfaciliteter för att möta kraven från dagens riktlinjer. Investeringar ökade år 2018 med 15 procent i jämförelse med året innan och de föregående åren som tidigare snittade åtta procent i investeringsökningar. Detta är dock inte tillräckligt eftersom sjukvården står inför större utmaningar.

Motiverad vårdpersonal som har rätt förutsättningar för att kunna utföra sina arbeten korrekt är avgörande för kvaliteten inom vården och inte minst god patientsäkerhet (ibid). Många sjukvårdsanställda runt om i landet har lämnat sjukvården eller börjat arbeta inom vården utomlands vilket beror på sämre arbetsförhållanden (Kallin, 2013).

Mirsch (2018) redogör för sjuksköterskor som lämnar Sveriges stora sjukhus.

Detta är ett av många exempel vi ser beträffande den negativa produktionsutvecklingen inom sjukvården

Ett annat produktionsproblem som råder inom svensk sjukvård är antalet behandlade patienter per läkare. I Sverige hinner läkare med färre patientbesök, i jämförelse med läkare i andra länder. I en rapport från OECD (Health at Glance, 2013) presenterades snittet för antalet behandlade patienter per läkare inom alla 34 OECS-länderna. I Sverige träffar läkare ungefär 900 patienter per år, jämfört med alla OECD-länderna med genomsnittet 2400 patienter. Koreanska och japanska läkare ligger i topp med snitt på 6000 patienter (Ström, 2013).
En anledning till svenska läkares färre hanteringar av patientbesök kan bero på de administrativa arbetsuppgifterna som tar mycket av svenska läkares tid (Ibid).

SKR:s rekryteringsrapport (2018) beskriver de kommande rekryteringsutmaningar inom vården som behöver bemötas med nyanställningar motsvarande cirka 4000 personer per år under kommande tio åren, såvida inga ändringar sker i det nuvarande arbetssättet. Under denna period räknar man även med att upp till 8000 anställda inom vården kommer att hinna gå i pension.
Enligt Pensionsmyndigheten skulle förslag om höjd lägsta pensionsålder med två år innebära beräknad ökad sysselsättning med ungefär tre procent på sikt fram till år 2050 (Pensionsmyndigheten, 2016).
Detta skulle med andra ord fortfarande inte vara tillräckligt för att kunna bemöta bristen på vårdpersonal. Sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter är exempel på yrkesgrupper som kommer att behövas inom vården och berör alla regioner och kommuner (SKR:s rekryterings rapport, 2018).

1.2 Problemdiskussion

Sjukvården har under årtionden haft återkommande utmaningar där kvalitet, resurser och diskussioner om vårdköer har avlöst varandra i huruvida vården kan förbättras.
Stat, landsting och kommuner ska leverera vård till en befolkning som växer och där andelen äldre demografiskt växer. Vi blir äldre och därmed behöver vården för äldreomsorgen utvecklas (SCB 2018). Det är inte bara den demografiska utvecklingen som utgör en utmaning. För att nå hållbarhetsmål uppsatta av FN, där bland annat globalt mål nummer 3 är god hälsa och välbefinnande, behöver tillgång till god hälso- och sjukvård säkerställas till samtliga människor oavsett ålder (Regeringskansliet, 2017).
Dagens svenska sjukvård inom kommunerna skiljer sig i omfattning i jämförelse med förhållanden som gällde innan den så kallade Ädelreformen år 1992. Reformen innebar att kommuner fick överta betalningsansvaret för vård och omsorg av de äldre. Vid införandet av reformen bestämde riksdagen att läkare inte ska finnas inom äldreomsorgen, vilket har skapat stora konsekvenser för att uppnå god patientkvalitet (Ädelreformen, 1998/99:So436).

Sjukvårdssektorn är en betydande del av den offentliga sektorn, där det är ett flertal verktyg i verksamhetsstyrning som genom åren presenterats som lösningar för att göra vården mer effektiv och ytterligare resurser skapas.
New Public Management (NPM) introducerades under 1980-talet som svar på den tidens kris där stark kritik framfördes av brist på valfrihet och en växande byråkrati (Kulachet, 2011). Med hjälp av NPM skulle offentliga sektorn börja mäta sin verksamhet med hjälp av nyckeltal som ofta används inom näringslivet. Begrepp som värdegrund, chefsutveckling, verksamhetskontroll, styrsystem och datorisering har sedan introduktionen av NPM präglat äldreomsorgen. Omsorgstagaren tycks inte längre stå i centrum för diskussionen.
Begrepp som delaktighet och jämställdhet för omsorgstagaren behöver ges ökad tonvikt i debatten för att säkerställa viktigt perspektiv i utvecklingen av vård och omsorg (SKR, 2020).

Lean (Healthcare) som kommer från bilindustrin, där Toyota varit den aktör som framgångsrikt utvecklat detta i sin produktionsstyrning (Toyota Production Systems, TPS), går sammantaget ut på att eliminera slöseriet i vårdproduktionen så att fler omsorgstagare kan behandlas utifrån befintliga resurser (Liker, 2012).
Lean har i den svenska äldreomsorgen tagits emot med blandade resultat där det visserligen finns flera projekt som visar på positiva resultat, men där det också funnits kritik mot

metoden. Positiv kritik är att vårdens arbetsstruktur förbättrats men negativ kritik finns även vilken hävdar att personalomsättningen ökat på grund av specialisering av arbetsuppgifter. Personalens motivation sänks till viss del av att arbetsuppgifterna får ett begränsat innehåll. Trots Leans rationalitet i att eliminera slöseri finns det alltså nackdelar med denna verksamhetsstyrningsmodell som gör att detta styrningsverktyg enskilt, näppeligen är lösningen på vårdens utmaningar (Liker, 2012).

Eftersom ingen enskild styrningsmetod tycks på egen hand kunna lösa vårdens utmaningar, är det mycket som talar för ett pragmatiskt förhållningssätt. Dessa ses som dellösningar i ett större system där en utbyggd och förbättrad digitalisering sammanlänkar fördelar med metoder för att på så vis uppnå synergier i äldreomsorgens kapacitet och möta framtidens ökade behov och krav.

I en tidigare forskningsstudie av Ross et al. (2015) som haft e-hälsa som fokus, har författarna forskat kring de utmaningar som finns kring implementering av e-hälsa.
I studien lyfter de fram betydelsen av att identifiera barriärer och dem möjliggörande faktorerna. Författarna menar att teknologin för e-hälsa utvecklas fort vilket bland annat bidrar till utmaningar i implementeringen i den kliniska verksamheten. Då vården är skattefinansierad i Sverige förväntar sig medborgarna att en god kvalitet tillhandahålls. Att använda digitala lösningar med fokus på e-hälsa är ett kostnadseffektivt verktyg om teknologin kan implementeras på ett sätt som befolkningen kan ta till sig (Hörnsten et al. 2017).
Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR 2020) är Sveriges målsättning till år 2025 att vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) presenterar i sin senaste rapport, digital förvaltning i internationellt perspektiv (2019) att Sverige ligger bra till, men är långt ifrån bäst i världen och halkar efter de toppresterande länderna såsom Estland, Danmark och Finland.
Vidare redovisar Socialstyrelsen i sin rapport “Möjligheter och hinder för innovation och omsorg” (2018) att det finns ett brett intresse för införande av innovationer inom digitalisering. Dock sker många misslyckanden i Sverige, vilket beror på olika regleringar och brist på vägledning, kompetens samt kommunikation.
Otydliga regler kring standarder och gränssnitt som ska gälla inom digitalisering gör det svårt för privata företag som erbjuder e-hälsotjänster att implementera nya innovationer.

Inom äldreomsorgen är det fokus på evidens och nya riktlinjer. Von Thiele Scharz och Hasson (2019) beskriver att samhället inte endast avgörs av en innovation, utan hur väl det implementeras. Författarna betonar att studier visar att nya innovationer som inte implementeras på korrekt sätt är väldigt kostsamma och påverkar i slutändan omsorgstagare som hade kunnat dra nytta av detta. Författarna uppskattar att minst 50% av implementeringarna misslyckas. Implementeringar inkluderas ofta i själva definitionen av vad en innovation är (ibid).

COVID-19 pandemins påverkan på digitalisering.

Sverige har drabbats hårt av COVID-19 pandemin under våren år 2020.
En betydligt större andel av dem äldre än av den övriga befolkningen har insjuknat och den ökade smittspridningen på äldreboenden har varit utmärkande.
Forskning visar på att stigande ålder ökar risken för att bli allvarligt sjuk (Pérez et al. 2020). Ålderskategorin 60–70 år löper dubbelt så hög risk att insjukna allvarligt jämfört med ålderskategorin 50–60 år. Vidare löper ålderskategorin 70–80 år fem gånger så hög risk för insjuknande i jämförelse med ålderskategorin 50–60 år (SKR-Fakta om äldreomsorgen, 2020). Under den pågående COVID-19 pandemin har digitaliseringens omställning påskyndats. Distansarbete ligger i fokus för att minimera smittoriskerna och regeringen ser möjligheterna i att införa nya innovationer som omfattar digital kommunikation, digital tillgänglighet och delaktighet. Samverkan med myndigheten för digital förvaltning (DIGG) kommer att ansvara för effektivisering av digitalisering (Regeringskansliet, 2020).

Witterblad (2015) beskriver att Sverige har goda förutsättningar. För att digitalisera äldreomsorgen finns det blandade åsikter om e-hälsans potential för att lösa det ökande vårdbehovet. Det finns dem som menar att debatten såväl överskattar som underskattar möjligheterna i e-hälsa och denna osäkerhet leder fram till ett behov av att undersöka hur det ligger till med e-hälsans bidragande potential med att möta det ökande vårdbehovet.

1.3 Syfte

Studiens syfte är att bidra till en ökad förståelse kring de förändringsprocesser som införandet av e-hälsa inom äldreomsorgen innebär, hur processerna går till och de kontextuella förhållanden som råder i äldreomsorgen.

1.4 Forskningsfrågor

- Vad innebär införande av e-hälsa för äldreomsorgen och vad förändras i denna verksamhet som ett resultat av e-hälsa?
- Vilka kontextuella förhållanden förklarar varför äldreomsorgen inför e-hälsa?
- Hur går äldreomsorgen tillväga i sina införandeprocesser av e-hälsa och vad kännetecknar dessa processer?

1.5 Avgränsning

Denna studie fokuserar på företag, universitet, myndigheter och SKR:s (staten, kommuner och regioner) perspektiv på e-hälsoarbetet. Författarna har valt att studera olika perspektiv inom e-hälsa med en internationell utblick.

1.6 Definition av E-hälsa

E-hälsa kan beskrivas på många olika sätt. Enligt Eysenbach (2011) är e-hälsa ett framväxande fenomen inom offentlig sjukvård och medicinsk informatik refererat till hälso- och sjukvårdstjänster som kan förbättras med internet och relaterad teknologi.
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beskriver e-hälsa som ett sätt att utveckla välfärden där man lägger vikt i digitaliseringens möjligheter för att förbättra kvaliteten och använda resurser mer effektivt (e-Hälsa SKR, 2019).
Socialstyrelsens definition av e-hälsa kopplas samman med hälsa, där man beskriver hälsa som psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande och menar på att e-hälsa använder sig av digitala verktyg för att uppnå hälsa (e-hälsa, Socialstyrelsen, 2020).
Sveriges Kommuner och Regioner, Socialstyrelsen och eHälsomyndigheten har gemensamt valt att använda WHO:s definition som grundar sig på denna definition:

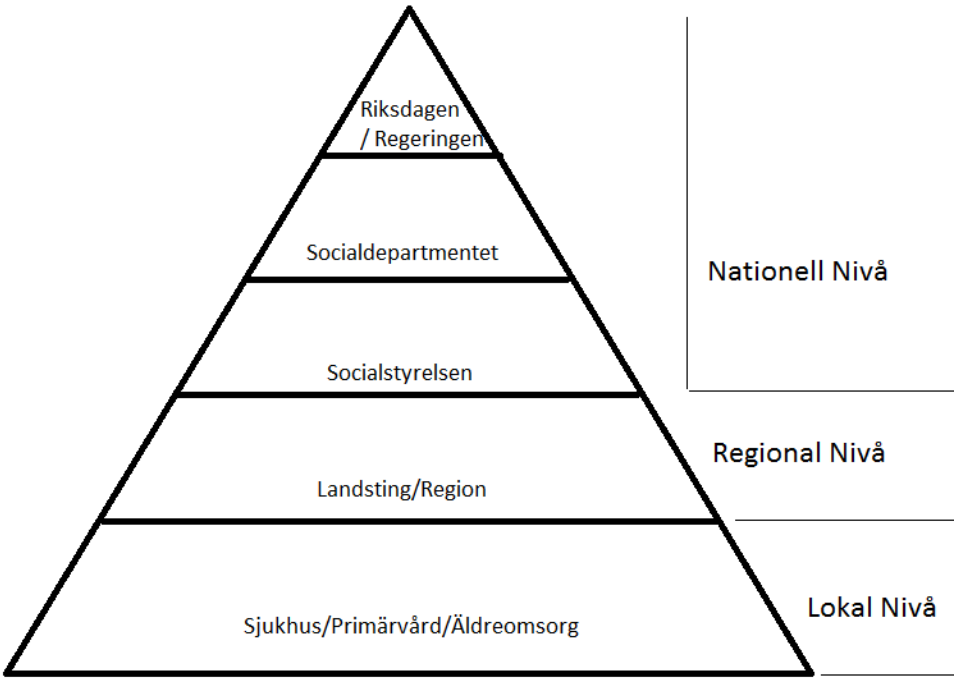
“E-hälsa är användningen av informations- och kommunikationsteknik (ICT) för hälsa. Enheten för e-hälsa samarbetar med partners på global, regional och landnivå för att främja och stärka användningen av ICT i hälsoutveckling, från applikationer inom området till global styrning. Enheten är baserad på avdelningen för leverans och säkerhet i klustret för hälsosystem och innovation ”Källa: (WHO, 2020).

Oh, Rizo, Enkin och Jadad (2005) beskriver att definitionen av e-hälsa har blivit en accepterad neologism, trots avsaknad av klar överenskommelse och exakt definition. Begreppen teknik och hälsa är återkommande ord som omfattas av e-hälsa utan en klar enighet om av vad teknik och hälsa i kontexten som i sin helhet innebär. Den gemensamma nämnaren som har framkommit i studien är att e-hälsa associeras samman med ord såsom förbättring, fördelar och effektivitet.
Föra att nå transparens och tydlighet i begreppets innebörd kommer (Oh et al. 2005) fram till att kommunikationen mellan de organisationer, institut och individer som använder termen e-hälsa behöver bli eniga om definitionen, vilket vi också för övrigt anser.

1.7 Sjukvårdens organisation i Sverige

För att ge läsaren förståelse för sjukvårdens organisation i Sverige kommer en övergripande beskrivning att presenteras.

Figur 1: Svenska sjukvårdens organisation (Egen figur)



Sverige består av 21 regioner/landsting. Varje region/landsting har möjlighet att anpassa en verksamhet till lokala förutsättningar eftersom det är ett kommunalt självstyre som råder. Dessa regioner har som huvudansvar att organisera och se till att alla medborgare har tillgång till en god hälso- och sjukvård. Varje region styrs av politiker som utses av invånarna. Kommuner ansvarar för den äldre populationen och personer i behov av vård vid psykiska och fysiska funktionsnedsättningar. Sverige består av 290 kommuner som bedrivs genom kommunalt självstyre (Svenska Sjukvårdssystemet, 2020).

Sveriges kommuner och regioner (SKR) är en organisation som representerar hela landets kommuner och regioner. SKR styrs av politiker och har som uppgift att bidra till utvecklandet av kommuner och regioners verksamheter. Detta skall fungera som ett nätverk för samordning. Slutligen har SKR som uppgift att skapa effektivitet och belysa förändringar som kan vara till fördel (Svenska Sjukvårdssystemet, 2020).

Vidare skriver SKR på sin hemsida att självstyrelse är bra för att:
"En stark självstyrelse och en levande lokal och regional demokrati ökar förutsättningarna för att medborgarna ska känna delaktighet och ta ansvar för samhällets utveckling" - (SKR, 2020).

Svenska hälso- och sjukvården delas in i tre nivåer inom vårdkedjan som består av:

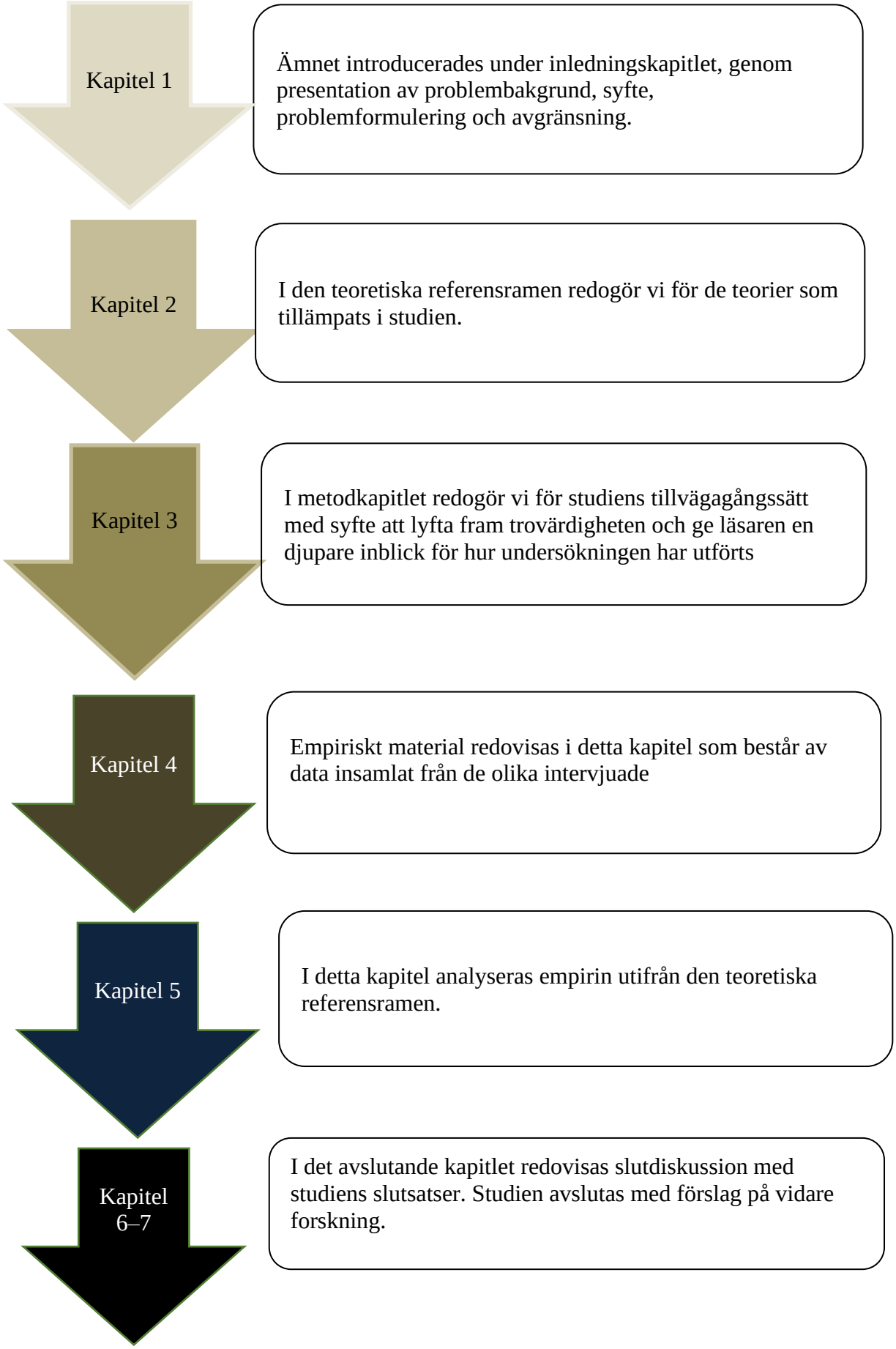
1. **Primärvård och äldreomsorg**: som är grunden för svenska vården och delas in i vårdcentraler och olika mottagningar runt om i Sverige.
   Beredningen för primärvården och äldreomsorgen ansvarar för hanteringen av frågor som handlar om vård och omsorg med fokus på den totala vårdkedjan. Vidare ligger fokus på frågor som berör folkhälsa med fokus på förebyggande arbete (SKR beredskap, 2020). Primärvården inkluderar 1000 vårdcentraler och olika mottagningar (Svenska Sjukvårdssystemet, 2020).

2. **Länssjukvården:** Täcker upp för kompetens och medicin/teknisk utrustning runt om i landet. Det finns 20 länssjukhus och över 40 länsdelssjukhus.
3. **Regionsjukhus** som behandlar komplicerade skador och sjukdomar.
   I Sverige bedrivs sju universitetssjukhus som behandlar sällsynta skador och sjukdomar. Universitetssjukhusen samarbetar nära med de medicinska högskolorna och universitet kring forskning och utbildning.

Organisatoriskt perspektiv inom äldreomsorgen

Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att riksdagen konkret flyttade över betalningsansvaret från landsting till kommuner vilket rent praktiskt inkluderade en överföring av sjuksköterskor till kommuner, men läkarna stannade rent organisatoriskt kvar i landstingen. Reformen flyttade därmed 55 000 anställda och 20 miljarder kronor från landstingen till kommunerna. En konsekvens av reformen är att antalet vårdplatser minskade med 40 procent under perioden 1992–1998. Minskat antal vårdplatser och organisatoriska förändringar som innebar att sjuksköterskor och läkare framöver skulle rapportera till olika chefer skapade inte det bästa förutsättningarna för samarbete. Numera har landstingens vård verksamhet övergått till regioner och läkare finns i både regioner och kommuner, men det är framför allt allmänläkare som återfinns i kommuner medan specialistläkarna finns kvar i regioner (Ädelreformen, 1998/99:So436).

1.8 Disposition



2. Teoretisk referensram

2.1 Inledning

I detta kapitel redogör vi för den teoretiska referensram som vi använder för vår studie om e-hälsa inom äldreomsorgen. Det är många intressenter och faktorer som påverkar e-hälsans förändringsprocesser i äldreomsorgen. Av den anledningen behöver vi utgå från ett konceptuellt ramverk som är holistiskt och dynamiskt för att beskriva och förklara förändringar som e-hälsa utgör.

Vi har huvudsakligen kombinerat två teorier och modeller för att skapa en referensram och analysera de olika aspekterna och för att öka förståelsen av e-hälsa. Teorier som anses relevanta för forskningsfrågor lyfts fram, där framförallt teorier inom kontextuella faktorer, förändringsprocesser, innovationer och digitalisering beskrivs. Kapitlet avslutas med tidigare forskning.

2.2 Förändringar och förändringsprocesser

I denna studie ligger fokus på förståelse för förändringsprocesser inom äldreomsorgen med e-hälsa som verktyg. Därför är det av intresse att undersöka olika intressegrupper som aktivt arbetar med e-hälsa och hur förändringar sker inom äldreomsorgen.

Forskare har olika syn på hur förändringar utformas och hur detta sker kommer att diskuteras i kommande kapitel. I kommande avsnitt presenteras även de olika drivkrafter bakom uppkomsten av förändringar samt teorier om hur förändringar går till och hanteras.

2.2.1 Uppkomst till förändring

Mintzberg och Westley (1992) beskriver att förändringar sker av olika anledningar och det är nödvändigt att förstå orsaken till dessa förändringar. Uppkomst till förändringar delas in i två olika kategorier som kallas induktiv och deduktiv förändring.

Den första kategorin beskrivs som induktiv förändring och benämns (inifrån och ut) och handlar om förändringar som sker innanför en organisation. Den andra kategorin beskrivs som deduktiv förändring och syftar till förändringar som sker utifrån, eller så kallat (utifrån och in)

som handlar om förändringar som sker utanför en organisation. Beskrivningen av förändringar baseras på behov och idéer (Mintzberg & Westley, 1992).

2.2. Typer av förändring

Mintzberg och Westley (1992) poängterar att det finns olika typer av förändringar som kan kategoriseras då organisatoriska förändringar genomförs på olika sätt. Aspekter såsom grad, karaktär och omfång skiljer sig vid förändringar. Mintzberg och Westley (1992) delade även in förändringar i två kategorier:

1. *Konceptuella förändringar*
2. *Konkreta förändringar*

Beroende på typ av förändring som ska genomföras ställs beslutfattare inför en del utmaningar, därför är det viktigt att förstå vad det är för förändring det handlar om för att det ska anpassas till styrning. Förändringar kan särskiljas åt beroende på om det är reaktivt eller proaktivt, alltså om förändringen sker på grund av en specifik händelse, alternativt om förändringen är planerad. Mintzberg och Westley (1992) beskriver konceptuella förändringar mer som proaktiva medan konkreta förändringar anses generellt vara reaktiva.

2.3 Strategisk förändring

Strategisk förändring och förändring i allmänhet kan tolkas och förstås ur olika perspektiv. Ett sådant perspektiv bidrar Andrew M Pettigrew med, som menar att förändring inte bara bör betraktas ur ett processperspektiv, utan man bör också ta hänsyn till en organisations kulturella, historiska och politiska dimensioner. Pettigrews modell visar en kontinuerlig interaktion mellan innehåll, förändringssituation och själva förändringsprocessen. Här förklarar han kontext som när och varför en förändring äger rum och han menar att den yttre kontexten hänvisar till ekonomiska förhållanden och en inre kontext som kan härledas till struktur, kultur, politik och resurser. Innehåll är det förändringsarbete som utförs och handlar om specifika omvandlingsområden som teknologi, digitalisering med mera.
Process beskriver hur en förändring äger rum och går att relatera till specifika åtgärder med interaktioner mellan olika intressegrupper som förhandlar om hur förändringen ska ske.

Pettigrews modell underlättar förståelsen av det komplexa organisationsutbyte som äger rum mellan olika typer av organisationer och förändringsnivåer.

2.3.1 Analysmodellen: Content, Context and Process (CCP)

CCP modellen översätts på svenska till innehåll, kontext och process.
I ett hermeneutiskt perspektiv sker en tolkningsprocess när vi försöker förstå någonting (Ödman, 2001). Vi försöker förstå och fokuserar ständigt mellan del och helhet. För att förstå en del av någonting behöver vi känna till helheten och för att förstå någonting behöver vi förstå del av sammanhanget. Det kan vara en text, åsikt, perspektiv som ett litterärt verk representerar. Vi behöver med andra ord förstå kontexten där små element utgör delar i ett större sammanhang. De enskilda elementen utgör alltså delkomponenter, om man vill uttrycka det så. Detta resonemang överensstämmer bra med Pettigrews (1985a) CCP modell. Han menar att för att kunna förstå en enskild förändring, oavsett om detta är en ny strategi eller e-hälsoinnovation, behöver denna förändring sättas in i sin kontext. Pettigrew menar att processdimensionen innebär en tillämpning av den process i vilken strategiska förändringar utvecklas och Pettigrews modell stödjer också förståelsen genom modellens beståndsdelar med förändringsdimensioner och samspelet dessa emellan.

2.3.1.1 Innehåll

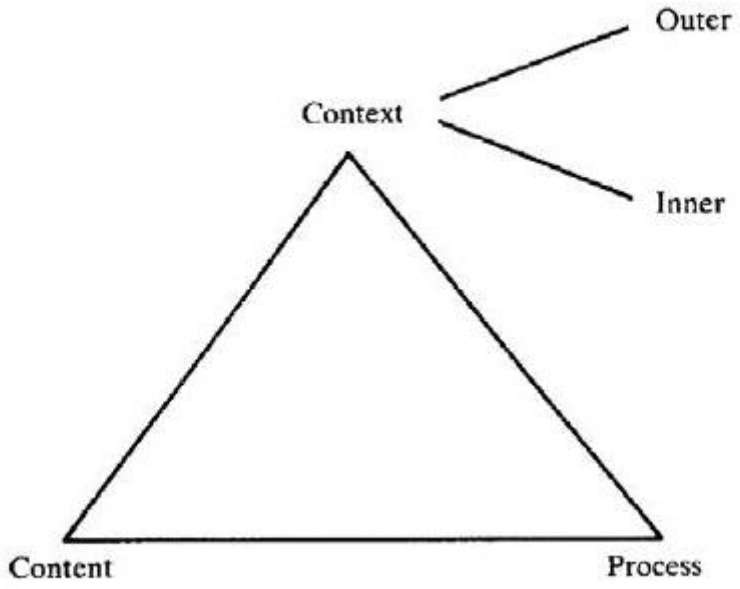
Det specifika innehållet i den strategiska förändringen är beroende av sin koppling till sammanhanget och processen.
Ur en allmän nivå innebär processmognaden en bekräftelse av det strategiska innehållet i och hur organisationen utvecklar inre och övriga sammanhang (Pettigrew, 1987).
Innehållets förändring kan härledas till särskilda områden som behöver förändras såsom produkter, arbetskraft, teknik eller företagskultur samt informationssystem och dess kopplingar till organisationens strategi (Serafeimidis och Smithson, 2003; Cronholm och Goldkuhl, 2006; Stockdale och Standing, 2006).
Informationsteknologi förändras med tiden och därigenom dess tillämpning**,** vilket betyder att innehållet har förändrats. Med nya metoder utvecklas också behov av att immateriella fördelar inkluderas. Detta betyder inte att tidigare mätmetoder kan uteslutas och att endast ett enskilt mätinstrument kan omfatta alla aspekter i utvärderingen (Stockdale & Standing, 2006).

2.3.1.2 Kontext

Få studier visar att förändringsprocesser kan studeras på ett djupare sätt ur ett kontextuellt perspektiv. Pettigrew menar att det är viktigt att undersöka om förändringsfenomen kan studeras som en händelse eller som en uppsättning av olika avsnitt. Många managementmodeller ger enligt Pettigrew**,** episodiska vyer som endast ger en ögonblicksbild och misslyckas därmed att ge information om processernas mekanismer genom vilka förändringar skapas.

En förståelse i en sammanhangsanalys krävs för att skapa ett meningsfullt sätt att se på förändring.

Figur 2. The Content, Context and Process Framework (Pettigrew, A., 1987, s.657)



The broad framework guiding the research

Figuren ovan visar att**;** för att möjliggöra en strategisk förändring eller större organisatorisk förändring, krävs det att frågor om förändringens innehåll, sammanhang och process ställs och interaktion mellan dessa kategorier av förändring, besvaras.

Utgångsläget för att genomföra denna analys av strategisk förändring är att en formulering av innehållet i en ny strategi oundvikligen medför en koppling till hur detta innehåll hanteras i sitt sammanhang och dess process.

Det yttre sammanhanget (Outercontext) hänvisar till den ekonomiska, politiska, kulturella, affärsmässiga och konkurrensmiljö som organisationen arbetar i. Det inre sammanhanget (Innercontext) hänvisar till, företagskulturen, strukturen och den politiska kontexten genom vilken en bekräftelse uppnås av de idéer för förändring som organisationen bör fortsätta med.

Beroende på vilka behov som föreligger kan alltså en organisation byta produkter, arbetskraft, teknik, eller rent av företagskultur, åtminstone kan ett försök göras. Processen för utbyten är de reaktioner, handlingar och interaktioner mellan olika intressegrupper när de, var och en på sitt sätt, försöker ta organisationen från dess nuvarande position till en framtida position.

2.3.1.3 Process

Det är enligt Pettigrew viktigt att förstå processens betydelse för förändring.

För det första är det viktigt att strategier, kulturer och strukturer behandlas neutralt och där funktionella konstruktioner som är kopplade till vissa system betraktas som dugliga till att stödja och skydda dominerande intressegruppers intressen.

För det andra kan fördomar som finns i kulturer och strukturer, rätt eller fel, skydda dominerande grupper genom att minska risken för att dessa utmanas och funktioner i yttre och inre sammanhang kan nyttjas av dominerande grupper för att legitimera ordningen, alternativt hjälpa till att skapa en ny ordning.

Dessa förutsättningar är lika viktiga för förståelsen av processer för strategisk förändring som för att förstå den strategiska förändringens resultat. Betraktelsen av politiska och kulturella processer är central för processerna, och dess mekanismer, för att förändringarna skall anses vara legitima eller inte.

Resultatet av en legitimering av processen ger slutligen innehållet i den strategiska förändringen och formas av kulturella och politiska hänsynstaganden, trots att de ofta uttrycks i rationella termer (Pettigrew, 1987).

Att konstatera att omvandlingen i organisationen kan innebära en utmaning för den dominerande kulturen, ideologin och maktförhållandena i organisationen bekräftar i sig varför processernas karaktäristika kan rättfärdigas och förklara varför stora förändringar kan vara så långa och krångliga. Det är helt enkelt inte alla intressegrupper som stödjer den stora förändring som påbörjats (Pettigrew, 1987).

Enligt Pettigrew (1987) hänvisar processdimensionen till handlingar, reaktioner och interaktioner utförda av aktörer vars ambition är att transformera organisationen från ett nuläge till ett framtida läge. Smithson och Hirschheim (1998) menar att förändringsdimensionen svarar på hur och när förändringen genomförs.

Enligt Mintzberg et al (1976) kan en beslutsprocess delas in i tre faser:

Identifikationsfasen - i vilken ett problem, en kris eller en möjlighet identifieras/definieras.
Utvecklingsfas – i vilken en lösning utformas där organisationen söker eller utvecklar lösningar på problemet.

Selektionsfasen – i vilken utvärderingar och val genomförs. Faser och handlingar, som dessa omfattar, behöver inte komma i en specifik beslutsprocess och ordningsföljden mellan faserna kan variera (Mintzberg et al. 1976).

2.4 Förändring och digital innovation

Tidigare forskning beskriver digitaliseringen som en positiv förändring.
Med rätt kompetens, kommunikation och implementering kan det leda fram i innovativa och nya lösningar (Jonsson och Hagberg, 2016). Joseph Schumpeter (2008) beskriver "innovation" som nya tillvägagångssätt att göra saker och ting på.
För att kunna definiera ordet innovation börjar man med att belysa ordet invention som innebär att skapa idéer. Från idé till verklighet sker en process, där innovation definieras som själva processen till den nya produkten eller tjänsten.
En innovation handlar om att bidra till det bättre där det exempelvis kan handla om en ny produkt som i sin tur bidrar till effektivisering av ett befintligt arbetssätt (Birkinshaw och Hamel, 2008).
Inom sjukvården kommer hela tiden nya innovationer som kan bidra till effektivisering. Cöster och Westelius (2016) beskriver att organisationer förväntas vara mer formbara och

flexibla för att kunna ta till sig digitalisering. Inom vården talas mycket om e-hälsa och digitala verktyg som många forskare menar på kan bidra med effektiviseringar.
E-hälsa är ett relativt nytt fenomen och beskrivs enligt följande av Socialstyrelsen: “Att arbeta med e-hälsa innebär att tänka och arbeta på nya sätt och att använda digital teknik som ett stöd för det. Det innebär att organisering av vården också behöver förändras när den digitaliseras. Vården ska vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker. Genom effektivitet, uppföljning och utvärdering så bidrar e-hälsa till det” (Socialstyrelsen, det här är e-hälsa, 2020).

2.4.1 Digital mognad internationellt

Kane et al. (2015) definierar digital mognad som ett sätt att förändra en verksamhetsprocess, struktur och befintliga arbetsuppgifter med digital teknologi. Matt, Benlian och Hess (2015) påvisar att användning av innovationer ökar i takt med större digital mognad.

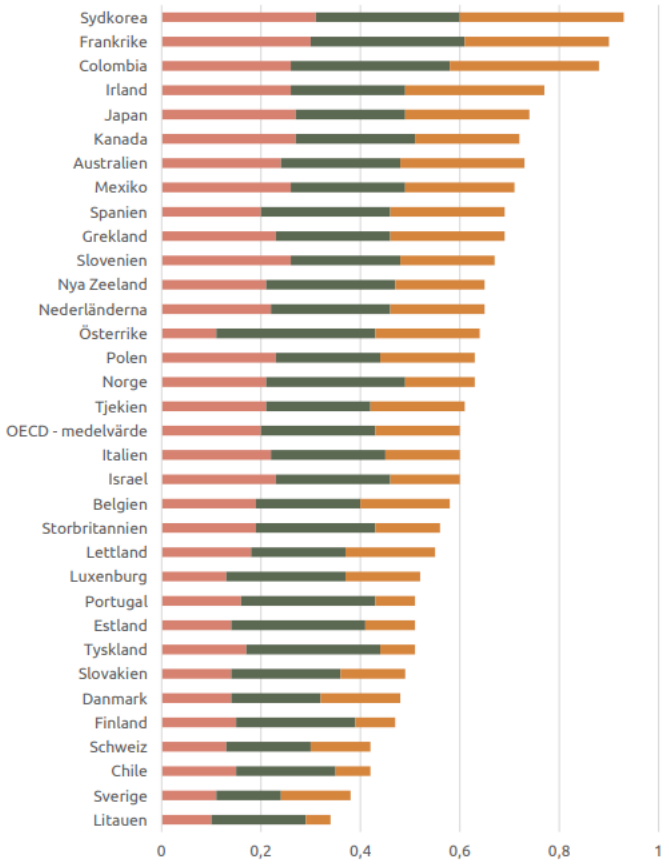
DIGG som är Sveriges myndighet för digital förvaltning har i sin publikation (Digital förvaltning i internationellt perspektiv, 2019) presenterat en sammanställning av Sveriges positionering i fyra olika internationella jämförelser, utförda av EU-kommissionen (DESI, Digital Economy and Society Index), OECD:s OOURdata index, e-förvaltningsjämförelse (eGovernment Benchmark) och FN:s e-förvaltningsundersökning.
Sverige når bra resultat i sin helhet men är ojämn och uppnår bra respektive mindre bra placeringar i samtliga undersökta kategorier.
En av de kategorier som Sverige uppnår en bra placering i förhållande till resterande EU länder, är “uppbyggnad” som inkluderar humankapital, konnektivitet, integrering av digital teknik och offentliga tjänster samt användning av internettjänster.

Sverige ligger över EU-genomsnittet i varje kategori och detta beror på att svenskar är duktiga på att ta till sig och implementera ny teknik i offentlig förvaltning (DIGG, 2019). Däremot ligger Sverige sämre till i kategorin “tillgång till öppna data och behandling av informationssystem”.
I DIGGs rapport 2019 lyfter man fram vikten av att det behöver finnas en helhetssyn med fokus på regeringens styrning och i kommuner och regioner. Sverige behöver lägga mindre fokus på enskilda myndigheters behov och ha mer gemensamma, tydliga och stabila

nationella mål. Detta förhållningssätt stärks av Digitaliseringsrådet i sin rapport (En lägesbild av digital rapport, 2018) som beskriver att en av fördelarna med den digitala tekniken är att den skapar förutsättningar för en mer proaktiv offentlig förvaltning.

OURdata Index (Open-Useful-Reusable Government data Index) mäter och jämför länder avseende implementering och hantering av offentlig data.
I den senaste mätningen år 2019 för motivering till nya innovationer av tillgång-, användbarhet- och återanvändning av data inom offentliga sektorn, låg Sverige näst sist, på plats 32 av 33 (2019) och låg tidigare på plats 31 (2017), (DIGG, 2019 s. 21–25). Nedan redogörs för de länder som ingått i studien:

Figur 3. OECD OURdata Index 2019 (DIGG, 2019. Sid-23)



Detta index baseras på fem olika kategorier:

1. Kommunikation, Funktionalitet
2. Innehåll och involvering av användare inom den nationella dataportalen
3. Förekomsten beträffande krav och riktlinjer på data utifrån regeringens sida
4. Främjandet av öppna data och användning

5. kvalitet på- och tillgänglighet till data

Ser man till vårt grannland Danmark har de lyckats med sin digitaliseringsstrategi (DIGG, 2019). De har aktivt arbetat med en strategi från år 2016 till år 2020, där tre faktorer beskrivet nedan är avgörande (Danmarks digitalisering, 2020 s. 14).

1. Digitala lösningar måste vara enkla att använda, snabba och säkerställa hög kvalitet.
2. Digitaliseringen i den offentliga sektorn måste ge goda förutsättningar för tillväxt
3. Säkerhet och förtroende måste alltid vara i fokus

Utifrån DIGG (2019), har Danmark i den senaste mätningen år 2019 för motivering till nya innovationer av tillgång-, användbarhet- och återanvändning av data inom offentliga sektorn, gått från plats 31 (2017) till plats 27 (2019).

2.4.2 Rogers diffusionsteori

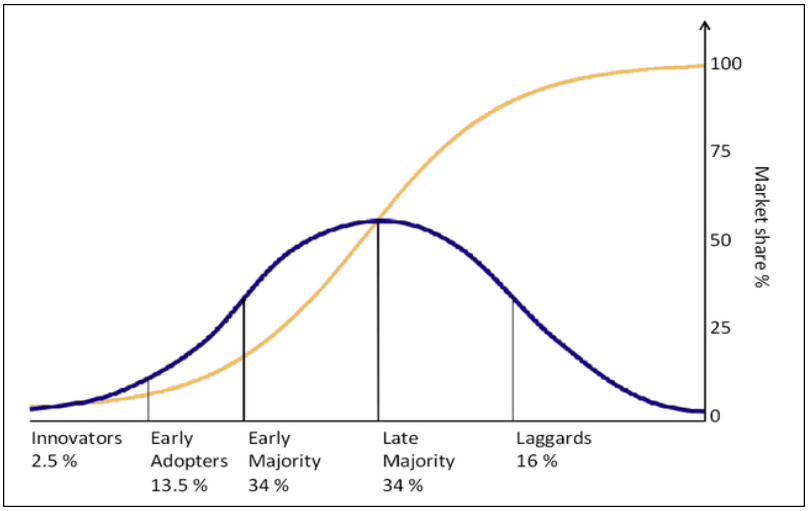
Rogers har forskat om innovationsspridning i över 40 år och hans bok ”Diffusions of Innovations” utgör ett centralt och viktigt bidrag i hans forskning. Rogers beskrivning av innovationsspridning är en generell process och i sin teori kan förklaras i olika moment som kommer att redovisas nedan (Rogers, 2003).

Processen att ta till sig en innovation benämnde Rogers för “the innovation-decision process” där användarna börjar med att få kännedom om en innovation till att det sedan beslutats att användas. Processen förklaras med följande steg;

1. Användarna får kännedom och kunskaper om en innovation
2. Användarna blir övertygade om att bruka innovationen och har en viss inställning till innovationen i sig
3. Beslut om att använda innovationen
4. Implementering av innovationen sprider sig i en organisation/verksamhet
5. Användarna söker efter bekräftelse om att använda innovationen

Vidare kategoriserar Rogers spridning av innovationer med en normalfördelningskurva som presenteras nedan. Spridningen som beskrivs genom att en användare tar till sig en innovation som sedan får andra att börja använda det förklaras med en kurva över tid. Normalfördelningskurvan (blåmarkerad) visar ökningstakten som till en början är långsam och sedan ökar snabbt. Sedan avtar den när det inte längre finns fler som tagit till sig innovationen. Frekvenskurvan (gulmarkerad) förklarar antalet nya användare som tillkommer medan normalfördelningskurvan beskriver nya användare vid specifikt tillfälle under en tidsperiod.

Figur 4. Innovationsspridning (Rogers Diffusionsteori, 2003)



Innovatörer

Innovatörer utgör 2,5 procent av en population. De är företagsamma, ute först med att ta till sig nya innovationer. Roger menar att innovatörer lättare kan förstå komplexa tekniska system och vågar dessutom att ta risker. Innovatörer kan anses icke-populära inom sin omgivning eftersom de vågar ändra på en befintlig tillvaro.

Tidig brukare

Vidare menar Roger att tidiga brukare utgör 13,5 procent av en population. Dessa betraktas som de man ska stämma av med ifall det är bra att införa en ny innovation eller inte. Med andra ord anses en tidigare brukare ofta vara en informell ledare som har inflytande på sin omgivning.

Tidig majoritet

Tidig majoritet utgör 34 procent av en population. Användare inom den tidigare majoriteten tar inte till sig en ny innovation först, men anammar den strax före den "genomsnittlige invånaren". De skapar en viktig länk mellan tidigare brukare och den sena majoriteten.

Sen majoritet

Den sena majoriteten utgör 34 procent av populationen. Användare inom denna kategori tar till sig nya idéer strax efter den "genomsnittlige invånaren". Detta kan bero på ekonomiskt perspektiv eller påverkan från kollegor som börjat ta till sig en ny innovation. De är oftast skeptiska och bekväma med sin befintliga tillvaro.

Eftersläntare/Vägrare

Detta är den sista kategorin och utgör 16 procent av en population. Dessa karaktäriseras som användare med ett litet nätverk och oftast isolerade samt skeptiska till innovationer som leder till förändring. Därav är det få eftersläntrare/vägrare som är informella ledare.

2.5 Tidigare forskning

Det sker en snabb utveckling av e-hälsa som i sin tur medför möjligheter till förbättrad sjukvård. I takt med detta ställs det krav om nya typer av teknologier som implementeras, vilket i sin tur är en utmaning.

Det tar ungefär 17 år för att nya kunskaper ska implementeras (Andersson, Hollmark, Lefevre Skjöldebrand och Lindblad, 2015). Det finns tidigare forskning internationellt som beskriver utmaningarna vid implementering av digitaliseringsverktyg såsom informationssystem. Dessa typer av teknologier innefattar framförallt användbarhet och driftskompatibilitet (Ibid).

I Sverige råder det stor tröghet vid implementering av digitalisering och andra e-hälsoverktyg. En utmaning som (Andersson et al. 2015) beskriver är den så kallade sociala acceptansen som handlar om omsorgstagaren, vårdgivare och anhörigas acceptans av e-hälsa. Detta är enligt (Andersson et al. 2015) avgörande för att implementeringen ska lyckas.

Trots att kunskapsnivån ur ett tekniskt perspektiv hela tiden ökar, är den tekniska färdigheten en viktig aspekt för implementation av digitala verktyg.

De tekniska kunskaperna som intressenter och användare har, påverkar i sin tur attityden till att ta till sig nya system. För att kunna maximera användningen av ett system ska detta speglas mot intressenters och användares tekniska färdigheter (Andersson et al. 2015). Andersson et al. (2015) förklaring verifieras av WHO (World Health Organization, 2013) som beskriver att vårdpersonal behöver bredda sin kompetens för att kunna ta till sig nya kunskaper och förändrade arbetssätt.
Förändring till förbättring av arbetsuppgifter är en av de viktigare faktorer för att kunna till sig ny teknologi som kan utövas i verksamheter (Andersson et al. 2015).

Barret och Dowding (2015) menar att intressenter och användare måste se fördelarna med e-hälsa och förstå att ny teknik kan ge support i form av effektivisering av resursanvändning, omsorgstagarens säkerhet samt bättre interaktion med omsorgstagare. Däremot finns det studier som visar på att omsorgstagaren inte ser fördelarna med användning av nya e-hälsoverktyg (Wilt, Versluis, Goedhart, Delft, 2020). Samtidigt råder olika åsikter och känslor gällande den stora förändringen som nya e-hälsoverktyg medför (Hörnsten et al. 2017). Utöver detta beskriver Bossen och Ingemansson (2016) att en utmaning i Sverige är att det behövs kompetens inom digitalisering för att användning ska utövas på bra sätt. Gil et al. (2005) lyfter fram omgivningens inflytande för utveckling inom myndigheter och företag, där kompetensutveckling är en viktig faktor.

I en studie från SKR, (2019) har man tagit fram resultat från två internetbaserade enkätundersökningar, där man ställt frågor till yrkesverksamma och studerande.
Enkät skickades till totalt 1093 respondenter där 510 lärare, 107 läkare, 138 undersköterskor, 179 sjuksköterskor och 159 socionomer besvarade på frågorna.

Resultatet visade att majoriteten av alla kategorier är positivt inställda till ökad digitalisering. Yrkesverksamma inom vården är mest positivt inställda till implementering av digitalisering. Över hälften av medarbetarna inom vård och omsorg är positivt inställda till konsultation, behandling med hjälp av digital teknik.
Läkarna är mest positiva till stöd och omsorg i hemmet med hjälp av digital teknik, med över 62 procent som svarade “mycket positiv/ganska positiv”. Vidare anser mer än hälften att digitalisering ökar kompetenskraven på arbetsplatsen.

2.5.1 Förändring inom offentlig sektorn

Lane och Wallis (2009) beskriver att myndigheters autonomi har ökat de senaste decennierna och att politiker lägger större vikt vid att skapa övergripande mål som genererar mer strategiska förändringsarbeten till myndigheter. Lane och Wallis menar att dessa mål kan vara otydliga och komplexa, vilket gör att det skapas utrymmen till tolkningar för hur förändringar och policys ska utföras. Myndigheter får alltså stort utrymme gällande implementering av mål och för att hantera detta tilldelas ledning och struktur som kan hantera målen inom den offentliga sektorn (Lane & Wallis 2009).

E-hälsa är ett av de övergripande målen inom den offentliga sektorn och man har som mål att Sverige ska vara världsledande i arbetet med e-hälsa fram till år 2025 (Vision e-hälsa 2025). För att ett e-hälsoverktyg ska kunna implementeras inom äldreomsorgen, ska det först ske en offentlig upphandling (Flanagan och Uyarra, 2010).

Moe (2014) beskriver att det är utmanande för offentliga verksamheter att upphandla digitala verktyg. Många informationssystem är unika och komplexa vilket gör att intressenter inom den offentliga sektorn inte har tillräckligt med kunskaper och kompetens för att kunna genomföra upphandlingar korrekt, som ligger i linje med Bossen och Ingemanssons (2016) forskning. Vidare är informationssystem omfattande vilket leder till förändringar inom den upphandlade kommun, landsting eller region som många inte vill ta del av. Schapper (2006) styrker detta med att förklara att det ofta råder misskommunikation vid upphandlingar, där brister på kunskap ofta leder till att man inte förstår vad en specifik upphandling egentligen syftar till.

Thai (2001) påstår att offentliga upphandlingar beskrivs som mycket komplicerade och behöver rätt kompetens och kunskaper för att det ska gå till på rätt sätt. Vidare menar Thai (2001) att kommunikation är väldigt viktigt och alla intressenter ska inkluderas under hela upphandlingsprocessen. Detta styrks även av Moe (2014).

COVID-19 Pandemin

Digital hälsoteknik erbjuder stora möjligheter för ett befintligt sjukvårdssystem Barret och Dowding (2015).
Under pågående COVID-19 pandemin har forskare runt om i världen lyft fram fördelarna i att prioritera digitalisering inom sjukvården med fokus på äldreomsorgen, eftersom den äldre befolkningen löper störst risk att drabbas värst.
Pérez et al. (2020) lyfter fram digitala lösningar som avgörande roll i syfte att minska smittspridningen. Det höga trycket som har påverkat sjukvården, har varit en drivkraft för förändringar. Detta ligger i linje med beskrivningar av Khilnani, Schulz och Robinson (2020). Pérez et al. (2020) som gjort sin forskning i Spanien menar på att kommunikation och "öppen data" mellan alla involverade är en avgörande framgångsfaktorerna.

3. Metod

För att ge läsaren förståelse för arbetets genomförande, kommer detta avsnitt att presentera studiens metodologiska tillvägagångssätt vid utförandet av semistrukturerade intervjuerna och utgångspunkt. Vidare kommer insamlad data att analyseras med hänsyn till dess tillförlitlighet och trovärdighet ur ett kritiskt perspektiv.

3.1 Forskningsperspektiv

3.1.1 Epistemologi

Epistemologi är läran om kunskap och enligt Platon är kunskap en delmängd av det som både är sant och det som människor tror på. Värdet av kunskap har alltid varit ett centralt diskussionstema inom epistemologin där filosofer ställer sig frågan: Varför är kunskap mer värdefullt än endast tro? Motivering och förståelse är utmärkande värdefullt vilket leder den generella frågan om varför kunskap till ett värderingsproblem (Pritchard et al. 2018).

Hermeneutiken och positivismen är två huvudsakliga forskningsperspektiv som används för att försöka förstå och tolka verkligheten genom ett vetenskapligt förhållningssätt (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 1997).

Enligt Bryman och Bell (2017) söker hermeneutiken svar på vilket fenomen som visat sig och vad det innebär. Utifrån detta försöker man sedan tolka och nå insikter, detta som en central utgångspunkt. Inom Hermeneutiken är ett centralt begrepp ”den hermeneutiska cirkeln” och tolkningsprocessen liknas vid en cirkel där ny förståelse nås genom nya erfarenheter och idéer som i sin tur skapar ny förförståelse i kommande tolkningar.

Hermeneutikens syfte är att skapa förståelse av ett fenomen, en handling eller ett beslut och tar hänsyn till den kontext som fenomenet har sin förankring i ett ekonomiskt, socialt, historiskt forskningsperspektiv. Ett hermeneutistiskt forskningsperspektiv används i kvalitativa studier (Ibid).

Positivismen försöker nå insikt och förståelse genom empiriska studier där målsättningen är att försöka identifiera egenskaper hos forskningsobjektet som också återkommer i andra fall och situationer. När man kartlagt ett fenomens mönster och regelbundenhet kan man, förhoppningsvis, förutsäga och ingripa i processen.
Ett positivistiskt forskningsperspektiv, som syftar till att mäta och väga fenomen, används i kvantitativa studier (Bryman & Bell, 2017).
Eftersom vi strävar efter att uppnå en holistisk förståelse, där äldreomsorgen analyseras in i mångfacetterat sammanhang, är vårt forskningsperspektiv hermeneutistiskt i denna kvalitativa studie. Vi försöker förstå fenomenets helhet genom att studera dess viktiga delar.

3.1.2 Ontologi

Ontologi handlar om läran om hur individer ser på världen och hur dessa tolkar sociala företeelser samt forskarens syn på hur verkligheten fungerar. Frågor som handlar om ontologi delas normalt in i två olika synsätt; objektivism och konstruktionism (Bryman & Bell, 2017).

Objektivism innebär, i motsats till konstruktionismen, att källornas existens är oberoende av sociala aktörer och är en del av den ontologiska ståndpunkten. I denna studie har vi samlat in empiri i form av sekundärkällor såsom akademiska artiklar, branschrapporter och facklitteratur.
Ingen av dessa källor ser vi i sig som en social företeelse, men det ger oss likväl kunskap och information för att skapa en helhetsbild av fenomenet e-hälsa.

Konstruktionism som är den andra delen av ontologiska ståndpunkten handlar om att sociala företeelser och dess betydelse är något som kontinuerligt skapas av sociala aktörer (Bryman & Bell, 2017).
Genom intervjuer och samtal har vi samlat empiri från sociala företeelser där vår uppfattning och kunskap om e-hälsa som fenomen växt fram ur ett socialt samspel med respondenter.

Studien har inhämtat kunskap genom att läsa forskningsartiklar, myndighetsrapporter och böcker. Vi har även kommunicerat och samtalat med respondenter och experter samt med varandra och vår handledare. Studien har sammantaget haft stöd av båda ontologiska perspektiven.

3.1.3 Förförståelse

Studien inleddes med viss förståelse för området som undersökts.
Efter denna studie har vi utökat vår kunskap och därmed vår förförståelse inför nästa studie, och likt hermeneutiken så utökas vår förförståelse varje gång vi fått mer kunskap om ett fenomen.
Som författare tog vi med oss viss specifik företagsekonomisk kunskap inhämtad från universitetsstudier, men eftersom vi som skribenter har arbetslivserfarenhet så har vår förförståelse sitt ursprung från andra kunskapskällor och erfarenheter än bara våra företagsekonomiska studier.
Vi som skribenter är medvetna om att vår bakgrund och erfarenheter kan, beroende på vetenskapliga discipliner, betraktas som en tillgång eller en belastning i vår tolkning av det insamlade empiriska materialet. Vi tror själva att det i likhet med den hermeneutiska cirkeln, är en tillgång som underlättar tolkningen av materialet.

3.2 Forskningsstrategi

3.2.1 Kvalitativ och kvantitativ forskning

En metod beskriver studiens tillvägagångssätt för undersökning som forskaren tillämpar för datainsamling. Beroende på val av undersökningsmetod, kan det karaktäriseras som en kvalitativt alternativt kvantitativ forskningsstrategi. Den stora skillnaden består i mätprecision där data, som ofta resulterar i sifferanalys och statistikberäkningar benämns som kvantitativa. Kvalitativa data bearbetas utifrån forskarens subjektiva perception medan kvantitativa data bearbetas mer objektivt (Denscombe, 2019). Metoder för datainsamlingen skiljer sig åt beroende på studiens helhet och framförallt syfte (Åsberg, 2001). Författarna har läst andra studier med liknande problembakgrund inom e-hälsa och har valt en kvalitativ metod för att genomföra studien. Motiveringen till val av metod grundar sig på ett hermeneutiskt perspektiv där en kvalitativ metod erbjuder en djupare förståelse av fenomenet e-hälsa och där studien strävar efter att förstå sambanden mellan olika processer i e-hälsa och hur dessa tillsammans skapar en helhet av fenomenet e-hälsa inom äldreomsorgen.

En kvalitativ forskningsmetod är lämplig inom forskning där man vill studera ett fenomen på djupet och är en vanlig metod inom samhällsvetenskapliga studier (Denscombe, 2019). Forskaren eftersträvar en helhetsbeskrivning av en studerad process, situation eller ett

fenomen. Repstad (2010) beskriver att kritiken mot den kvalitativa ansatsen primärt är generaliserbarheten, där tillvägagångssättet ofta utgörs av intervjuer och observationer. Vidare karaktäriseras datainsamlingen av att relativt få respondenter bearbetas från antalet möjliga deltagare, vilket som tidigare beskrevs gör att det inte är möjligt att generalisera resultaten. Larsen (2009) lyfter också fram kritiken mot den kvalitativa ansatsen beträffande generaliserbarheten, med intervjuareffekten som en stor nackdel. Kritiken som diskuteras är huruvida de intervjuade eller intervjuare kan bli påverkade av situationen. Vid ett kvalitativt metodval är det två forskningsansatser som vanligtvis används; induktiv, vilket är ett filosofiskt förfaringssätt att härleda slutsatser från erfarenheter alternativt deduktiv vilket är ett förfaringssätt som utgår ifrån teori för att sedan kontrollera om den stämmer överens med verkligheten (Halvorsen, 1992).

3.2.2 Angreppssätt

För alla typer av forsknings och utredningsarbete finns det inom vetenskapsteorin två nyckelbegrepp, induktion och deduktion (Wiedersheim-Paul & Eriksson, 1997, sid. 229). Den klassiska vetenskapliga metoden, deduktion, utgår ifrån en referensram, en teori eller en modell. Därefter formuleras hypoteser som sedan ställs mot verkligheten genom att utföra observationer, det vill säga samla empiri. Ett förfaringssätt som utgår ifrån teori för att sedan kontrollera om den överensstämmer med verkligheten (Halvorsen, 1992).
Med en induktiv forskningsmetod gäller det motsatta. Via observationer i verkligheten till generaliseringar i en teoretisk referensram. I det praktiska forsknings- och utredningsarbetet används ofta en kombination av dessa forskningsmetoder, abduktion.
Ett exempel är när en initial ostrukturerad intervju, där inget mätinstrument eller modell används, i en andra fas leder till byggande av modell och testas genom att intervjua respondenter i en strukturerad undersökning (Wiedersheim-Paul & Eriksson, 1991).

Vår studie började med att vi samlade in empiri för att sedan fråga oss själva hur vi skulle kunna förklara e-hälsa processer utan en teoretisk referensram. Svaret på denna fråga var att vi inom kort kom fram till att det skulle bli svårt att förklara e-hälsa som fenomen utan ett teoretiskt ramverk som kunde hjälpa oss att analysera den empiri som vi samlade in.

Eftersom vår forskningsprocess påbörjades utan en teoretisk referensram som empirin kunde ställas mot har vi inledningsvis bedrivit studien induktivt. I studiens efterföljande fas valde vi ut en teoretisk referensram som möjliggjorde tolkningar och förklarar förändringar och processer i e-hälsa.
I forskningsstudiens andra fas analyseras den insamlade empirin mot den teoretiska referensramen vilket betyder att studien i denna fas bedrevs deduktivt. Wiederheims-Paul (1997) menar att det är vanligt att forskningsprocesser karaktäriseras av ett tillvägagångssätt där forskningen har inslag av båda typer av ansatser och att det är vanligt att processen växlar mellan ansatserna.
Eftersom vår forskning bedrivits induktivt såväl som deduktivt har den därmed haft en abduktiv forskningsansats (ibid).

3.3 Forskningsdesign

3.3.1 Fallstudier

Fallstudier syftar till att ge djupgående kunskaper om det man undersöker. Målet med fallstudier är att skapa generalisering för teoriutveckling och är utformade som undersökningar som görs inom olika områden. Forskaren utformar en djupgående analys av ett fall, ofta av en händelse eller process (Yin, 2014).
Denscombe (2019) beskriver att fallstudier utmärks av att inriktningen av en studie fokuseras vid ett specifikt fenomen. Enligt Denscombe (2019) tillämpar man fallstudier oftast när forskare vanligtvis väljer att studera förändringar eller processer. Fallen är definierade av tid och aktivitet och forskaren samlar detaljerad information där olika insamlingsverktyg av data används över viss tidsperiod (Yin, 2014).

Denna studies undersökningsenhet är e-hälsans förändringsprocesser inom äldreomsorgen där ett kvalitativt tillvägagångssätt med djupintervjuer har utförts.
Eftersom målet är att identifiera och analysera fenomenet på ett djupgående sätt har en fallstudie upplevts vara rätta formen. Ett problem med en fallstudie är att resultatet kan vara svårt att generalisera eftersom ett specifikt fall undersöks. Därför kan resultatet enligt Denscombe (2019) inte representera alla fall i verkligheten. För att få en så komplett bild av

det valda forskningsområdet, har flera olika aktörer involverade inom e-hälsoarbetet studerats och intervjuats.

3.3.2 Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer är enligt Denscombe (2019) det vanligaste förekommande tillvägagångssättet.
Intervjuer ger mer detaljerad information samtidigt som den intervjuade är närvarande vilket minimerar risker för missförstånd eller oklarheter (Goodwin & Goodwin, 2013).
Semistrukturerade intervjuer utgör en lista med frågor som behandlas, men kan variera och skilja sig från intervju till intervju. Ordningen på frågorna kan ändras i syfte att underlätta och skapa ett flöde för den pågående konversationen. Vidare kan kompletterande frågor ställas för att hjälpa respondenterna att förtydliga sina svar (Saunders, Lewis & Thornhill, 2016).
E-hälsa är ett omfattande fenomen och flexibiliteten med semistrukturerade intervjuer blir därför mer lämpligt för denna studie, istället för intervjuer med följd struktur som inte tillåter att förändringar eller kompletterande frågor sker (Chadwick, Bill och Treasure 2008).

3.4. Forskningsprocess

3.4.1 Insamling av data

Vi har systematiskt sökt efter e-hälsa, publikationer inom informationssystem och informationsteknologi för att hitta artiklar som är relevanta för digitalisering, informationssystem och informationsteknologi samt e-hälsa i synnerhet. Vi har haft ett fokus på etablerade akademiska källor såsom SAGE- publikationer, artiklar publicerade i akademiska tidskrifter och avhandlingar.
Artiklar och böcker har sökts via Södertörns online bibliotek där sökningarna utförts i olika databaser. Exempel på några av dessa fulltextdatabaser är SAGE Journals Online, Springer LINK, Taylor och Francis, Emerald Insight och JSTOR. Via dessa fulltextdatabaser har vi bland annat fått tillgång till IS-IT-tidskrifter i fulltext såsom EJISE (European Journal of Information Systems Evaluation).

Tillvägagångssättet för att få fram artiklar och information började med att vi av vår handledare fick ett antal branschartiklar som i sin tur ledde till att vi sökte fram forskningsartiklar på e-hälsorelaterade områden. Genom att ange nyckelord, författarens namn, ämne, ISBN, alternativt en kort eller lång mening, har vi sökt efter e-hälsorelaterade artiklar. Databaser i all ära men det är svårt för dem att avgöra relevansen för vårt forskningsområde, därav har vi genomfört arbetet manuellt, det vill säga vi har läst igenom mängder av artiklar för att kontrollera graden av relevans. Litteratursökningen har varit en interaktiv process som lärt oss att ompröva olika söktekniker och den hermeneutiska strategin har varit kärnan i vårt sätt att söka och studera utvalda artiklar. Själva litteratursökningsprocessen har varit en nyttig läroprocess.

3.4.2 Urvalsprocess

Vi började med att skicka ut e-mails till generella mejladresser till tio olika aktörer som aktivt arbetar med e-hälsa och är involverade inom äldreomsorgen och har kontor i Sverige.
Vi kontaktade aktörer från både privata och offentliga sektorn. Av dessa tio, inleddes diskussion och vidare kontakter med fem aktörer. Av de resterande som valde att inte delta, förklarade två personer att de inte hade tid att ställa upp och tre beskrev att de hade generella policys om att inte medverka som respondenter i studentarbeten.

I vårt e-mail förklarade vi syftet med denna studie och några av de frågor som ställdes för att ge den potentiella respondenten en helhetsbild av intervjufrågorna. Vidare bokades alla möten över mejl som resulterade i telefonintervjuer.
Vi hade föredragit fysiska möten, men på grund av den rådande COVID-19 pandemin så var detta inte möjligt. Intervjuerna var bokade för 30–40 minuter, men kunde variera mellan 30–70 minuter. Alla intervjuer spelades in, transkriberades och skickades sedan till respondenterna för deras godkännande.
Det transkriberade materialet analyserades för att iaktta mönster i svaren som uppkom.

För att få respondenterna att känna sig bekväma ställdes frågan om man ville välja att vara anonym under intervjun. Respondenterna har valt att förbli anonyma. Häger (2007) beskriver i det som denne kallar (Intervjuns regler), vilket innebär att en respondent har sin rättighet att förbli anonym samt vara informerad om syftet med studien innan intervjun kan genomföras.

Av denna anledning inleddes en för-konversation med samtliga respondenter för att diskutera att förbli anonyma samt informerade om studiens syfte för att de skulle vara medvetna om varför dessa personer har blivit specifikt valda. Vidare har författarna haft i åtanke till reglerna frågat respondenterna ifall det är okej att spela in under samtalets gång. De flesta av respondenterna har vid sina redogörelser också besvarat vissa intervjufrågor utan att vi ens behövde ställa dom. Enligt Hägers (2007) beskrivning bör man börja hänsynsfullt med några mjukstartfrågor. Syftet med startfrågorna är att ge respondenterna möjlighet att informera om vad de arbetar med. Vidare har frågor ställts beträffande uppfattningar, upplevelser och personliga åsikter gentemot deras arbete.

De frågor som ställdes fick de intervjuade att reflektera och vara mer förtydligande i sina svar. Som tillägg till de frågor som planerades i förväg ställdes även följdfrågor som besvarades och på så sätt gav ytterligare information (Denscombe 2016).
Studiens respondenter valdes utifrån ett representativt perspektiv, där individer med olika kunskaper, erfarenheter och egenskaper som på olika sätt besitter information inom ämnet som i detta fall handlar om e-hälsa. Förutom ett representativt urval valdes en kombination av strategiskt urval där man medvetet har valt ut respondenter som anses vara lämpliga för att kunna belysa studiens forskningsfrågor (Bryman & Bell, 2017). Detta för att inte få en ensidig bild och ger studien bredare förståelse (Alvesson, 2017). Därför har respondenter som kommer från myndigheter, vården och akademiska sidan valts för att ge en mer heltäckande bild samt ett medicinteknikföretag inom privata sektorn som arbetar mot vården och har lång erfarenhet med e-hälsoarbete.

eHälsomyndigheten

eHälsomyndigheten är en svensk statlig myndighet med ca 280 anställda (en styrelse med en myndighetschef). Myndigheten grundades den 1 januari 2014 och uppgifterna är bland annat att leda, driva och samarbeta med olika kommuner, apotek, landsting och myndigheter.
Mest fokus ligger på att utveckla e-hälsan i Sverige. eHälsomyndigheten leds av en instruktion och ett regleringsbrev från regeringen, där regeringen bland annat bestämmer hur myndigheten ska styras och anordnas, vilka uppgifter den ska ha, vilka lagar den ska följa och dessutom styrs den ekonomiska delen av regeringen.
Lagarna som eHälsomyndigheten följer är personuppgiftslagen, lagen om receptregister och lagen om läkemedelsförteckning. Men det framkommer även enstaka regeringsuppdrag som

eHälsomyndigheten ska kunna ta ansvar för. eHälsomyndigheten arbetar med det så kallade vision e-hälsa 2025 som handlar om att Sverige till år 2025 ska bli bäst i världen på användandet av digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för befolkningen att uppnå god och jämlik hälsa och välfärd. Vidare är målet att utveckla och förbättra resurserna för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.
Man har som vision att medarbetare har en digital arbetsmiljö som möjliggör hög kvalité och stödjer de processer medarbetarna verkar i (Om eHälsomyndigheten, 2020).

Vi kom i kontakt med en avdelningschef som hänvisade oss till två kollegor som aktivt arbetar och har haft tidigare erfarenhet med e-hälsoarbete:

Intervjuad: Respondent 1 har bakgrund som sjuksköterska och har arbetat i över 20 år inom vården och har tidigare varit aktiv med e-hälsoarbetet. Hen började på eHälsomyndigheten 2018 och arbetar som utredare.
Telefonintervju: 2020-03-29: *cirka 42 min*

Intervjuad: Respondent 2 har bakgrund som sjuksköterska och har arbetat i många år inom olika ledarroller med lång erfarenhet inom äldreomsorgen. Hen började arbeta som utredare på, eHälsomyndigheten 2019,
Telefonintervju: 2020-04-08: cirka *32 min*

ImagineCare

ImagineCare som startades 2013 började som ett innovationsprojekt i USA med 40 anställda med tvärprofessionell bakgrund. Företaget har utvecklats med fokus på e-hälsolösningar och har som mål att skapa en global spridning. Företaget har sedan början på år 2020 fått avtal med två landsting till vilka de levererar sina e-hälsotjänster som specialiserar sig på hemmonitorering av personer med kroniska sjukdomar.
Det senaste avtalet som de fick i april år 2020, syftar till att avlasta vården och förhindra samhällsspridning i Region Jämtland Härjedalen under COVID-19 Pandemin.
Vi fick intervju med en av grundarna till företaget som har 20 års erfarenhet inom vård och omsorg med tidigare inriktning såsom administrativt ledarskap och verksamhetsutveckling.

Intervjuad: Respondent 3
Telefonintervju: 2020-04-10: cirka 55 min

Teknikmarknad.

Teknikmarknad samverkar med Kungliga Tekniska Högskolan och har sitt kontor på Campus Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm.
Samtliga medarbetare som arbetar inom Teknikmarknad är examinerade på kungliga tekniska högskolan inom teknikrelaterade områden. Teknikmarknad arbetar aktivt med bland annat e-hälsa i samverkan med Sveriges kommuner och är delaktig internationellt.
Sedan de startade år 2009 har Teknikmarknad utfört arbeten för fler än 100 kommuner och har arbetat med över 1300 teknikdelar med fokus på miljö. Vidare har organisationen hjälpt ett tiotal kommuner med att ta fram framtidens teknik i samband med projekt inom delegationen för hållbara städer. Teknikmarknad har även samarbete internationellt där de har arbetat och försett kinesiska kommuner med hjälp beträffande teknik från svenska leverantörer. De är i nuläget 5 anställda (Om Teknikmarknad, 2020).

Intervjuad: Respondent 4, Process Forskare- och marknadschef Teknikmarknad,
Telefonintervju: 2020-03-30: Cirka 70 min

3.5 Trovärdighet

3.5.1 Trovärdighetskriterier

Denscombe (2019) menar att trovärdighet i kvalitativ forskning relaterar till hur forskaren visar att insamlad data är exakt och relevant. Lincoln och Guba (1989) menar att det inte finns något definitivt sätt som visar att forskaren fått fram denna rätta ”sanningen” och på grund av detta använder de termen ”trovärdighet” i forskningen.

För att lyfta fram denna trovärdighet kan med fördel vissa forskningsverktyg användas för att övertyga läsaren om att forskarens data är relevant, precis och följer etablerad forskningspraxis. Ett sådant verktyg är *respondentvalidering* där forskaren återvänder till respondenterna för att kontrollera empirins validitet. Denna återkoppling kan ske dels under själva intervjun för att kontrollera att forskaren uppfattat svaren rätt, dels efter själva transkriberingen av intervjun (Denscombe, 2019, s.420).

Ett annat verktyg är triangulering där forskaren ställer olika datakällor mot varandra för att på så sätt verifiera att insamlad data är relevant.
Geologer, lantmätare och navigatörer med flera använder triangulering för att fastställa objekts position i den fysiska världen. Triangulering har anpassats och utvecklats för samhällsforskare och används nu i den sociala världen där datatriangulering utförs för att kontrollera olika informationskällor och tidpunkter vilket möjliggör att datainsamlingens fynd kan valideras (Denscombe, 2019, s.226).

Ytterligare ett verktyg är teoritrianguleringen innebär att mer än en teori används för att tolka data. Olika perspektiv ger utrymme för att tolka data för ett problemområde på mer än ett sätt.

Vad beträffar respondentvalidering har vi i vår forskningsstudie innan intervjuerna kontrollerat våra respondenters bakgrund och erfarenhet. Detta har vi gjort genom att läsa på Linkedin och hemsidor. Vidare har vi ställt följdfrågor under intervjuerna för att verifiera att vi uppfattat respondenternas svar korrekt. Vi har slutligen återkopplat vårt transkriberade material för att dels kontrollera att respondenternas svar är kompletta, dels för respondenterna att komma med synpunkter.

Avseende triangulering har vi i datainsamlingen använt olika informationskällor såsom intervjuer, forskningsartiklar och myndighetsrapporter för att uppnå tilliten i processen. Vi har även använt mer än en teoretisk position för att tolka data (Denscombe, 2019, s.228).

3.5.3 Pålitlighet (tillförlitlighet)

Denscombe (2019) hävdar att forskarens ”jag” tenderar till att vara sammanvävt med forskningsinstrumentet och att forskaren med sin subjektiva uppfattning oundvikligt till viss del färgar av sig på forskningsprocessen. Frågan ”Om någon annan utför forskningen, skulle hen då få samma resultat och komma fram till samma slutsatser?” bör ställas och för att eftersträva objektivitet och att möjliggöra en upprepning av forskningen bör läsaren erbjudas en redogörelse av de procedurer och beslut som tagits i forskningsprocessen (Denscombe, 2019).

Vi som författare har eftersträvat en transparens i hur vi gått tillväga vid val av teoretisk referensram, datainsamling och analys. Vidare har vi redovisat motiveringar till beslut och val och opponenter och handledare har kritiskt granskat våra skrivelser

3.5.4 Överförbarhet (generaliserbarhet)

Enligt Denscombe (2019) karaktäriseras kvalitativ forskning av att fokusera på djupgående studier av ett mindre antal fall. Frågor väcks därmed av hur representativa dessa fall är och hur pass sannolikt det är att hitta liknande slutsatser i liknande fall. Det vill säga hur generaliserbara är forskarens slutsatser? Denscombe (2019) menar att kvalitativa forskare försöker kringgå dessa centrala metodfrågor med argument som att det inte är det uppdrag att säkerställa sådan generaliserbarhet. Att de bidrar med värde genom att lyfta fram och redovisa det specifika och unika i sin forskningsstudie.

Många forskare hävdar att frågan om generaliserbarhet är relevant och att kvalitativ forskning kräver ett alternativt angreppssätt och detta benämner Lincoln och Guba (1989) för överförbarhet. Betydelsen av överförbarhet blir att frågeställningen bör fokusera på i vilken utsträckning slutsatser går att överföras till liknande fall och inte på i vilken utsträckning det är sannolikt att unika slutsatser kan identifieras i andra fall (Denscombe, 2019).

3.5.5 Bekräftelsebarhet (objektivitet)

Denscombe (2019) menar att det är oundvikligt att slutsatser och resultat i kvalitativ forskning påverkas av den eller de som utför forskningen eftersom det alltid är fråga om en tolkningsprocess. Forskarens "jag" påverkar själva tolkningen av data och vidare avgör forskarens "öppna sinne" möjligheter till att överväga alternativa och konkurrerande förklaringar av insamlad empiri (Denscombe, 2019).

Vi som författare är medvetna om dessa omständigheter och förstår att våra egna förföreställningar, erfarenheter och personliga åsikter kan påverka våra slutsatser. För att minimera subjektiviteten och maximera objektiviteten har data och analys delats med opponenter och respondenter.

3.5.6 Äkthet

Äkthet delas in i delkriterier som enligt Bryman och Bell (2017) inkluderar:

- Rättvis bild
- Pedagogisk autenticitet
- Ontologisk autenticitet
- Taktisk autenticitet
- Katalytisk autenticitet

Rättvis bild handlar om att ifrågasätta om studien återberättar en ärlig bild av respondentens åsikt. Om detta uppfylls innehar studien en rättvis bild (Bryman och Bell, 2017). I denna studie har vi ständigt uppnått rättvis bild genom att tolka och förstå respondenternas svar. Båda skribenter i denna studie har ställt följdfrågor ifall det har varit något oklart. Alla intervjuer spelades in via mobiltelefonen som sedan transkriberades. Det transkriberade materialet studerades åter och när det var något oklart återkopplade vi åter till respondenten för att kunna säkerställa det specifika svaret. Pedagogisk autenticitet undersöker ifall studien har givit respondenterna ett större perspektiv av hur andra individer uppfattar samma område som de verkar inom (Bryman och Bell, 2017). Detta har uppnåtts genom att respondenterna i denna studie fick ta del av materialet vilket ökade deras förståelse.
Ontologisk autenticitet handlar om att hjälpa respondenterna få en bredare förståelse för ämnet med denna studie (Bryman och Bell, 2017). Vi har diskuterat med respondenterna

kring ämnena äldreomsorgen, e-hälsa, digitalisering och Sveriges sjukvård. Öppna frågor ställdes med fokus i att öka respondenternas förståelse för frågorna som ställdes. Taktisk autenticitet undersöker om respondenterna har erhållit nya insikt kring den miljö de verkar inom. (Bryman och Bell, 2017). Detta har uppnåtts genom att de har tagit del av denna studie. Katalytisk autenticitet undersöker om respondenterna kan förändra sin nuvarande situation med hjälp av denna studie (Bryman och Bell, 2017). Detta har uppnåtts genom att vi tillsammans med respondenterna har haft diskussioner kring e-hälsa inom äldreomsorgen samt att respondenterna tagit del av denna studie som innehåller teorier, tidigare forskning och perspektiv som främjar deras kunskaper med nya perspektiv.

3.6 Etiska aspekter

Vetenskapsrådet menar att forskning är viktigt och nödvändigt för att individer och samhället ska utvecklas. Det är därför ett berättigat krav, från samhället och dess medlemmar, att forskningen bedrivs och inriktas på väsentliga frågor. Att den håller hög kvalitet. För att möjliggöra detta har Vetenskapsrådet tagit fram fyra allmänna huvudkrav på forskningsprocessen: 1) informationskravet; *forskaren skall informera berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte.*
Regel 1: Forskaren *skall informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. De skall därvid upplysas om att deltagandet är frivilligt och om att de har rätt att avbryta sin medverkan. Informationen skall omfatta alla de inslag i den aktuella undersökningen som rimligen kan tänkas påverka deras villighet att delta*
2) Samtyckeskravet; *deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan.*
3) Konfidentialitetskravet*; uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem*
4) Nyttjandekravet; *uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål* (Vetenskapsrådet, 2017).

Ett annat etiskt perspektiv är EU:s dataskyddsförordning GDPR (General Data Protection Regulation) som trädde i kraft 2018. Detta ställer större krav på hantering av personuppgifter i syfte att skydda enskildas grundläggande friheter och rättigheter samt rätt till skydd av personuppgifter (Datainspektionen, 2020). Studentarbeten som behandlar personuppgifter måste följa dataskyddsförordningen och avsikten med denna riktlinje är att ta vara på deltagarnas rättigheter till att återkalla sitt samtycke i studentarbetet. Deltagarna kan även begära korrigering av sina personuppgifter. Nedan presenteras de olika steg som förklarar dataskyddsförordningen mer djupgående (GDPR, 2020):

- Steg 1: Se till så att känsliga personuppgifter inte kommer att behandlas.
- Steg 2: Bestämma hur information ska förvaras och hanteras på ett säkert sätt.
- Steg 3: Bestämma vilka delar av informationen som ska bevaras respektive raderas vid utfört arbete i samråd med vår handledare.
- Steg 4–5: Deltagaren ska skriftligt samtycka till att delta i studien samt att nödvändiga personuppgifter ska behandlas i enlighet med det som är överenskommet i steg 1–5. Samtliga av våra respondenter har skriftligt samtyckt till viljan att delta och blivit informerade om möjligheten till att förbli anonyma.
- Steg 6: När uppsatsarbetet har godkänts ska personuppgiftsmaterialet raderas eller arkiveras i enlighet med det som är överenskommet med deltagarna (Ibid).

I vår studie har vi hörsammat och följt samtliga av dessa principer och kriterier genom att informera samtliga deltagare om de etiska principerna och dataskyddsförordningen. Vi informerade om studiens syfte och ändamål som samtliga deltagare gav sitt samtycke till. Deltagarna informerades även om att förbli anonyma, vilket samtliga valde. Vidare gav deltagarna sitt samtycke till att bli inspelade och kunde när som helst under pågående intervju avbryta sitt medverkande i studien utan följdfrågor. Slutligen informerades deltagarna om att inspelningarna enbart kommer att avlyssnas av oss som sedan raderas när studien är avklarad, detsamma gäller för personuppgiftsmaterialet.

3.7 Analysmetod

Innehållsanalys lämpar sig väl för analysarbete av ostrukturerad data och i denna går det att tolka och analysera dokument, bilder och intervjuer.

I vår studie har vi analyserat vårt empiriska intervjumaterial och dokument. Målet har varit att bearbeta materialet för att kunna klassificera innehållet på ett systematiskt sätt. Vi har strävat efter att identifiera mönster och samband i materialet och lyft fram det som vi tolkat som kärnan i informationen för att kunna lägga mindre viktig information åt sidan. Detta ligger i linje med beskrivningen av Olsson och Sörensen (2011).

Innehållsanalysen består av två ansatser: latent och manifest. I den latenta ansatsen görs en tolkning av det som ligger bakom orden och textmaterialet där forskaren lägger tonvikt på det osynliga. I den manifesta innehållsanalysen lyfts det synliga och det lätt identifierade och vi har använt denna ansats när vi har analyserat vårt transkriberade innehåll från intervjuerna. När vi analyserat myndighetsrapporter och annan forskning har vi således använt den latenta ansatsen i vår innehållsanalys.

Oavsett om vi använt den ena eller den andra ansatsen i innehållsanalysen har vi själva tolkat empirin.

3.8 Sammanfattning

I detta kapitel har den valda forskningsmetoden beskrivits och presenterats.
Författarna har även redogjort för utövandet av metodens tillämpning under studien och insamlingen av empirin.Fyra intervjuer har utförts via telefonintervjuer. Önskemålet hade varit fysiska möten men på grund av rådande Covid-19 situationen har det inte varit möjligt. Valet av att genomföra semistrukturerade intervjuer grundar sig i att författarna föredrar bredare förståelse för e-hälsa och dess påverkan inom äldreomsorgen. Intervjufrågorna har formats och anpassats utifrån syftet med denna studie, forskningsfrågor samt den teoretiska referensramen. Vidare kommer presentation av metodkritik att presenteras i slutet av studien.

4. Empiriska resultat

I detta kapitel kommer den insamlade informationen från de intervjuade och valda områdena att redovisas. Syftet med detta avsnitt är att undersöka samtliga respondenternas resultat för att sedan analysera empirin utifrån den teoretiska referensramen.
Detta kapitel har utifrån den teoretiska referensramen delats in i tre empiriavsnitt, de tre dimensionerna; innehåll, kontext och process dimensionen. Kapitlet kommer att inom varje avsnitt redovisa eHälsomyndigheten, Teknikmarknad och ImagineCares svar.

4.1 Innehåll

För att underlätta förståelse för temat innehållsdimensionen har författarna ställt frågor till samtliga respondenter huruvida e-hälsa som innehållsdimension betraktas och definieras och de förändringar som utvecklats för äldreomsorgen.

4.1.1 eHälsomyndigheten

Innehåll och införande för e-hälsa inom äldreomsorgen är enligt samtliga respondenter inom eHälsomyndigheten något viktigt och avgörande för den framtida äldreomsorgens inom Sverige och globalt.
Enligt respondent 1 och respondent 2 är vård i hemmet inom äldreomsorgen en stark drivkraft till utveckling av e-hälsa och som belyser vikten av att arbeta effektivt och att minimera användningen av mänskliga resurser på olika arbetsuppgifter i leveransprocessen av tjänster.

Båda respondenterna lyfter fram att Sverige består av en befolkning som i sin helhet har en god teknisk användarförmåga och har dessutom en hög mognadsgrad när det gäller att ta till sig nya digitala innovationer. Det finns många innovationer som enligt respondenterna kan bidra till positiva förändringar inom äldreomsorgen. Respondent 1 beskriver olika innovationer inom e-hälsa och beskriver exempelvis “läkemedels robotar i centrum”, där omsorgstagaren har en robot som bestämmer när man ska ta mediciner och kräver inte användandet av mänskliga resurser för att leverera. Vidare menar respondenten att det är en fördel med teknikanvändningen i form av omsorgstagare säkerhetsperspektiv eftersom roboten även påminner omsorgstagaren om att ta sina mediciner regelbundet.

Ett annat exempel som lyfts fram av respondent 1 för att främja hälsa är fjärrmonitorering där vårdansvarig installerar en övervakningskamera i sovrummet så att vårdpersonalen i realtid kan följa omsorgstagarens hälsotillstånd och utvecklingen nattetid utan att personalen fysiskt behöver besöka omsorgstagaren. Detta gör att man kan följa omsorgstagaren på distans och ger möjlighet till att övervaka så att omsorgstagarnas hälsotillstånd är gott.

Förutom fördelarna ur ett omsorgstagare perspektiv är det samtidigt fördelaktigt för vårdpersonalen och beskriver detta som ett sätt att stärka individens självständighet, där omsorgstagaren i större grad upplever att denne klarar sig själv, att självständigheten ökar. Respondenten menar att det skapas synergieffekter där positiva effekter kan noteras på tre områden i vårdprocessen. För det första blir vårdpersonalen blir mindre stressad då de inte behöver vara på flera ställen samtidigt. Personalen kan istället fokusera sig på dem omsorgstagare som på grund av sitt hälsotillstånd verkligen behöver fysisk närvaro. Omsorgstagare som behöver fysisk närvaro får mer vårdtid och dem som bara behöver övervakning eller påminnelser om att ta sin medicin får en ökad självständighet. Vidare beskriver respondent 2 på eHälsomyndigheten att definitionen av omsorg inom den kommunala sektorn till stor del kommer att utgöras av digitala hjälpmedel som är konkret utvecklade till att utföra praktiska saker. Respondenten betonar att inom äldreomsorgen finns det många olika behov där allt ifrån beslutsstöd till dokumentationsstöd behövs.

Respondent 1 hoppas på att e-hälsa ska motverka utmaningen med den kommande demografin där det inte kommer att finnas tillräckligt med mänskliga resurser för att kunna ta hand om den åldrande befolkningen på samma sätt som man har gjort i nutid. Vidare sammanfattar båda respondenter e-hälsa som drivkraften och förändringen att kunna utföra viktiga saker som sparar resurser och som helst också förbättrar för omsorgstagare, kan lösas utan personlig handhavande.

En stark drivkraft är det som respondent 1 betonar som “patient empowerment”. Detta handlar om att omsorgstagarna ska tillhandahållas verktyg att hantera sin hälsa och vårdprocessen karaktäriseras mer av proaktiva handlingar, än reaktiva. Att digitaliseringen i samhället är en allmän trend och där äldreomsorgen bör vara en del av den allmänna utvecklingen. Slutligen poängterar respondenten att ekonomin är en stark drivkraft eftersom vården kräver mer resurser på grund av den demografiska utvecklingen

4.1.2 Teknikmarknad

Införande av e-hälsa är något respondent 4 lyfter fram som något avgörande för utvecklingen av den svenska vården i sin helhet och globalt. Teknikmarknad lyfter fram problematiken med den åldrande befolkningen som leder till att det inte kommer att finnas tillräckligt med vårdpersonal för att hantera behovet. Vidare menar respondent 4 att e-hälsa blir ett viktigt verktyg för att hantera många av arbetsuppgifterna som inte kräver fysiska resurser. Det kan konstateras att denna uppfattning ligger i linje med eHälsomyndigheten uppfattning.

Vad beträffar specifikt innehåll i e-hälsa lyfter respondent 4, likt eHälsomyndigheten, fram hemmonitorering som en bidragande innovation, där man över nätet kan rapportera eller mäta hälsodata med hjälp av sensorer som kopplas på kroppen och mäter.
Denna innovation ersätter en manuellt tidskrävande process där omsorgstagaren istället behöver transportera sig till närmaste sjukhus. Respondent 4 beskriver att befolkningen i snitt har för många besök på sjukhus och på grund av den demografiska utvecklingen förväntas dessa besök att öka kraftigt. Vidare menar respondent 4 att om man kan digitalisera denna process genom att bevaka de äldre personernas hälsa, blir äldreomsorgen av med en "kostnad". Omställningskostnader som uppstår i samband med en ny digitaliserad process är bland annat kostnader för uppkoppling av utrustning i bostaden.

Den ekonomiska produktivitetsfaktorn är ju den viktigaste motivationsfaktorn för äldreomsorgens digitala utveckling, menar respondent 4, men sen är det ju även så att omsorgstagarens livskvalitet förhöjs om denne tidigt kan få indikation på negativa nyckeltal för hälsan.
Som det förhåller sig idag, så får oftast omsorgstagaren veta att hälsan tryter sent i processen. I värsta fall för sent för att hälsoproblemet ska kunna åtgärdas. Med modern teknik kan man få en tidig varning där en indikator initierar nödvändiga åtgärder, exempelvis medicinering vid högt blodtryck.
Med inspiration från processindustrin kan äldreomsorgen arbeta mer proaktivt och här beskriver respondent 4 detta proaktiva förhållningssätt med att istället för att byta en bilmotor som håller på att haverera byts delkomponenter i motorn ut i ett tidigt stadie vilket leder till att arbetsprocessen utförs proaktivt, i motsats till ett reaktivt förhållningssätt där åtgärder sker först när något gått sönder. Vidare förklarar respondent 4 att i industrin använder man framför allt två tekniker, förebyggande underhåll och avhjälpande underhåll. Avhjälpande underhåll är det som görs när något har havererat. För att undvika detta kan man på omsorgstagare sätta

sensorer och så ser man i förväg att något behöver bytas och då kan man planera driftavbrotten vilket är mer kostnadseffektivt än när man arbetar med avhjälpande underhåll. Respondent 4 summerar detta med följande beskrivning:

"Dit har inte äldreomsorgen kommit än och läkare tycks ofta tänka att de är utsedda av Gud till att laga människor. De tycker inte att förebyggande vård är så intressant för då får de inte utöva sitt yrke. De har en annan syn på detta än vad ingenjörer har."

När frågan ställdes varför man vill införa e-hälsa med fokus på hemmonitorering som innovation exempelvis, svarade respondent 4 att en viktig anledning är att en senior som ligger i sjuksängen kostar i snitt sju gånger mer är en senior som kan ta hand om sig själva.

Empowerment ju en drivkraft för äldreomsorgen. Man vill att fler seniorer i högre grad ska kunna ta hand om sig själv: dels sparar detta pengar men dels också för att detta medför en förstärkt självkänsla hos omsorgstagaren.

Motivationsfaktor för e-hälsa beskriver respondent 4 med följande:

"Att förebygga den händelse som orsakar att du hamnar i en sjuksäng är naturligtvis en god investering så e-hälsa är intressant i den utformning att man kan förebygga olika sjukdomar. Det är kostnader som är drivkraften"

4.1.3 ImagineCare

Respondent 3 hävdar att införandet av e-hälsa är avgörande för vårdens framtid där han förklarar att motivationsfaktor för förändring är att vi behöver bli effektivare för att kunna ta hand om fler och fler som får kroniska sjukdomar som en konsekvens av det demografiska utmaningar samhället står inför.

Corona pandemin är ett exempel där vårdsektorn i frontlinjen i kampen mot Covid19 viruset bland annat har förstått betydelsen av hur viktigt det är att utöka kapaciteten med e-hälsoarbetet.

Omsorgstagarna blir mer självständiga genom att hålla koll på sin hälsa med nya digitala verktyg såsom blodtomhetsmanschetter. Är du som individ intresserad av din hälsa finns

digitala verktyg som kan underlätta utvecklandet av detta intresse. Många människor är, som ett resultat av alla ”appar” som smartphones erbjuder, intresserade av att hålla koll sina på sina hälsodata, problemet är att det inte finns en koppling av vården och det är de vi försöker möjliggöra.
Vår ambition är att möjliggöra själva uppkopplingen och tillgängliggöra verktyg för att börja med egna mätningar hemma och att sedan dela denna information med vården för att på så sätt erbjuda omsorgstagaren kunskaper om sin egen hälsa, utvecklingsmönster och därigenom få bättre stödinsatser av vården innan hälsotillståndet har gått för långt. Ur både ett kvalitetsperspektiv och ett ekonomiskt perspektiv måste vi försöka klara av detta. Folk blir äldre och de kroniska sjukdomarna blir fler, den gamla vården funkar inte och vi måste skapa ett nytt system för att ta oss an detta, menar respondent 3.

Ur ett designperspektiv har vården traditionellt utformats för att kurera akuta åkommor. I och med att människor inte tidigare levde lika länge som idag fanns det heller inte lika många individer som behandlades för kroniska sjukdomar.
Med högre genomsnittsålder idag är det fler individer som p.g.a. uppnådd högre ålder också utvecklar kroniska sjukdomar. Dessa vårdbehov är vården varken designad eller anpassad för. Denna utmaning kan också ses som en möjlighet att bemöta och tillgodose behoven på annat vis. Tyvärr är en återkommande typisk situation för omsorgstagaren, en där vederbörande i väntan på adekvata åtgärder har väntat så pass länge att denne hinner bli väldigt sjuk och hamnar i en akut situation, förklarar respondent 3.

En annan faktor till varför man vill införa e-hälsa är dels att det finns en drivkraft inifrån vårdsystemet och kanske många gånger från personer vilka inte är formade ännu, är fast i etablerade tankemönster och fortfarande kan se att de går att förbättra arbetssätt och processer. Vidare beskriver respondent 3 att invånare efterfrågar vård på ett annat sätt och det i sig blir drivkraften för förändring, och detta i sin tur innebär utmaningar. Respondent 3 förklarar att:

“Det är precis som att man själv på individnivå försöker att ändra vanor vilket är exakt samma utmaningar och svårigheter med att ändra existerande system, exempelvis i att ändra existerande arbetssätt, nya roller, nya beteenden hos både vårdpersonal och hos omsorgstagaren. Man har sett vinster för individen ur ett kvalitetsperspektiv med möjligheter för omsorgstagaren att uppnå större insyn i att påverka sin egen vårdprocess”

4.2 Kontext

För att bistå läsaren en förståelse för de kontextuella förhållanden och förutsättningar, inom vilken e-hälsan verkar, har författarna ställt frågor till samtliga respondenter för att beskriva e-hälsans införande. Detta möjliggör att förändringsprocesser i kontexten framgår tydligare.

4.2.1 eHälsomyndigheten

Införande av e-hälsa kommer att leda till positiv förändring enligt eHälsomyndigheten. Respondent 1 och respondent 2 förklarar att e-hälsa kommer att skapa nya förutsättningar för alla verksamheter.
Ny teknik kommer att förändra människors beteende, därför att man får nya förväntningar på vården och även andra välfärdstjänster.
Båda respondenterna beskriver vision e-hälsa 2025 som eHälsomyndigheten aktivt arbetar med och som handlar om att Sverige ska vara det land i världen som är bäst på att implementera och använda digitala verktyg. Möjligheterna med digitaliseringen som kommer att leda till förändring beskrivs med termerna “effektivisering” och “jämlikhet”.

Effektivisering: eHälsomyndigheten ser att digitalisering kommer att leda till förändring i sjukvården i form av att kunna hantera den åldrande befolkningen. Arbetet med vision e-hälsa 2025 ska driva igenom användbarhet, digital delaktighet, öppen data, informationssäkerhet och slutligen att digitala verktyg och tjänster ska vara universellt utformade för alla.

Jämlikhet: Respondent 1 beskriver utifrån vision e-hälsa 2025 att arbetet med e-hälsa och digitaliseringen ska utvecklas utifrån ett “jämställdhetsperspektiv” för att säkerställa att alla individer får likvärdig resursfördelning och service. Vidare ska arbetet leda till personlig sekretesskyddad åtkomsthantering av personuppgifter.

Respondent 1 beskriver dessa omständigheter enligt följande:
“Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter får hjälp att utvecklas och vården och omsorgen ska vara jämlik, effektiv samt tillgänglig och säker”.

Vidare beskrivs att arbetet med e-hälsa och digitalisering ska underlätta för alla människor att uppnå god hälsa och välfärd samt stärka och utveckla resurser för ökad delaktighet och självständighet i samhällslivet.
För digitalisering behövs standarder för att ha möjlighet till att utbyta information med säkerställd säkerhet och kvalitet. När innovationer diskuterades, kopplade respondent 2 innovation, som begrepp till ett proaktivt förhållningssätt och hen hävdar att e-hälsa finns med både i ett proaktivt som reaktivt perspektiv med följande beskrivning;

"En risk är ju att man digitaliserar gamla arbetssätt. Rätt saker ska göras i arbetsverksamheten för att utväxlingen ska vara så bra som möjligt. Digitaliseringen kan användas för att se hur man skulle kunna arbeta och sedan kartlägga arbetsflöden som sedan ska digitaliseras".

Respondenten betonar här att digitaliseringen kan användas för att utforma arbetsprocesserna

4.2.2 Teknikmarknad

Respondent 4 beskriver att teknik har inneburit en högre livskvalitet för folket men att det tyvärr inte alltid framgår i den allmänna debatten och menar att;

"Svepande argument som gör gällande att livskvaliteten sjunker på grund av tekniska innovationer är snudd på oärligt."

Hen lyfter fram ett exempel på ny innovation inom e-hälsa med roboten "Poseidon" som är utvecklad i Västerås. Poseidon är ett hjälpmedel för människor med funktionsnedsättning när dessa ska duscha.
Kritiska röster har höjts mot användningen av denna robot där argument om att det inte uppfattats etiskt korrekt att robotar ska duscha människor. Respondent 4 menar att vi ofta hamnar i denna diskussion och att det är viktigt att förstå varför det finns kritik mot teknik. En anledning förklarar respondent 4 är att kritiken helt enkelt grundar sig på brist på förståelse av fördelarna med tekniken. Med följande exempel vill hen åskådliggöra detta;

"innan rullstolen uppfanns användes bårar där det krävdes två personer att bära en skadad person. Rullstolens innovation visade att det plötsligt bara behövdes en person för att transportera en skadad person. Rullstolen reducerade alltså behovet av människokraft. Ingen vill väl knappast backa utvecklingen och ta bort rullstolen?"

Vid diskussion kring förändring på projektnivå som medförs vid införande av e-hälsa svarar respondent 4 att det övergripande för detta, är att man automatiserar en läkarkontroll och istället för att omsorgstagaren tar sig till läkaren, så utrustas man med hjälpmedel som i sin tur ger möjligheten för utveckling av att arbeta multivariabelt. Med multivariabelt menar respondent 4 att en mängd olika variabler, eller faktorer beaktas i vårdprocessen.

E-hälsa kommer att gå mot att många variabler läggs samman och förklarar vad för ohälsa som råder och vilka insatser som behöver sättas in. Respondent 4 beskriver att;

"E-hälsa kommer att utvecklas från status i nutid till prognoser över hur din hälsa mest sannolikt kommer att utvecklas. Folk vill vara friska och lyckliga och e-hälsa kan då användas som förebyggande syfte med hjälp av bland annat appar."

Vidare beskriver respondent 4 att marknaden kommer att ta över en stor del av utvecklingen och menar på att, ett exempel på misslyckande från myndigheternas är hanteringen av den pågående COVID-19 pandemin med förklaring att myndigheterna har vetat om att en pandemi skulle komma och ändå har man inte haft ett krislager av masker etcetera. Respondent 4 beskriver att privata sektorn med företag som exempelvis Getinge, Philips, Apple, GE Healthcare kommer mest sannolikt att utveckla teknik som marknadsförs direkt till omsorgstagaren.

Ett exempel är appen KRY. Respondent 4 förklarar att trots en enorm balansräkning, som statligt ägda Inera AB förfogade över, klarade inte offentliga verksamheter av att utveckla tjänster som KRY erbjuder. Istället var det ett gäng killar från Hägersten menar respondent 4, som också hävdar att Sverige ligger långt efter Norge, Danmark och Finland när det gäller e-hälsa. Vidare beskriver hen att kanadensiska produkter kommer in på den svenska marknaden och som nu används i hemmonitorering projekt. Följande beskrivning ges:

"Myndigheterna klarar inte av att hålla tempot i jämförelse med näringslivet".

Respondent 4 menar att vision e-hälsa 2025 har tagits fram av regeringen för att skapa en målbild. Detta på grund av det går för långsamt i införandet av e-hälsa.
Danmark har utvecklat sina processer snabbt genom att nationalisera resurserna. I Norge är det storregionerna som har haft en större makt i processerna.
Det finns ingen rationalitet i att regioner och kommunerna individuellt ska driva e-hälsoutvecklingen, trots att kommunstyret enligt socialtjänstlagen ska ta detta ansvar.

Respondent 4 beskriver att beslutsprocesser måste centraliseras när det gäller vad som ska göras för att utveckla e-hälsan. Annars kan man inte nå vision e-hälsa 2025. Det regionala och kommunala självbestämmandet bromsar utvecklingen enligt respondent 4.

När frågan ställdes huruvida e-hälsa kommer att påverka äldreomsorgen, gav varje respondent en liknande beskrivning där man ser e-hälsa som en form av hjälpmedel och inte hela lösningen på äldreomsorgens utmaningar. Respondent 4 beskriver digitalisering som ett ”väldigt intressant hjälpmedel för användning vid reaktiv vård och i förebyggande syfte för omsorgstagarna”. Vidare beskriver respondent 4 att;

“Den stora förändringen kommer att bli det som processindustrin gjorde på 90-talet där man kommer att mer och mer att behöva gå ifrån att laga trasigt till att förebygga att det blir trasigt och det kommer även gälla för äldreomsorgen och där är man inte idag. Hela sjukvårdssektorn är byggd för att laga trasiga människor.
I hälso- och äldreomsorgslagen *står det inskrivet att landstinget har ett ansvar för förebyggande syfte, men man gör ju väldigt lite sånt och det som kommer med digitaliseringen nu är att vi kommer att kunna få tidiga indikationer på att ohälsa är på gång och det kommer man att kunna göra multivariabelt, det vill säga att man kommer använda APID som innebär att man sätter sensorer på sig eller i sängen eller rullstolen och det är det stora paradigmskiftet som jag skulle vilja lyfta frågan från vårdpersonalen som ni har, för att de har en vision och det är för att laga trasiga människor, till förebyggande underhåll, tidig indikation på ohälsa”.*

4.2.3 ImagineCare

Att arbeta multivariabelt är något respondent 3 på ImagineCare beskriver som en motivationsfaktor för förändring, där många variabler samverkar och e-hälsan väger ihop olika typer av variabler som exempelvis ålder och syreupptagningsförmåga. Hen menar att det är viktigt att ställa sig frågor som: vad måste göras för att du inte ska bli sjuk? Vad är status nu och vad är din vårdnadsprognos? Här ska en mängd individuell information/variabler hanteras för att skapa en förebyggande funktion.
På projektnivå beskriver respondent 3 att förändringsprocessen inte har fokus på strategisk nivå.

"*Det vi har lärt oss från exempelvis USA, där man designat en leveransmodell med ett centralt resurscentrum med specialister som kan stödja människor i en region 24/7, är att denna organisationsstruktur inte samspelar med hur den svenska verkligheten ser ut, där det ofta krävs ett decentraliserat organisationstänkande. Trots detta visar det sig nu att det kommer signaler från regioner om ett växande behov av just en sådan central resursavdelning.*

När vården ska ta nästa steg så är det stora svårigheter eftersom man sitter fast i ett existerande system. Om man tar det ur hälso- och äldreomsorgens kontext så är det inom en linjeorganisation som vårdproduktionen sker med befintliga arbetssätt, rutiner, regulatoriska aspekter, och där finns det kanske vissa personer som inte vill ha förändringar och som till och med arbetar emot och motarbetar nya arbetssätt och processer. "*Man måste arbeta på alla nivåer, på alla sätt samtidigt och få med högsta ledningen för att få ett driv därifrån och också dem som arbetar direkt med att leverera värde för omsorgstagarna",* hävdar respondent 3.

Ett konkret beskrivande exempel på detta är företaget KRY, som har gått utanför normen för samarbete med den offentliga sektorn, genom att vända sig direkt till slutomsorgstagaren med sina tjänster. KRY är ett företag som erbjuder digitala tjänster där man kan träffa läkare och psykologer via telefon istället för att behöva ta sig till närmaste vårdcentral eller sjukhus (Om KRY, 2020). KRY försökte i många år att etablera sig i den offentliga sektorn men lyckades inte vilket resulterade i att de då istället vände sig direkt till konsumenten och där fanns det uppenbarligen ett behov och tog det därifrån.
Att gå helt utanför ett existerande vårdsystem och göra något nytt vid sidan om och vända sig direkt till omsorgstagaren är ett ovanligt grepp menar respondent 3.
I kontrast till KRY har ImagineCare som strategi att arbeta med det existerande vårdsystemet genom att verka i partnerskap och samarbete med de 21 regionerna.
Företaget ser att förändringar sker sakta men säkert, förklarar hen.
Som tidigare beskrevs har ImagineCare sedan början på år 2020 vunnit två upphandlingar varav den ena med region Östergötland där regionen kommer att etablera en ny vårdform som omfattar upp till 10 000 personer med kroniska sjukdomar och som kommer att få tillgång till hemmonitorering. Detta skapar förutsättningar för en preventiv egenvård, där folk med kroniska sjukdomar har möjlighet till stöd i hemmet med liknande medicinsk trygghet i jämförelse med vård på sjukhus, förklarar respondent 3.

Den andra upphandlingen fick ImagineCare i region Jämtland och Härjedalen och erbjuder monitorering för coronapatienter med syfte att förhindra samhällsspridning och skydda de grupper som är i riskzonen, det vill säga personer med underliggande sjukdomar. Vidare ger detta möjligheten till att avlasta vårdpersonal där de kan monitorera omsorgstagare och deras behov i hemmet (Nyheter ImagineCare, 2020). Som tidigare nämnts ser respondent 3 en annan mognad jämfört med tidigare.

”Ett exempel är individer med hjärtsvikt där vi med våra e-hälsotjänster kan hjälpa dessa omsorgstagare att fånga upp faktorer för att förhindra ohälsa. För att förhindra hjärtsvikt håller personalen uppsikt på vikten och vätskedrivande faktorer hos omsorgstagare där man via fjärrmonitorering kan bevaka och förhindra att omsorgstagare går in i ett sviktande läge vilket gör att denne eventuellt behöver ta ambulans till akuten för att läggas in ett par dagar för behandling för att komma i balans igen och sedan vända hem igen”.
Hela upplägget utförs proaktivt vilket handlar om att fånga upp ohälsa i tid och detta har ImagineCare iakttagit med 40 omsorgstagare inom region Jämtland och Härjedalen där ingen av dessa under ett års tid har behövt åka in till akuten. Detta på grund av att man har fångat upp de faktorer som orsakat ohälsa. Detta är enligt respondent 3 åter förutom ökad patientkvalitet även kostnadseffektivt och resurssparande.

4.3 Process

I detta avsnitt beskrivs e-hälsoarbetet inom verksamheterna. För att ge förståelse för temat processdimensionen, har författarna ställt frågor till samtliga respondenter hur arbetet med e-hälsa införs och vilka strategier som används övertiden för att möjliggöra en förändring som en norm?

4.3.1 eHälsomyndigheten

För att förstå vården eller det som man kallar i helhet för vårdapparaten, beskriver respondent 1 att New Public Management och digitalisering inte är riktigt jämförbara då de verkar på helt olika nivåer i vårdapparaten. Respondent 1 beskriver att äldreomsorgen alltjämt tillämpar New Public Management vad gäller den politisk-ekonomiska styrningen av regionerna. Vidare förklarar hen att Lean management kan vara ett kraftfullt verktyg att komma till rätta med strukturella problem.
Det är bra att kartlägga aktivitetsflöden i omsorgstagarens resa genom vården eller olika delprocesser, olika diagnoser eller undersökningar. Detta möjliggör identifiering av faktorer till varför äldreomsorgen arbetar på ett visst sätt och som resulterar i att omsorgstagarna får 4 veckors väntetid. Detta kan effektiviseras genom att omsorgen lägger upp en punktinsats för att kunna lösa problemet, menar respondent 1. Vidare poängterar hen att även om man inte pratar så mycket om Lean management, så kan detta sätt som arbetsverktyg vara väldigt kraftfullt.

Respondent 1 har tidigare arbetat inom Akademiska sjukhuset, och då arbetat med så kallad "värdebaserad vård", som till viss del liknar lean management. Man tittar på olika processer, exempelvis på olika diabetesprocesser och kartlägger omsorgstagarens väg genom diabetesvården och försöker att lösa upp knutarna till varför det tar längre tid, och som om dessa elimineras, gör att man kan vinna både tid och kvalité. Om detta görs strukturerat blir det ett effektivt sätt att analysera den strukturella och organisatoriska inverkan på själva omsorgstagarna och e-hälsans fokus på digitaliseringen kan hjälpa under hela processen. Vidare menar respondent 1 att digitaliseringen i sig är en rörelse i hela samhället och att vi inte kan isolera äldreomsorgen från resten av samhällsutvecklingen och dess indirekta påverkan.

Respondent 1 poängterar också att det är tre helt olika faktorer som existerar på olika nivåer, men ändå parallellt, och de kan förstärka varandra i vissa situationer men New Public Management är kanske det som är den största utmaningen. Det är väl det som ställer till med de stora strukturella problemen som man brottas med idag, mycket av det har liksom sin grund därifrån. Alla beslut om hur man ska bedriva vården decentraliseras, respondent 1 förklarar att;

"Det blev liksom inte det kliniska som styr hur vården ska organiseras utan det blev en ekonomisk teori som styr hur man ska organisera vården och där tappades någonting på vägen. Ger man klinikerna möjlighet inom vissa ramar får man ett mer patientsäkert och adekvat flöde. Och det gör man i lean-arbete nu när man arbetar med sådana processer som beskriver det så kallade processtänket. Det ger klinikerna möjlighet att ta kontrollen över omsorgstagare och processen, vilket är det omsorgstagarna behöver. Sedan kan digitaliseringen komma in och då liksom stödja och förenkla i de här processerna"

Huruvida digitalisering kan användas på ett effektivt sätt, bestäms standardisering och strukturering av grunduppgifter enligt respondenterna från eHälsomyndigheten. De menar att det tas fram olika tekniska standarder för olika system och plattformar vilket i slutändan leder till kommunikationsproblem mellan informationssystem och detta beskrivs som ett påtagligt problem. Vidare beskriver respondent 1 att det stora problemet i Sverige just nu är att man inte har standardiserat informationen som ska flöda mellan olika informationssystem och eftersom detta inte har utförts, hjälper det inte att maskinerna kan prata med varandra för det är själva innehållet i själva datainformationen som också måste vara standardiserat.

När följdfråga ställdes huruvida man ska uppnå "effektivisering" och "jämlikhet" blev det svårt för respondenterna att konkretisera vilka insatser som behövs. Respondent 2 lyfter fram att det behövs god kommunikation och kunskapsutbyte mellan alla involverade parter.

Utifrån ett internationellt perspektiv skiljer sig arbetsprocesserna åt om vi jämför med våra grannländer. Respondent 1 beskriver att när det gäller standardiseringar och dess tillämpning, så har man i Estland och Finland lagstiftat om vad som ska användas.
I Sverige och i Norge har vi olika standardiseringsformer, men vi har ändå ett kommunalt självstyre som ytterst ansvarar för att driva standardiseringsfrågor.

I Norge är inte det kommunala självstyret inte riktigt lika väl förankrat inom äldreomsorgen som i Sverige, vilket respondent 1 kallar för vårt stora problem i Sverige när det kommer till just tillämpningen av standarder. Respondenten menar att vi i Sverige har det starka självstyret där varje region, och i princip varje kommun, tar egna beslut utifrån deras situation, här och nu, så resulterar detta i att samordningen blir lidande.

"Detta medför kostnader. att om man nu har börjat göra på ett sätt och så ska man ändra sig och kanske anpassa till en nationell standard, medför det alltid en kostnad. Är man då en liten kommun eller har en region där hela ekonomisystemet är uppbyggd till exempel efter den regionala standarden då är det ju stora kostnader och arbetsinsatser som krävs, *kanske resurser som man inte har för att få upp och ändra till det här nationella, så det är ett rejält problem som vi har i Sverige just nu som vi måste hantera. För det hjälper inte att vi har en teknisk utveckling och fina olika digitala hjälpmedel, där maskin till maskin kan prata med varandra, om vi inte standardiserar innehållet, det vill säga att om vi inte skaffar oss ett gemensamt språk"*

4.3.2 Teknik marknaden

Respondent 4 lyfter fram e-hälsoarbetet med många utmaningar och processer som behöver lösas innan nya e-hälsoverktyg kan komma till användning på ett bra sätt. Ur ett tekniskt perspektiv menar hen att Sverige behöver införa rätt kommunikationsverktyg för att möjliggöra införande av e-hälsotjänster, där mobilnätet utgör en viktig faktor med vidare förklaring att alla regioner och kommuner bör enas om samma verktyg.
Ur ett brett perspektiv beskriver respondent 4 problematiken med kommunikationen inom Sveriges infrastruktur. Att man i Sverige tidigare hade 200 olika analoga radiosystem som polisen och brandkåren använde sig av.
Övergången från analogt till digitalt resulterade i en radiokommunikation som benämns RAKEL (Radiokommunikation för effektiv ledning) och använder sig av en bredbandsstandard som heter TETRA. Den globala standarden som används idag är 3G eller 4G och dessa finns i exempelvis alla våra mobiltelefoner.
Införandet av RAKEL kostade flera miljarder kronor och har enligt respondent 4 varit ett misslyckat projekt. Hen lyfter fram exempel med de stora skogsbränderna 2018, där brandkåren använde sig av sina privata mobiltelefoner för att nyttja mobilnäten 3G och 4G, istället för RAKEL, som inte fungerade vid tillfället.

Vidare beskriver respondent 4 den stora betydelsen i att vården ska använda sig av 3G och 4G samt nyttja den kommande globala standarden som heter 5G. För att ge förståelse för dessa mobilnät förklarar respondenten att, om 1G var att kunna prata utomhus, så användes 2G för att kunna skicka SMS, 3G för att ladda ner och surfa på nätet samt 4G som är förutsättningen för att kunna ladda ner större datamängd. 5G skapar enorm kapacitet i kommunikationsmöjligheterna. Enligt respondent 4 kan 5G beskrivas med följande citat;

"*5G tar man vidare till att "saker" ska kunna prata med varandra och inte bara människor, utan* även robotar och maskiner och *då kommer vi till det som handlar om äldreomsorgen. Om man ser en framtid där vi ska arbeta med förebyggande insatser så måste man exempelvis ha sensorer på omsorgstagare som mäter saker. Att personer med en permobil ska kunna interagera med ett hus, öppna dörrar, tända lampor, använda hiss. Många mojänger ska kunna prata med varandra och då frågar man sig: ska man ha olika standarder eller samma standarder* vid *uppkoppling mellan "saker"?*
Därför har vi på Teknikmarknad drivit denna 5G fråga de senaste 3 åren".

I dagsläget har Teknikmarknad för kännedom ett pågående samarbete med Rosenlunds Sjukhus med mål att skapa 5G lösning för hela byggnaden, med syfte att skapa lösningar och hjälpmedel för omsorgstagarna, som beskrivits ovan. Vidare beskriver hen problematiken med journalsystemen där regionerna använder sig av olika system som inte är kompatibla med varandra.
Det finns 290 kommuner med olika e-strateger och e-hälsostrateger som väljer sina egna inriktningar. Därför förklarar respondent 4 att den kommande globala standarden som heter 5G, är den rätta vägen som ger skattebetalare mest värde per skattekrona. I 5G standarden finns det redan förberett för kryptering och så kallat "network slicing" där man kan säkra upp behörigheten till hälsodata.

5G kommer att skapa kostnadseffektivitet och resursbesparingar men lyfts inte fram av myndigheter och beslutsfattare inom offentliga sektorn enligt respondent 4. Vidare beskrivs ett annat exempel på misslyckande och resursslösande av regioner där respondent 3 förklarar det så kallade 3R projektet. I detta projekt var målet att skapa ett gemensamt journalsystem mellan region Stockholm, Skåne och Göteborg. Men trots en budget på 9 miljarder för detta

projekt resulterade det i ett misslyckande på grund av att varje region inte kunde hitta en gemensam teknisk standard.

Respondent 4 menar att lokal demokrati är det bästa systemet man kan tänka sig men att det har vissa nackdelar och det är att det går långsamt i beslutsprocesser och där slutresultatet inte alltid är det bästa. Projekt RAKEL är ett praktexempel på sådan demokrati. respondent 4 anser att det är viktig att få ihop ett 5G projekt där teknikmarknad, Luleå och Telekombranschen tillsammans med ledande representanter från landstingen och kommuner arbetar ihop men förklarar att SKR inte tar tag i denna fråga.
Slutligen poängterar respondent 4:

"Det problem som en ökad befolkningsmängd orsakar är något få kan föreställa sig konsekvenserna av. Om man tar hemtjänsten i exempelvis Norrtälje kommun som är Stockholms glesbygdskommun ser man en stor kommande problematik. Hemtjänstbilarna kör hundratals tur och returresor. Nu ska man dra ner med 30 procent för att resursspara.
De kommer att ha ett underskott på 200 miljoner och detta i sin tur innebär att många anställda riskerar att bli uppsagda samtidigt som den åldrande befolkningen fortsätter öka".

4.3.3 ImagineCare

Respondent 3 beskriver det nuvarande e-hälsoarbetet som en förändringsprocess. Inte så mycket strategiskt men på operativ nivå finns det många facit att titta på. Så blir det av ett ständigt förbättringsarbete, där man behöver göra nya justeringar och val samt anpassa till mognadsnivå. ImagineCare har genomlevt en 5 års lärandeprocess i USA och byggt upp en ny leveransmodell av vårdtjänster. Detta lärande utgår ifrån en skräddarsydd leveransmodell där man har ett centralt resurscenter med hälsocoacher och sjuksköterskor som dygnet runt kan stötta och coacha de anslutna personerna proaktivt. Detta har varit otroligt framgångsrikt. Att försöka implementera något liknande i Sverige är däremot väldigt utmanande.
Respondent 3 beskriver hur det är att besöka en region och säga att man använder sig av ett centralt resurscenter med hälsocoacher och sjuksköterskor, som ska utföra tjänsterna proaktivt, och att detta inte riktigt samspelar med hur den befintliga offentliga svenska vården ser ut.

”Hur det funkar idag med primärvård och vårdcentraler 07–16 vardagar och akutvård är på ett annat sätt, då har vi fått börja arbeta utifrån den ordinarie kontexten. Men nu tre år senare har region Jämtland och Härjedalen börjat inse vikten av att ha detta centrum för att på så sätt kunna arbeta proaktivt dygnet runt”.

Eftersom e-hälsa fortfarande är så pass nytt, kommer regulatoriska aspekter att påverka utformningen till viss del. Exempelvis måste e-hälsobolagens tjänsteverktyg vara följsamma till General Data Protection Regulation, mer känt som GDPR, och Medical Device Regulations, MDR. Andra viktiga aspekter är ersättningsmodeller för hur vårdtjänster ska ersättas och där har det varit en del olikheter för hur varje region har gått tillväga, vilket också har fått konsekvenser där nolltaxa i region Sörmland har gjort att bolag etablerar sig där och kan erbjuda gratis vård samtidigt som skattebetalare betalar bolaget i ersättning.

Ytterligare en viktig aspekt är att informationssäkerheten som också där skiljer sig. Respondent 3 förklarar att ImagineCare använder sig av en Microsoft molntjänstlösning och har servrar i Irland, och där har man olika förhållningssätt till huruvida det är bra eller dåligt. Vissa regioner tycker att det är bra och andra tycker att det är dåligt och hänvisar till det så kallade Cloud Act som innebär att Microsoft som är ett amerikanskt bolag och skapar rädsla på grund av att USA skulle kunna kräva ut information från Microsoft, avslutar respondent 3 med att säga:

“Trots detta visar det sig nu att det kommer signaler från regioner om ett växande behov av just en sådan central resursavdelning”

5. Analys

5.1 Analys av innehåll

I detta analysavsnitt söker vi svar på vår första forskningsfråga: ***Vad innebär införande av e-hälsa för äldreomsorgen och vad förändras i denna verksamhet som ett resultat av e-hälsa*****?** Innehållets förändring kan härledas till särskilda områden som behöver förändras såsom produkter, arbetskraft, teknik eller företagskultur (Pettigrew, 1987).

5.1.1 Digitala hjälpmedel

eHälsomyndigheten lägger fokus på hälsoinriktade innovationer som hjälper omsorgstagarna i hemmet och dessa kan exemplifieras med "läkemedelsrobotar i centrum" och hur dessa innovationer leder till att patienten själv får ökat inflytande över den individuella vårdsituationen, det vill säga patientinflytande.
Respondent 1 förklarar att digitala hjälpmedel, såsom exempelvis robotar, kan skapa mervärden för omsorgstagaren där denne får löpande hjälp med medicinering eller blodtryckskontroll i hemmet. Omsorgstagaren behöver således inte lägga tid på att transportera sig till en vårdcentral eller sjukhus för att utföra dessa återkommande kontroller. Joseph Schumpeter (2008) beskriver att en innovation handlar om att bidra till det bättre där det exempelvis kan handla om en ny produkt som i sin tur bidrar till effektivisering av ett befintligt arbetssätt och det är det eHälsomyndigheten bland annat eftersträvar. Birkinshaw och Hamels (2008) beskrivning stärks även av Dissanayake (2018) som beskriver e-hälsa som en absolut nödvändighet för att bygga ut hälsovårdskapacitet. Emellertid, behövs rätt kompetens, kommunikation och implementering vilket mynnar fram i innovativa och nya lösningar menar (Jonsson & Hagberg, 2016).
Samband mellan innovationer och implementeringar analyseras vidare i avsnittet för processförändringar.

5.1.2 Digital mognad

Respondent 2 på eHälsomyndigheten fokuserar på den utvecklingens digitala mognad och detta ligger i linje med Kane et als (2015) beskrivning av digital mognad. För att få ett ytterligare relevant perspektiv på Sveriges digitala mognad kan vi i myndighetsrapporten DIGG:s rapport (Digital förvaltning i internationellt perspektiv, 2019) ta del av att Sverige har en bra placering i förhållande till resterande EU länder.
Enligt EU-kommissionens Digital Economy and Society Index (DESI) har Sverige 69,5/100 poäng som med jämförelse med EU-genomsnittet ligger på 52,5/100 poäng vilket sammantaget visar att Sveriges digitala mognad ligger över genomsnittet med vårt grannland Finland som ligger i topp med 71/100 poäng.

Respondent 4 på Teknikmarknad och respondent 3 på ImagineCare hävdar att förändringen av det tekniska innehållet möjliggör ett nytt sätt att arbeta med äldreomsorgen. Genom digitalisering av äldreomsorgen möjliggörs innovationskraft i både produkter och tjänster som kan skapa mervärden för omsorgstagarna (Matt, Benlian & Hess, 2015).
Nya digitala arbetssätt möjliggör att ny vård och omsorg kan erbjudas i förebyggande syfte vilket skapar en bättre kvalitet i omsorgen och livskvalitet för omsorgstagarna (Kane et al, 2015). Innovationerna leder alltså inte bara till effektivare arbetsprocesser, där omsorgstagarna exempelvis slipper energikrävande transporter för att kontrollera sitt blodtryck, innovationerna leder också till att förbättra det mentala välbefinnandet hos omsorgstagarna.
Både respondent 4 och respondent 3 instämmer i att äldreomsorgens arbetsinnehåll kan karaktäriseras av proaktiva och reaktiva arbetsprocesser.
Respondent 4 menar att läkarna har tidigare haft ett fokus på att laga något trasigt hos patienten (dvs kliniskt och medicinskt hos patienten och ej administrativt i äldreomsorgen), ett reaktivt förhållningssätt, vilket haft sin orsak i att läkarkåren historiskt sett ofta använt sig av reaktiva arbetsprocesser, och säger;

"Dit har inte äldreomsorgen kommit än och läkare tycks ofta tänka att de är utsedda av Gud *till att laga människor. De tycker inte att förebyggande vård är så intressant för då får de inte utöva sitt yrke. De har en annan syn på detta än vad ingenjörer har."*

De tekniska förändringarna i innehållet möjliggör en konceptuell förändring där äldreomsorgen kan utöka arbetet med proaktiva arbetsprocesser och således minska andelen dyra reaktiva arbetsprocesser. Detta ligger i linje med Mintzberg och Westley (1992) som beskriver konceptuella förändringar mer som proaktiva medan konkreta förändringar anses generellt vara reaktiva.

Påståendet av respondent 4 beträffande att läkarna inte är intresserade av digitalisering och förebyggande vård står i kontrast med SKR (2019) rapporten "Digitalisering i välfärden" som redovisar ett undersökningsresultat där majoriteten av läkare som deltog i studien är mest positiva till stöd och omsorg i hemmet med hjälp av digital teknik, över 62 procent som svarade "mycket positiv/ganska positiv".

När vi reflekterar över vår empiri går det att utläsa att digitaliseringen medför konceptuella förändringar trots att det finns intressenter, exempelvis läkarkåren, som helst bidrar med konkreta förändringar. Det är framför allt de konceptuella förändringarna som bidrar till att äldreomsorgens innehåll utvecklas i syfte att nå Sveriges vision om att bli världsledande inom e-hälsa år 2025.

5.1.3 Vision e-hälsa 2025

När det gäller måluppfyllelse av den svenska visionen finns det enligt Hörnsten et al. (2017) faktorer som påverkar förändringsprocessen av e-hälsa.

En viktig faktor är att omsorgstagarna ska vara mottagliga och vilja ta till sig dessa innovativa förändringar. En annan viktig faktor i förändringsprocessen är kompetens och förståelse vilket också stärks av Bossen och Ingemansson (2016).

Social acceptans är enligt Andersson et al. (2015) avgörande för att implementeringen ska lyckas. Läkarkårens sociala acceptans av ny digital teknik, som stöd för omsorg i hemmet, är långt ifrån entydig. Å ena sidan är visserligen fler än sex av tio "mycket positiv/ganska positiv" men å andra sidan är det fortfarande drygt fyra av tio läkare som kan tolkas som att sakna vilja till att digitalisera arbetsprocesser i omsorgen.

Kommunernas ansträngda ekonomi och den demografiska utvecklingens framtida krav på omsorg indikerar att viljan hos kommuner i allmänhet torde vara hög för att digitalisera e-hälsan men en begränsande faktor är den digitala mognadsgraden där ca 400 000 äldre i Sverige fortfarande saknar den digital infrastruktur som krävs för att kunna efterfråga digitala tjänster (Blix och Levay, 2018., s.73). Reneeland och Forsman (2018) som har forskat på hur

den äldre befolkningen upplever den digitala världen, förklarar att det råder ett digitalt utanförskap i och med att de tidigare analoga systemen har försvunnit.
Tidigare forskning på individuellt digitalt utanförskap beskrivs utifrån följande faktorer: Bristande infrastruktur/tillgång och bristande kunskap och färdigheter (Francisco et al. 2019).

Digitaliseringrådets rapport (Digitaliseringsrådet, 2018) lyfter begreppet **"**General Purpose Technology" och menar att effekterna av digitaliseringen beror på samhällssektorernas förmåga att nyttja ny teknik i hela ekonomin och gör analogierna till hur ångmaskiner och elektrifieringen lyfte samhällsekonomin till en ny tillväxttakt. Samma möjligheter finns för digitaliseringen att hjälpa äldreomsorgen att ta omsorgsprocessen till en ny nivå där allokerade resurser får större utväxling och effektiviteten blir större.
Huruvida omsorgstagarna inom äldreomsorgen har en social acceptans för de tekniska och sociala mervärden som förändringar i e-hälsans innehåll levererar, är en betydelsefull faktor som avgör om äldreomsorgen kan nå sina mål med hjälp av e-hälsa. Denna analys ligger i linje med tidigare forskning (Andersson et al. 2015).

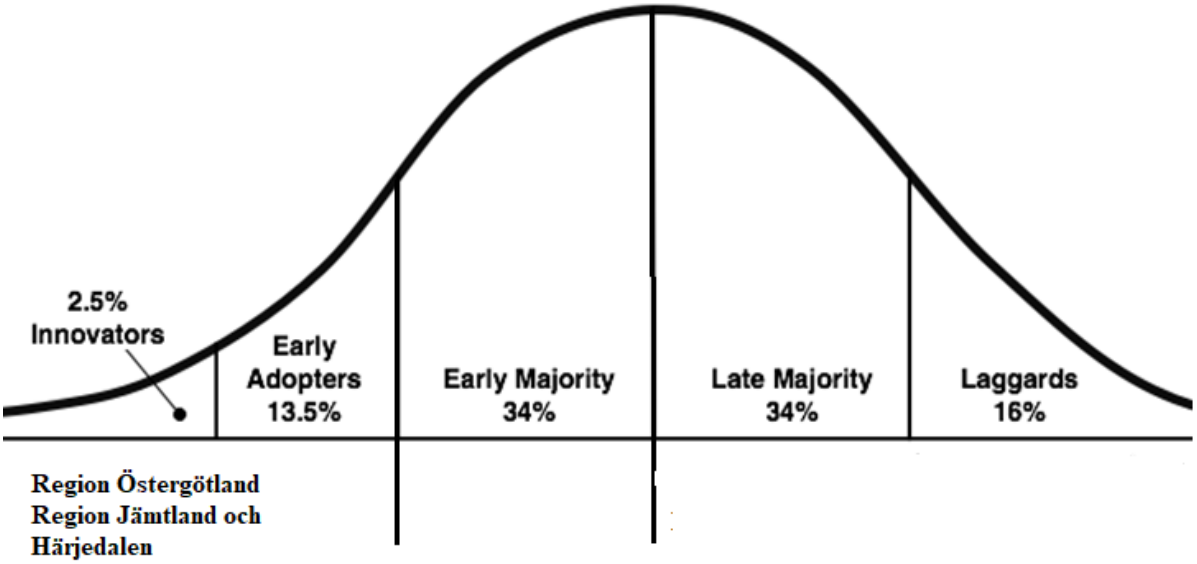
5.1.4 COVID-19 pandemins inverkan

En annan aspekt vi har valt att analysera är beskrivningen från respondent 3 som förklarar COVID-19 pandemins inverkan, där aktörer har insett betydelsen av att utöka kapaciteten med e-hälsoarbetet.
Khilnani, Schulz och Robinson (2020) beskriver i sin publikation att innovationer inom digitalisering är mycket viktigt under pågående COVID-19 pandemin, där e-hälsa erbjuder viktiga hjälpmedel för att tillhandahålla övervakning och fjärrvård, och detta ligger även i linje med Pérez et al (2020) som också betonar betydelsen av digitaliseringen. ImagineCares innovativa monitoreringstjänst har under COVID-19 pandemin implementerats i två regioner, där Region Östergötland tecknade avtal den 25 Mars 2020 och Region Jämtland och Härjedalen kort efter tecknade avtal den 3 april 2020. En konsekvens av COVID-19 är att Implementeringen av e-hälsotjänster har gått fortare än tidigare vilket kan kopplas till en konkret förändring utifrån Mintzberg och Westley (1992), och är således en påtvingad förändringsprocess som påskyndat händelseförloppet.

Utifrån Rogers Diffusionsteori skulle båda dessa regioner kategoriseras under “innovatörer” och “Tidig brukare”.

Av 21 regioner i landet har två tagit till sig en digital tjänst för att motverka smittspridning. Utifrån denna information går det att se en betydande potential, där ytterligare 19 regioner kan digitalt ansluta sig för att motverka smittspridning med hjälp av distansarbete.

Figur 5: Sveriges regioner, placerat i Rogers Diffusionsteori



5.2 Analys av Kontext

Det andra avsnittet av analysen redogör författarna för den andra forskningsfrågan:
Vilka kontextuella förhållanden förklarar varför äldreomsorgen inför e-hälsa?

I detta kapitel redogörs för viktiga omständigheter till varför man som organisation vill utveckla och införa e-hälsa i omsorgsprocessen.
Utgångspunkten för analys av kontexten utgörs av författarnas tolkning av samtliga respondenters svar om drivkraften till att införa och driva igenom e-hälsa inom vården och äldreomsorgen**,** om varför det behövs och vilka utmaningar och hinder det medför om man inte gör detta.
Som beskrivet i empirin har effektivisering, resursbesparing, delaktighet, kommunikation och kompetens varit omfattande teman för diskussion av samtliga respondenter.

Sjukvården har länge byggt på en byråkratisk centralistisk offentlig verksamhet där patienter och omsorgstagare uppsökt sjukhus och vårdcentraler för att få adekvat vård och omsorg. Nu när den demografiska utvecklingen fullkomligt exploderar och resurser inte räcker till behövs nya arbetssätt, och tids nog också nya organisatoriska arbetssätt för att säkerställa att kvalitativ omsorg tillhandahålls till de allt fler äldre svenska medborgarna (Andersson et al. 2015).
Digitalisering skapar nya möjligheter (Bossen & Ingemansson 2016) och kan erbjuda många nya lösningar men det är i slutändan sjukvården som har de största resurserna och dessa behöver i allt högre grad omlokaliseras till omsorgen. En bättre samkoordination mellan sjukvård och socialtjänsten behövs där lokala överskott i sjukvården kan överföras till kommuner som har lokala underskott i sin omsorgsproduktion. Kommunikation är viktigt enligt Lane och Wallis (2009) där leverantörer och kommuner behöver kunna samarbeta för att kunna skapa mervärde i digitaliseringsprocessen.

5.2.1 Omsorgstagarnas perspektiv

Omsorgstagarna behöver få kompetensstöd för att kunna ta till sig nya digitala lösningar och tjänster (Bossen och Ingemansson 2016). För att samtliga inblandade aktörer som återfinns i den svenska e-hälsan ska utveckla sig för att nå och bli tillgänglig för samtliga intressenter i

den svenska vision om att vara världsledande på e-hälsa 2025 behöver resurser delas på ett sätt som den gamla vårdapparaten inte har erfarenhet av (Barret och Dowding 2015).

I en digitaliserad värld är datainformation en resurs som behöver delas och förädlas för att samtliga intressenter i den svenska vård och omsorg kontexten. Sverige behöver bli avsevärt bättre på “open data” där den offentliga sjukvården behöver återanvända och dela information för att Sverige i slutändan ska nå visionen om att bli världsledande år 2025. Vidare beskriver respondent 2 att många individer, speciellt inom äldreomsorgen, inte vill ta till sig nya kunskaper och e-hälsoverktyg och detta ligger i linje med Wilt et al. (2020) och Hörnsten et al. (2017) som beskriver olika åsikter och känslor som råder vid införande av innovationer. Andersson et al. (2015) beskriver också i sin forskning betydelsen av social acceptans i samband med implementering av innovationer.
Frågan vi ställer oss ur detta perspektiv är varför många av de äldre inte vill ta till sig nya kunskaper, kan det bero på att de inte är intresserade eller för att ingen tar sig tid att lära dem?

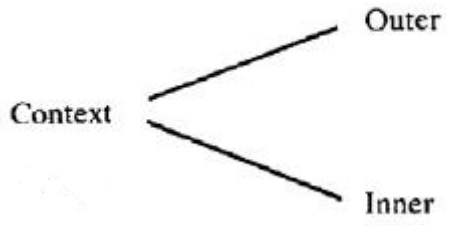
Innovationsbegreppet kopplar respondent 2 till ett proaktivt förhållningssätt där hen menar att e-hälsa finns med i både ett proaktivt som reaktivt perspektiv, vilket också ligger i linje med Mintzberg och Westley (1992) beskrivning av konkreta och konceptuella förändringar. Rogers diffusionsteori menar att brukare, utifrån sin mognadsgrad, tar till sig innovationer olika fort och här kan vi se paralleller med uttalande från respondent 2 om att många individer inte tar till sig nya kunskaper och e-hälsoverktyg.
Åsikten från respondent 2 om hur det förhåller sig med hur individer i Sverige tar till sig nya innovationer ligger inte i linje med myndighetsrapporter som hävdar att Sverige som helhet har en hög mognadsgrad (DIGG, 2019, Digitaliseringsrådet, 2018). Detta leder osökt in på frågeställningen varför vissa individer inte väljer att ta sig an nya kunskaper och digitaliseringsverktyg. Svar på detta finner vi inte i empiri från respondent 2 men detta diskuteras i tidigare forskning av bland annat Andreasson (2015) som menar på att omsorgstagare kan uppleva nya verktyg som svåranvända.

5.2.2 Politiskt perspektiv

Enligt Pettigrew (1985) krävs det att frågor om innehållets förändring, sammanhang och process och interaktionen mellan dessa kategorier besvaras.

Som tidigare beskrivits hänvisar det yttre sammanhanget (Outercontext) till den ekonomiska, politiska, kulturella, affärsmässiga och konkurrensmiljö i vilken organisationen arbetar, detta utifrån ett nationalekonomiskt politiskt perspektiv. I det inre sammanhanget (Innercontext) hänvisar teorin till företagskulturen, strukturen och den politiska kontexten genom vilka en bekräftelse uppnås från de idéer om förändring som organisationen bör fortsätta med. Här ses politikens strukturer utifrån ett organisatoriskt perspektiv.

Figur 6 Del av. Innehåll, Kontext, Process (Pettigrew, A., 1987, s.657)



Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en extern organisatorisk inflytelserik intresseorganisation i sammanhanget.

Ur ett politiskt perspektiv lyfter samtliga respondenter fram problemet med att varje region och kommun var och en för sig ska driva e-hälsofrågan vilket lyfts fram av att det regionala och kommunala självbestämmandet bromsar och försvårar utvecklingen menar respondent 4 på Teknikmarknad och respondent 3 på ImagineCare AB.

Decentraliserat och lokalt beslutsfattande är visserligen demokratiskt och stöder delaktighet och jämställdhet är säkert långsiktigt det rätta alternativet.

Eftersom Sverige har visionen att vara bäst i världen på e-hälsa 2025, kan det emellertid vara en utmaning på kort sikt eftersom beslutsprocesserna blir komplexa när samtliga kommuner själva ska bestämma om något som angår så många äldre.
Detta ligger i linje med offentlig verksamhets beslutsfattande och är således helt naturligt. De digitala hjälpmedel som beskrivits i innehållsanalysen är banbrytande men är ändå ur ett utvecklingsperspektiv i ett tidigt stadie.
När digitala lösningar befinner sig i en introduktionsfas och används av innovatörer (Rogers 2003**)** är det fortfarande logiskt att använda en byråkratisk och komplex beslutsprocess (Wauters, 2017). I takt med att digitaliseringsprocessen utvecklas och innovationen når ett senare mognadsstadie i innovationsprocessen (Rogers, 2003) behöver beslutsfattandet också ändras och gå mot en enklare och icke byråkratisk flexibel beslutsprocess.

Enligt samtliga respondenter bör kommuner och regioner centralisera, exempelvis upphandlingsprocesser, för att utveckla e-hälsan. De hjälpmedel och innovationer som idag implementeras i tio modellkommuner betraktas utifrån Rogers (2003) som innovationer som befinner sig i ett introduktionsstadie och gör att en centralistisk och byråkratisk beslutsmodell kan vara det lämpligaste alternativet.
När innovationen utvecklas och uppnår ett senare utvecklingsstadium talar mycket för att en annan form av beslutsfattande behöver utformas. Istället för byråkrati behöver enkelhet och flexibilitet vara egenskaper som bör vara utmärkande (Wauters, 2017).

Sofie et al. (2015) lyfter fram i deras forskningsrapport att en utmaning vid införande av innovationer till stor del beror på att alla aktörer inte är involverade och inte heller har mycket att säga till om. Gil et al. (2005) lyfter fram omgivningens inflytande för utveckling inom myndigheter och företag, där kompetensutveckling är en viktig faktor.

5.2.3 Utmaningar vid implementering av digitala verktyg

"**Det råder kunskapsbrist inom Sveriges kommuner och regioner"** säger respondent 4 som menar på att många beslutsfattare inom Sveriges kommuner och regioner, inte ser helheten med de tekniska och ekonomiska fördelarna med e-hälsa.
Förståelse av sammanhanget beskriver (Guba och Lincoln, 1989) som en viktig inre organisatorisk aspekt. Bossen och Ingemansson (2016) förklarar att det råder kompetensbrist inom digitalisering i Sverige vilket är en stor utmaning för implementering av digitaliseringen. Detta stärks även av Gil et al. (2005) som lyfter fram kompetensutveckling som en viktig faktor.
Att SKR inte förstår de tekniska och ekonomiska fördelarna långsiktigt med digitalisering, kan kopplas till Jones och Hughes, (2001) som förklarar vikten av att mäta materiella och immateriella affärsfördelar med informationssystem. Om man inte kan mäta och förstå fördelarna, kritiseras detta.
Detta stärks även med Moes (2014) förklaring av de utmaningar som råder inom offentliga sektorn när det kommer till att upphandla informationssystem. Respondent 3 betonade detta med att säga;

"man måste arbeta på alla nivåer på alla sätt samtidigt och få med högsta ledningen för att få ett driv därifrån och också de som arbetar direkt med att leverera värde för omsorgstagarna"

Argumentationen från respondent 3 kan härledas till diskussion kring kunskaper och kompetens. För att kunna skapa ett driv måste det finnas vilja som åter kan kopplas till Hörnsten, Larsson, Orre och Öberg, (2017) med beskrivningen att faktorer som påverkar implementering av e-hälsa, såsom viljan av användare att vara innovativa och skapa förändring. Detta leder till kompetens och förståelse som är en viktig faktor enligt Bossen och Ingemansson (2016). Slutligen kan argumentationen från respondent 3 kopplas till social acceptans enligt (Andersson et al., 2015).

Förutom detta ligger kommunikation i centrum för att kunna få alla att vara med. Denna argumentation stöds även av Schappers (2006) beskrivning av att det ofta råder bristande kommunikation vid upphandlingar, där brist på kunskap leder till att man inte förstår vad en specifik upphandling egentligen bidrar till. Thai (2001) förklarar att kommunikation är väldigt viktigt och att alla intressenter ska inkluderas under hela upphandlingsprocessen.

Enligt Cronholm och Goldkuhl, (2006) ska olika intressentgrupper, både interna och externa, identifieras tillsammans med de processer och uppgifter som de är involverade inom. Organisatoriska och externa faktorerna ska kontinuerligt interagera med varandra enligt Smithson och Hirschheim, (1998). I detta fall samarbetar Sveriges Kommuner och Regioner med tekniskt kunniga underleverantörer, som i detta fall Teknikmarknad och leverantörer såsom ImagineCare AB.

5.2.4 Internationell jämförelse

I den senaste mätningen 2019 för motivering av nya innovationer i form av tillgång-, användbarhet- och återanvändning av data inom offentliga sektorn, ligger Sverige, som tidigare beskrivet, näst sist, på plats 32 av 33. Detta resultat vittnar åter om de utmaningar som råder i Sverige utifrån beskrivningen från respondent 3 och respondent 4. Sverige har goda förutsättningar för en god digital förvaltning. Med en befolkning och näringsliv som kännetecknas av stor digital vana och mognad samt hög utbildningsnivå, vilket gör förutsättningarna gynnsamma. Däremot förhindras en effektiv digitalisering som till största del beror på föråldrade IT-system och används av många myndigheter i Sverige (Riksrevisionen, 2019).

De föråldrade IT-systemen är väldigt dyra att vidmakthålla, försvårar för utveckling och innovation som i sin tur kan leda till säkerhetsproblem. Riksrevisionen 2019 kommer även fram till att det saknas strukturerade arbetssätt för att skapa utveckling (DIGG, 2019, sida 28). Utifrån Rogers diffusionsteori kan man konstatera att den svenska befolkningen till skillnad från många andra länder består till stor del av innovatörer och tidigare brukare som vill införa och vara först ut med att anamma nya innovationer. Detta hindras dock av de föråldrade IT-systemen som svenska ledare inom regioner och kommuner inte vill eller kan ändra eftersom det skulle medföra stora nya investeringar. Trots att de befintliga systemen redan är väldigt dyra ser man merkostnader med att implementera nya innovationer, vilket gör att det bromsar privata aktörers engagemang, som åter stärks av respondenternas beskrivning.

ImagineCare som är leverantör påverkas av hur stora investeringar som regionerna gör i utvecklingen av e-hälsa och därigenom så påverkar New Public Management denna aktör. När det gäller utmaningar med standardiseringar och hur dessa påverkar processerna vittnar respondent 3 om något annorlunda förhållningssätt än resterande respondenter. Hen menar att det inte rent strategiskt går att se exempel på hur e-hälsan utvecklas, utan betonar exempel på operativ nivå där ImagineCare under 5 års tid utvecklat sina tjänster i USA. Att det där är vanligt med centraliserade resurscentra finns med medicinsk expertis finns tillgänglig för olika regioner.

5.3 Analys av process

I detta analysavsnitt söker vi svar på vår tredje forskningsfråga:
Hur går äldreomsorgen tillväga i sina införandeprocesser av e-hälsa och vad kännetecknar dessa processer?

Det är enligt Pettigrew viktigt att förstå processens betydelse för förändring (Pettigrew, 1987). respondent 2 lyfter fram att det behövs god kommunikation och kunskapsutbyte mellan alla involverade parter för att lyckas med digitaliseringen. Detta påstående stärks av Jonsson och Hagberg, (2016) som specifikt lyfter fram att med rätt kompetens, kommunikation och implementering kan det leda fram till innovativa och nya lösningar (Bossen & Ingemansson 2016).

5.3.1 Kostnadseffektivisering

Respondent 1 lyfter fram kostnadseffektivitet och förklarar att digitala hjälpmedel kommer att lösa många mänskliga arbetsuppgifter. Detta stärks av Cöster och Westelius (2016) som beskriver att digitala hjälpmedel kan resultera i effektiviseringar för en organisation. Ur empirin går det att utläsa att processerna påverkar förutsättningarna för förändring på ett högst påtagligt sätt. eHälsomyndigheten menar att New Public Management styr de ekonomiska förutsättningarna och befinner sig processuellt på en högre nivå än informationssystem som e-hälsa men ändå, tillsammans med andra verksamhetsstyrningsverktyg som lean management, existerar parallellt. Olika intressegrupper påverkar möjligheten att utveckla efterfrågat innehåll. Respondent 1 är något kritisk till att det ekonomiska via New Public Management som kanske fått för mycket makt och detta på bekostnad av klinisk personal som arbetar med omsorgstagarna. Utifrån detta kan vi utläsa att digitaliseringsprocessen utmanar olika intressegrupper som utifrån sina särintressen verkar för att digitaliseringen ska främja deras intressen utifrån ett processuellt perspektiv. Trots de kritiska tankar kring hur New Public Management påverkar processerna i e-hälsan konstaterar respondent 1 samtidigt att standardiseringar av system och information har en kostnad.

5.3.2 Standardisering av informations- och kommunikationsprocesser

Utmaningar med att standardisera informations- och kommunikationsprocesser bekräftas av respondent 4 på Teknikmarknad som lyfter fram att hälsoarbetet har många utmaningar och

processer som behöver lösas innan nya e-hälsoverktyg kan komma till användning på ett bra sätt. Beskrivningen om att organisationer förväntas vara mer formbara och flexibla för att kunna ta till digitalisering kan kopplas till Cöster och Westelius (2016), vilket Sverige inte är i dagsläget. Jonsson och Hagberg, 2016 beskriver att kompetens och kommunikation är två byggstenar för framgångsrik implementering av innovationer. Kommunikationen i framförallt den offentliga sektorn brister, vilket till stor del beror på den offentliga sektorn utifrån analys av empirin.

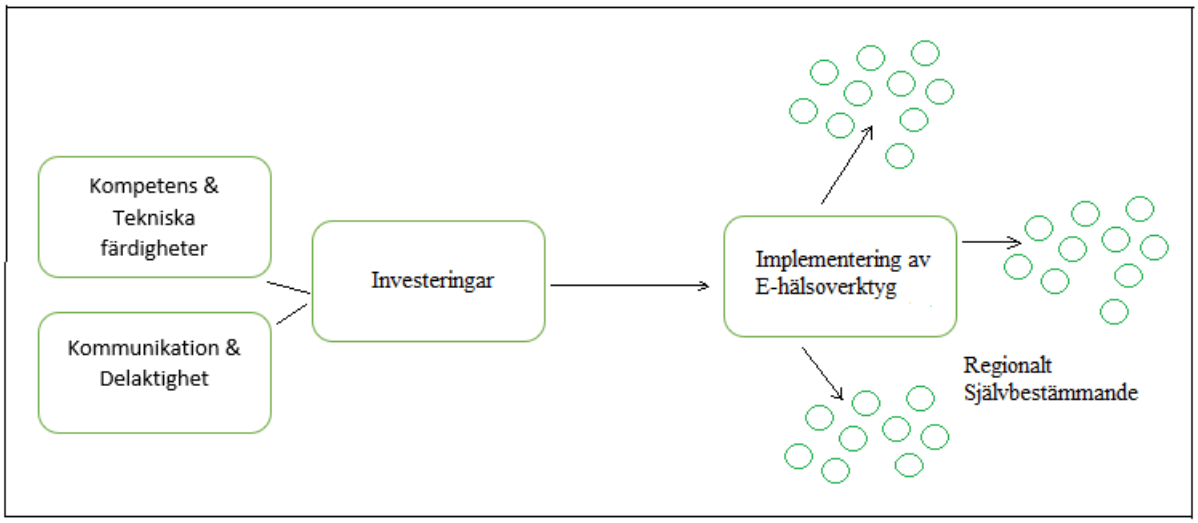
ImagineCare som är leverantör påverkas av hur stora investeringar som regionerna gör i utvecklingen av e-hälsa och därigenom så påverkar New Public Management denna aktör. När det gäller utmaningar med standardiseringar och hur dessa påverkar processerna vittnar respondent 3 om något annorlunda förhållningssätt än resterande respondenter. Hen menar att det inte rent strategiskt går att se exempel på hur e-hälsan utvecklas, utan betonar exempel på operativ nivå där ImagineCare under 5 års tid utvecklat sina tjänster i USA. Att det där är vanligt med centraliserade resurscentra med medicinsk expertis vilka finns tillgängliga för olika regioner. I Sverige är det vanligt med decentraliserade arbetsprocesser och de erbjuder ett liknande tjänstekoncept**.** För att utveckla sina tjänster har därför ImagineCare valt att ingå partnerskap med olika regioner. Samarbetsprocesser är en central arbetsprocess för ImagineCare där inkrementella steg för att utveckla sina processer är kärnan för framgång. Vittnesmål av respondent 3 om hur ImagineCares förhållande till sina utvecklingsprocesser och att denna aktör inte betraktar sina inkrementella utvecklingsprocesser som strategiska ligger i linje med hur Pettigrew förklarar uppkomsten av strategiska förändringar där han menar att en organisation inte genomför strategiska förändringar förrän en kris uppstår. Denna kris kan vara intern eller extern men är förhållandevis ofta extern (Pettigrew, 1985a).

5.3.3 Nationell samverkan

Det ekonomiska perspektivet är ett annat stort problem inom den offentliga sektorn. Respondent 1 förklarar att om alla kommuner och regioner ska ändra ett befintligt arbetssätt, kommer det att medföra stora kostnader. Detta påstående kopplas till Barret och Dowding (2015) som beskriver att organisationer måste se fördelarna med e-hälsa och förstå att ny teknik kan ge support i form av effektivisering av resursanvändning, vilket den offentliga sektorn brister i.

Respondent 1 förklarar att ekonomisystem är uppbyggda efter regionala standarder vilket gör att införande av nya digitala hjälpmedel inte kan integreras nationellt. Detta leder i sin tur till stora kostnader och arbetsinsatser om varje region ska arbeta enskilt. Vidare förklaras detta som en stor problematik som råder i Sverige där det behövs en nationell samverkan där digitala hjälpmedel kan kommunicera på nationell nivå.

Figur 7 *Implementering av e-hälsoverktyg på regional nivå* (Egen figur)

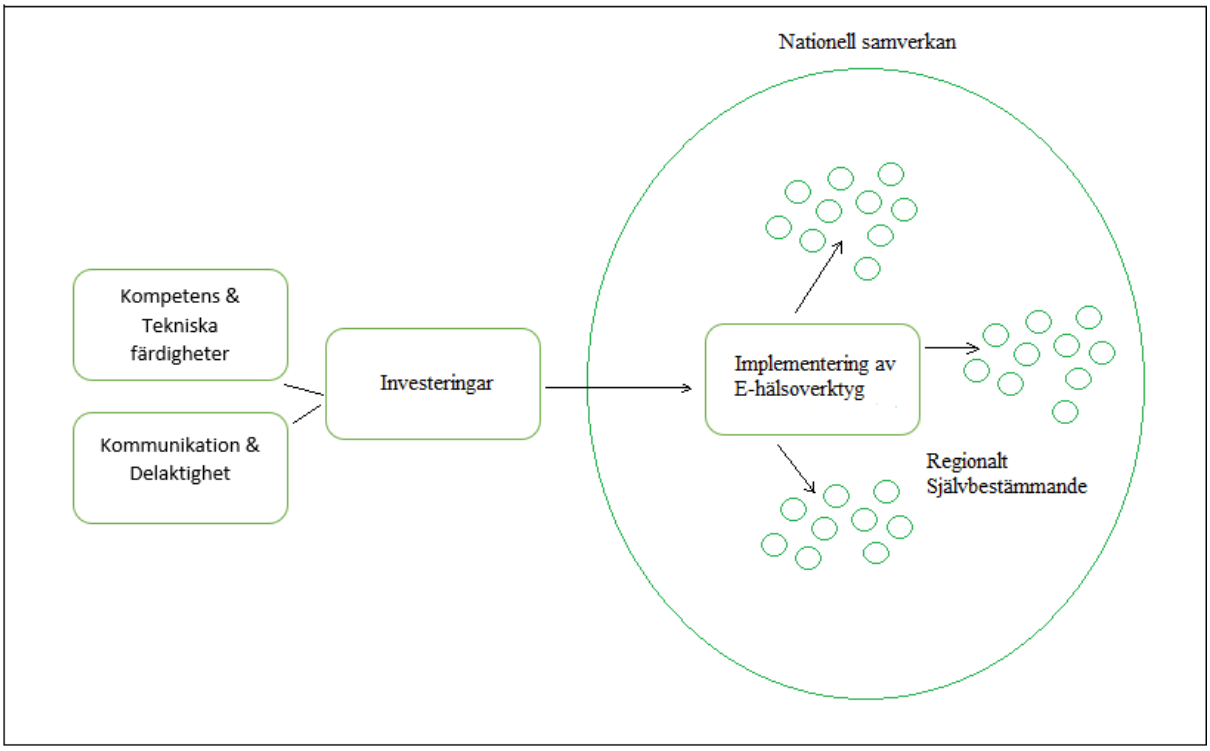


Figur 6 förklarar hur kompetens, tekniska färdigheter, kommunikation och delaktighet leder till implementering av ett e-hälsoverktyg. Sverige har 21 regioner som var och en upphandlar sina digitala hjälpmedel och e-hälsoverktyg. Schapper (2006) beskriver att det ofta råder missförstånd vid upphandlingar. Brist på kunskap och kompetens leder ofta till att man inte förstår vad en specifik upphandling egentligen syftar till. Thai (2001) förklarar att offentliga upphandlingar beskrivs som mycket komplicerade och behöver rätt kompetens och kunskaper som även styrks av Bossen och Ingemansson (2016). Vidare menar Thai (2001) att kommunikation är väldigt viktigt och alla intressenter ska inkluderas under hela upphandlingsprocessen, som även stärks av Moe (2014).

Har man då 21 olika självbestämmande regioner med särskilda kunskaper och kompetens, resulterar det i olika upphandlade digitala hjälpmedel och e-hälsoverktyg som inte kan kommunicera. Detta ligger åter i linje med beskrivningen från respondent 1 som förklarar att Sverige behöver en nationell samverkan som inte finns i nuläget. Detta stärks även av

respondent 4 och respondent 3. Figur 6 förklarar hur en nationell samverkan skulle se ut vid implementering av e-hälsoverktyg på regional nivå

Figur 8: Implementering av e-hälsoverktyg på nationell nivå (Egen figur)



Kompetens och tekniska färdigheter tillsammans med kommunikation och delaktighet lyfts upp på en högre nivå om det finns en nationell samverkan. Detta skulle minska risken för misslyckade kommunikationsflöden som beskrivs av Schapper (2016) och som ligger i linje med Thai, 2001; Bossen och Ingemansson, (2016).

För omsorgstagaren har regionalt självbestämmande sina nackdelar med exempel som journalsystem vilka beskrevs av respondent 4. Olika implementeringar av journalsystem har gjort att det inte går att dela data mellan användare som i detta fall är vårdgivare.

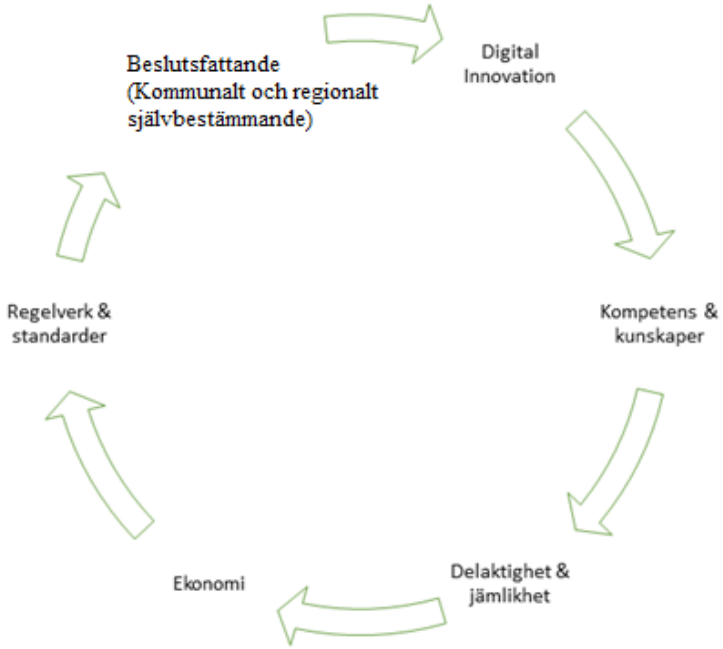
6. Diskussion

I detta kapitel genomför vi en slutdiskussion utifrån tolkningar och egna reflektioner mellan innehåll, kontext och process

6.1 Slutdiskussion

I vår studie får vi svar på viktiga områden som påverkar förändringsprocesserna vid införande av e-hälsa. Pettigrew och Whipp betonar det ständiga samspelet mellan ramverkets förändringsdimensioner där dessa delprocesser utvecklas i en upprepad, kumulativ omformuleringsprocess. Framgångsrik förändring är ett resultat av interaktionen mellan innehåll, kontext och process och en sammanfattning av alla faktorer som har beskrivits i analysen återfinns nedan i Figur 8.

Figur 9. Faktorer som leder till framgångsrik förändring vid implementering av digital innovation (Egen figur).



6.1.1 Implementering av digitala verktyg

För att en implementering av en digital innovation ska lyckas, anser vi att ovannämnda faktorerna som beskrivits i figur 8 behöver vävas in och samspela med varandra. Digitala innovationer som hemmonitorering eller robotar har en stor möjlighet att utvecklas och skapa mervärden för omsorgstagarna och äldreomsorgen som organisation.

För att tjänsterna och produkterna ska kunna bidra till en framgångsrik förändringsprocess behöver de enheter som utvecklar dessa interagera med de intressegrupper som efterfrågar dessa produkter och tjänster. Det innehåll som skapas behöver utvecklas i ett större sammanhang där interna och externa aktörer samarbetar. Genom detta samarbete kan aktörer, tjänster och produkter utvecklas i såväl individuella som gemensamma processer.

eHälsomyndighetens uppdrag är att vara nationell kontaktpunkt för e-hälsofrågor för landets kommuner och regioner.

År 2016 fick eHälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att vara nationell kontaktpunkt för gränsöverskridande e-recepthantering. Att döma utifrån myndighetens hemsida år 2020 har inte uppdraget utvidgats nämnvärt. Teknikmarknad kritiserade de offentliga myndigheterna för att sakna kompetens och nämnde bolaget KRY som ett konkret exempel på hur privata företag kan lyckas där offentliga sektorn har misslyckats med att ta fram framgångsrika tjänster och produkter som skapar mervärden för omsorgstagaren.

Respondent 3 på ImagineCare förklarade hur deras bolag väljer att utveckla sina tjänster i partnerskap med regioner och är ett lysande exempel på hur interaktion med andra intressegrupper leder till framgångsrika förändringsprocesser. Interaktionen mellan innehåll, sammanhang och processer kan vara mer eller mindre frivillig till sin karaktär. Mintzberg (1992) menar att förändringsprocesser kan vara induktiva eller deduktiva till sin karaktär. Sverige ser en kraftig ökning av äldre samtidigt som världen blivit drabbad av en allvarlig pandemi som orsakats av COVID-19. Detta gör att det är fullt möjligt att betrakta förändringsprocessen som e-hälsan genomgår som deduktiv, dvs förändringar som sker utifrån och in.

6.1.2 Externa miljön

En annan faktor som också den sorterar i den externa miljön, men som är betydligt mer positiv till sin natur är 5G, som nyligen antagits som kommunikationsstandard. Detta underlättar för kommuner att rikta in sig på att anpassa sina kommunikationsplattformar till 5G samt att de själva inte behöver lägga energi på att få till ett beslut för denna standardisering. Den offentliga sektorn har brist på kompetens och därav är det viktigt att det finns nytänkande leverantörer som KRY och ImagineCare. Förändringsprocesserna drivs framåt av nytänkande och desto fler leverantörer som konkurrerar i de offentliga upphandlingarna desto bättre innehåll får i slutändan omsorgstagarna.

6.1.3 Kompetens

Vi väljer att lyfta fram kompetens som den viktigaste faktorn som brister utifrån empiri och analys. Eftersom rätt kompetens saknas, resulterar det i att fel upphandlingar sker. Att det sedan råder självbestämmande i kommuner och regioner gör saken värre. En nationell samverkan och närmare samarbete med privata aktörer är ett steg framåt i rätt riktning anser vi. Kommunikationen och öppen data behöver bli betydligt bättre vilket ligger i linje med DIGG rapporten (2019). En nationell samverkan med kommunikation och öppen data är den stora nyckeln till våra grannländers framgång såsom Danmark och Norge.

Sveriges vision e-hälsa 2025 lyfter fram några av dessa perspektiv, med beskrivning att regeringen ska verka för nationella och internationella standardiseringssystem och skapa överenskomna standarder i sina system. Däremot anser vi att det också behövs mer djupgående och konkret information om hur man ska gå tillväga med själva standardiseringsprocessen. Eftersom ett av de stora problemen vi ser är åter de självbestämmande regioner som enskilt upphandlar produkter och tjänster utifrån “regionens” behov och kompetens. En produkt som vi väljer att lyfta fram är journalsystem som är en mycket viktig aspekt för patientsäkerheten.

6.1.4 Reformers inverkan

Ädelreformen som genomfördes 1992 har på ett avgörande sätt påverkat förutsättningarna för hur äldreomsorgen organiseras och utförs. I takt med ett ökat antal äldre med multisjukdomar ökar ansvaret i kommuner och efterfrågan på specialistläkare torde framöver öka proportionellt med antalet äldre. Om ädelreformen ska bestå och ingen ny reform görs kommer ansvaret på kommunerna bli extremt där ansvar inte motsvarar de befogenheter och resurser som kommunerna har att disponera över. I takt med att Sveriges befolkningsstruktur förändras med en större andel äldre och e-hälsan utvecklas, ökar fler svåra samtal med äldre som lider av multisjukdomar och som måste utföras av specialistläkare.

Etiska dilemman uppstår eftersom dessa specialistläkare inte alltid finns ute i kommunerna och dessa måste då använda sig av e-hälsa för att få kontakt med patienterna. Istället för nära personliga samtal med patienter i livets slutskede kan en patient och läkarsamtal begränsas till ett telefonsamtal eller i bästa fall ett online möte via ex Zoom eller Skype.
Vem vill höra över internet från en specialistläkare att mat eller medicin ska sättas ut? Med tanke på att kommunerna framgent kommer att ha betalningsansvar för ett ökat antal äldre med komplicerade multisjukdomar är det rimligt att överföra specialistläkare till kommunerna så att deras vård och betalningsansvar matchas av ökade kritiska vårdresurser.
Om en ny reform är politiskt omöjlig att genomföra borde det åtminstone göras en omorganisation där vårdbeslut tas av verksamhetsnära personal. Sjuksköterskor ute i kommuner som har en helhetsbild borde få vara ansvariga för vårdbesluten där dessa beslut tas i samarbete med specialistläkare som är regionanställda.
En ny reform eller omorganisation borde vara det enda rimliga utifrån ett hållbart etiskt perspektiv. E-hälsoverktyg kan bidrag till mycket förutsatt att informationsdelning och överföring förbättras men kan inte lösa bristande allokering av resurser mellan kommuner och regioner. För att e-hälsan ska kunna möta framtidens utmaningar med allt fler äldre, som i högre grad också kommer att vara multisjuka, behövs en ny och effektivare reform alternativt en omfattande omorganisation.

Ur ett patientperspektiv innebär e-hälsa många fördelar men också en del nackdelar.
Något som inte nämns i empirin är omsorgstagarens behov av mänsklig kontakt och fysiska samtal. Ingen av respondenterna lyfter fram ensamheten och isoleringen som kan uppstå för omsorgstagarna om allt digitaliseras vilket i sin tur kan leda till psykologiska och

psykosomatiska effekter. E-hälsa klarar inte av att leverera mänsklig närhet vilket är baksidan av detta fenomen enligt vårt synsätt. Utöver detta presenterar Borgström et al (2019) äldres osäkerhet och misstro till olika befintliga e-hälsoverktyg som behöver utvecklas. Om bristen på kommentarer från våra respondenter om omsorgstagarnas behov av mänsklig kontakt beror på en omedveten åldersdiskriminering tål att diskuteras men eftersom denna analys går utanför vår teoretiska referensram, överlåter vi till vidare forskning att belysa detta.

6.1.5 Läkarkårens perspektiv

Slutligen beskrivs en intressegrupp med stort inflytande vilket är läkarkåren. Läkarna har traditionellt, enligt respondenten utfört sitt arbete med reaktiva arbetsprocesser. Privata leverantörer som exempelvis KRY och ImagineCare bidrar med kompetens och expertis i förändringsprocessen där deras bidrag i vårdprocessen är att deras lösningar framförallt riktas in på proaktiva aktiviteter. Demografiska utmaningar kommer att underlättas tack vare vård som kan ske på distans där omsorgstagare kommer att känna sig mer självständiga. Vårdpersonal kommer inte i lika stor grad transportera sig till omsorgstagarna lika ofta tack vare nya digitala verktyg som kan lösa många av dagens arbetsuppgifter på distans, såsom hemmonitorering. Ny teknik möjliggör för läkare att arbeta mer proaktivt än reaktivt och leveransprocesser av tjänster från privata underleverantörer kan erbjudas i samarbetsprocesser med regioner och landsting.

Läkarkårens begränsade förmåga att ta till sig e-hälsans fördelar och möjligheter kan bero på deras etiska förhållningssätt men kan också vara en konsekvens av att e-hälsa inte finns integrerad i deras grundutbildning. Enligt Karolinska institutet finns ingen utbildning om e-hälsa eller digitalisering i läkarprogrammets studieplan (Karolinska Institutet, 2020) Om läkarna under sin utbildningstid i ökad grad får djupare förståelse e-hälsa, ökar sannolikt deras positiva inställning till fenomenet och dess möjligheter.

Vi som skribenter är övertygade om att när fler läkare erfar hur de kan erbjuda kvalitativ proaktiv vård till fler omsorgstagare, kommer läkarkårens nuvarande mindre positiva inställning framgent att växa bort. E-hälsan är ur ett tekniskt perspektiv inte det största hindret för äldreomsorgen utan det är den skeva resursallokeringen mellan kommuner och regioner som påverkar e-hälsans potential som fenomen.

7. Slutsatser

I detta kapitel kommer slutsatser och möjligheter till vidare forskning att presenteras. Studiens syfte och forskningsfrågor kommer att framföras och besvaras. Det huvudsakliga syftet med studien har varit att bidra med ökad förståelse för e-hälsans förändringsprocesser inom äldreomsorgen.

Förklarade slutsatser

Införandet av e-hälsa är avgörande för den framtida sjukvården och äldreomsorgen, inom Sverige och internationellt. Motivationsfaktorn för förändring, som tidigare beskrevs är att befolkningen blir äldre och kroniska sjukdomar ökar. Det kommer inte att finnas tillräckligt med mänskliga resurser för att ta hand om den åldrande befolkningen och därför är behovet av e-hälsa viktigt. E-hälsa innebär bevarad och förbättrad patientsäkerhet i form av teknisk monitorering som i praktiken innebär att fler omsorgstagare får tillgång till en jämlik omsorg. En nackdel är dock att detta i sin tur innebär minskad mänsklig fysisk kontakt, vilket kan leda till etiska dilemman när e-hälsa används för att kompensera begränsade läkarresurser.

Sverige likt resten av vår omvärld upplever en kraftig ökning av antalet äldre vilket kräver nya arbetssätt inom äldreomsorgen för att hantera den demografiska utvecklingen. I den externa makromiljön har regeringen satt upp som vision att Sverige ska vara världsledande inom e-hälsa år 2025. Det som komplicerar måluppfyllelsen är att den offentliga sektorn saknar kompetens och expertis för att på egen hand utveckla e-hälsan framgångsrikt. Den akuta COVID-19 pandemin vi befinner oss i har blivit en katalysator som e-hälsan behöver för att påskynda sina utvecklingsprocesser och därigenom intensifieras interaktioner i samarbetsprocesser mellan intressegrupper. De normala kännetecknen för utveckling och ansvar av digitala verktyg såsom informationssystem i den offentliga sektorn är decentraliserad genom lokalt självstyre i kommunerna. Utvecklingsprocesserna är trögrörliga på grund av att kommunerna saknar ekonomiska resurser som står i paritet till ansvaret som Äldreomsorgsreformen 1992 tilldelade dem. Trots New Public Management, som ska mäta och ekonomiskt styra allt i den offentliga sektorn, kämpar kommunerna med underskott i sina finanser men ska ändå vara ansvariga för att leverera äldreomsorg till ett större antal äldre. Det måste finnas finansiering för att e-hälsa skyndsamt ska införas i den offentliga sektorn men eftersom kommunernas resurser är begränsade är dessa beroende av att regionerna tar initiativ och ansvar. Omsorgstagarna i kommunerna vill ha utökad makt över sitt

hälsotillstånd. Deras intressen sammanfaller med nya e-hälsoleverantörer som vill in på denna stora marknad som öppnas upp i samband med att 5G blir den nya kommunikationsstandarden. De förändringsprocesser som påbörjats inom äldreomsorgen är en ökad användning av informationssystem och hemmonitorering. Innovativa produkter kommer till viss del att motverka ohälsa och arbeta i förebyggande syfte, vilket i sin tur innebär att tids nog ökar säkerheten och kvalitén ökar för omsorgstagare**.** Det som ytterst avgör efterfrågan på dessa innovationer är omsorgstagarens sociala acceptansnivå. Innovationer eller processer som uppfattas strida mot etiska förhållningssätt mot omsorgstagaren kommer mest sannolikt inte att efterfrågas och där blir det svårt för e-hälsa att ersätta den viktiga mänskliga närkontakten mellan omsorgstagare, läkare och sjuksköterska.

K**oncisa slutsatser**

1. Införandet av e-hälsa är avgörande för den framtida sjukvården och äldreomsorgen.
2. E-hälsa innebär förbättrad patientsäkerhet.
3. Den demografiska utvecklingen med en äldre befolkningsstruktur är en viktig motivationsfaktor till e-hälsans utveckling.
4. Den offentliga sektorn saknar kompetens och expertis för att på egen hand utveckla e-hälsan framgångsrikt.
5. Covid-19 är en viktig katalysator för att påskynda e-hälsans utveckling.
6. Normala kännetecken för e-hälsans digitala verktyg är decentraliserade processer på grund av självstyre i kommunerna.
7. På grund av suboptimal resursallokering är kommunerna beroende av regioner för utveckling av e-hälsa

7.1 Kritik av eget arbete

7.1.1 Metodkritik

En styrka med denna studie är att respondenterna är experter inom sina områden och samtliga respondenter har många års erfarenhet med att arbeta inom vården, äldreomsorgen och aktivt arbete med e-hälsa.
Svagheten är att studien har ett fåtal respondenter och därmed går det inte att generalisera våra slutsatser. Vidare har samtliga respondenter högt uppsatta positioner inom sina respektive organisationer. Respondent 4 har över 25 års erfarenhet av aktivt arbete med teknologi och arbetar även internationellt med e-hälsoarbete, vilket innebär att hen har förståelse för ämnet ur ett globalt perspektiv. Vidare har respondent 3 på ImagineCare 20 års erfarenhet av vård och omsorgsarbete, där hen har arbetat inom sjukhus och även privata sektorn med inriktning mot sjukvården och äldreomsorgen. Slutligen har båda respondenterna från eHälsomyndigheten minst 10 års erfarenhet av kliniskt arbete inom sjukvården och båda dessa har arbetat aktivt med införandet av nya teknologier,

För att förstärka validiteten i studien har sekundärdata i form av granskade vetenskapliga artiklar, relevant akademisk litteratur, branschrapporter använts. Författarna har varit aktsamma i att tillämpa granskade vetenskapliga artiklar för att garantera att den information som använts har varit trovärdig och undersökts av andra forskare inom området

Vi har valt en kvalitativ metod för att utföra vår studie och motiveringen till varför vi valt denna är att det är ett relativt nytt fenomen som har undersökts och den kvalitativa metoden har gett oss en djupare förståelse av fenomenet e-hälsa. Denna kvalitativa metod har också inneburit att vi under resans gång varit exponerade för våra subjektiva tolkningar i bearbetningen av empirin där allt från datainsamling, transkribering och analys är resultat av vår subjektiva förförståelse, uppfattningsförmåga och analysförmåga. En kvantitativ metod hade visserligen givit oss möjligheten att samla in mer av respondenterna**s** svar men hade däremot inte erbjudit samma djupgående förståelse av fenomenet (Denscombe, 2019).

Utifrån beskrivningen ovan hade en metodtriangulering varit av intresse eftersom denna metod, kvalitativt och kvantitativt kombinerad, hade kunnat ge ytterligare djup och bredd, och därmed ytterligare förstärkt validiteten, i förståelsen av fenomenet e-hälsa. En kvantitativ utvidgning av det empiriska materialet hade kunnat kompletterats med en enkätundersökning. Denna enkätundersökning hade kunnat adressera respondenter hos beställarsidan såväl som hos omsorgstagare ute i kommunerna i syfte att få ökad förståelse för deras erfarenheter och upplevelser med användning av befintliga digitala verktyg.

7.1.2 Teorikritik

Vi har valt att studera förändringsprocesser ur ett mångfacetterat och holistiskt perspektiv. Pettigrews Content, Context and Process (CCP modellen) har använts för att förstå hur olika dimensioner samspelar med varandra. Vidare har Rogers Diffusionsteori tillämpats för att förklara hur innovationer inom äldreomsorgen utvecklats. Diffusionsteorin förklarar hur olika individuella kundgrupper tar till sig en innovation olika fort men saknar möjligtvis en förklarande förmåga i hur företagsgrupper i nätverk tar till sig innovationer och genom interaktion utvecklar en innovation. Sammantaget har Rogers diffusionsteori, trots sina svagheter, kompletterat Pettigrews teori på ett bra sätt eftersom denna teori är holistisk och använder det som Rogers teori saknar, ett nätverksperspektiv.

Den kritik som framför allt framförts från andra forskare avseende Pettigrews teori delar också Pettigrews egna perspektiv av bristen på en kontextuell och processuell förståelse av ledningen och organisationer. Morgon et al. (2000) menar att Pettigrew visserligen har en poäng av att väva in kontextuella element men hans förklarande av sammanhang är okritiskt eftersom det inte ifrågasätter högsta ledningens legitimitet. Vidare menar de att Pettigrews arbete brister eftersom det inte tar tillräcklig hänsyn till samhället i stort eller teknologiska förändringar. Chia et al (2007) menar att Pettigrews processkoncept inte tar tillräckligt hänsyn till ontologiska eller epistemologiska perspektiv, som de hävdar verkligen är processuella till sin natur. Pettigrews arbete kan också kritiseras för att inte tillräckligt lyfta fram effekterna av processer i innehållet. Forskare som studerar strategier, vars huvudsakliga syfte är att studera varför vissa företag konkurrerar ut andra företag och fokuserar på konkurrensfördelar (Porter, 1980) kan bli kritiserade för att vara för linjära och rationella i sin konceptualisering av processer och alltför naiva i sina förklaringar. Pettigrews politiska element och hur denna påverkar företagsledningen ger en övertygande bild av hur strategisk förändring realiseras. En

sista kritik avser konceptualismen som förklaras av processuell epistemologi utan att gå in på kontextuella metoder. Pettigrews arbete erbjuder ingen information om hur rådata samlats in och bearbetats och tolkats för att i slutändan resultera i de cirklar som finns i ramverket. Kritikern kan ju fråga sig hur en kontextuell intervju genomförs? Hur kodas data i en kontextuell bearbetning? (Sminia, 2016).

7.1.3 Källkritik

Thuren och Strachal (2011) redogör för några väsentliga principer för att studera trovärdigheten på källor. För att kunna avgöra källans äkthet och trovärdighet krävs det vissa riktlinjer som man bör följa. Detta för att möjliggöra en utvärdering och tolkning av påståenden oberoende av tid och rum.
I denna studie har vi använt ett kritiskt förhållningssätt vid granskning av källor, påståenden och analys av litteratur. Vi har varit noggranna med att bland annat kontrollera om det finns någon erkänd myndighet eller organisation bakom den information vi har granskat, eller om det finns referenser till andra källor, när materialet publicerades, tiden är viktig då det kan vara avgörande för hur tillförlitlig en källa är.
En källa blir mer trovärdig ju mer samtida den är (Ibid). Vi har undersökt om det finns fler än två källor som har samma information, som bekräftar den informationen vi samlat in, detta då informationens tillförlitlighet ökas om flera källor bekräftar samma information.

Sammanfattningsvis har vi granskat och utvärderat vem som är ansvarig för den information vi samlat in då det finns källor med information som gynnar skrivaren och på så sätt inte är fri från tendens, detta kan minska källans trovärdighet då skrivaren kan ha publicerat sådan information som är till ens egen fördel.

Vi har granskat tiden när informationen skrevs/publicerades, vilken målgruppen för materialet är (hur relevansen är, med anknytning till vår studie) innan vi samlat in informationen och därefter tillämpat det i vår studie.

Vi har följt de källkritiska principerna enligt Thuren och Strachal vilka är som ovan nämnt äkthet, tid, beroende och tendens. Dessa principer gäller vare sig informationen är tagen från internet eller om den är tagen från en fysisk källa (Thurén & Strachal, 2011).

Visserligen har våra respondenter lång erfarenhet av e-hälsoarbetet. Däremot upplevde vi att eHälsomyndigheten inte kunde fördjupa sig i vissa saker inom området e-hälsa. Det talades exempelvis mycket om vision e-hälsa 2025 och vilka fördelar det genererar, däremot konkretiseras inte detta med fördjupade tillvägagångssätt för att kunna nå visionen. Vidare lyfter respondenterna på eHälsomyndigheten inte fram e-hälsans nackdelar, såsom etiska aspekter, vilket hade varit av stort intresse ur ett helhetsperspektiv. Överlag har våra muntliga källor vari lärorika och givit oss fördjupade kunskaper om e-hälsa som fenomen.

7.2 Förslag på vidare forskning

En del av respondenterna lyfter fram problemet med bristande kunskaper med att använda e-hälsa som verktyg, samtidigt som majoriteten inser värdet, och de etiska utmaningar som uppstår i samband med införande och tillämpning av e-hälsa. Således ser vi att det behövs vidare forskning som utvärderar konsekvenser av införande och tillämpning av e-hälsa och i synnerhet det etiska aspekter som uppstår vid införande och tillämpning. Vidare finns även en stor problematik som omfattas av beslutsfattare inom omsorgen som har begränsade kunskaper inom e-hälsa och som högst sannolikt gör det mer utmanande att nå visionen om att vara världsledande inom e-hälsa 2025. (Bossen & Ingemansson, 2016). Därav skulle det vara av stort intresse att studera e-hälsoarbetet på högre nivå som också inkluderar ledningens kompetens inom e-hälsa hos Sveriges kommuner och regioner.

Vidare alternativ till framtida studier är att använda, den av Stockdale och Stanleys (2006) vidareutvecklade CCP modellen, för att genomföra en utvärderingsstudie av en specifik innovation inom e-hälsan, i form av en fallstudie. Ur ett framtida innovationsperspektiv kan det även vara intressant att studera förändringar av innovationsteknologier i äldreomsorgen och hur utvecklingen kan förklaras ut ett nätverksperspektiv.

Källförteckning

Alvesson, M., och Sköldberg, K. (2017). Tolkning och reflektion - vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod”: Studentlitteratur AB, Lund.

Andersson, C., Hollmark M., Skjöldebrand, L, Lindblad, R. (2015). Technology, ready to be launched, but is there a payer? Challenges for implementing eHealth in Sweden. Studies in Health Technology and Informatics 211: Sid: 56-68.

Andréasson, E. (2015). Digitalisering i den offentliga förvaltningen: IT, värden och legitimitet. Sid 276-277.

Barret, D., Cooper A., Dowding, D. (2015). The impact of new information and communication technologies on the development of advanced practice. Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World. London: Sid: 287–301.

Biggam, J. (2015). " Succeeding with your master’s Dissertation. A step-by-step handbook" (Upplaga 3), Open University Press Berkshire.

Birkinshaw, J. & Hamel, G. (2008). Management Innovation. https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amr.2008.34421969 (2019-10-08)

Blix, M & Levay, C. (2018), Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården

Bryman & Bell, (2017). Företagsekonomiska forskningsmetoder. Liber

Boddy, D., King, G., Clark, J.S. (2009). The influence of context and process when implementing e-health. *BMC Med Inform Decis Mak* 9, 9

Borgström, 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.

Bossen, H., Ingemanasson, J, (2016), Digitalisering av svensk industri. https://strategiska.se/app/uploads/digitalisering-av-svensk-industri.pdf (2019-07-30).

Chadwick, B., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. (2008). “Methods of data collection in qualitative research; interviews and focus groups, BDJ, vol. 204, no. 6, pp. 290-295.

Chia, R., MacKay, R.B. (2007). Post-processual challenges for the emerging strategy-as-practice perspective: Discovering strategy in the logic of practice. Human Relations, 60(1), pp. 217–242.

Cronholm, S; Goldkuhl, G. (2006). Handlingsbara. IT-system – design och utvärdering IDA/VITS, LU

Cöster, M., Westelius, A. (2016). Digitalisering, Liber AB. Stockholm.

Dagens medicin (2019), Stor brist av utbildad vårdpersonal i framtiden.
https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/11/05/stor-brist-av-utbildad-vardpersonal-i-framtiden/ (2020-11-05).

Danmarks digitalisering (2020). A STRONGER AND MORE SECURE DIGITAL DENMARK.
https://en.digst.dk/media/14143/ds_singlepage_uk_web.pdf (2020-12-15).

Datainspektionen, (2020). Dataskyddsförordningen (GDPR). Tillgänglig:
https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsforordningen/

Dawson, P. (1994). Organizational Change: A Processual Approach. London: Paul Chapman Publishing.

Denscombe, M. (2019). Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna. Lund: Studentlitteratur

DIGG:s rapport, (2019). (Digital förvaltning i internationellt perspektiv).

Dissanayake. V, (2018) Capacity building and innovation in eHealth in Sri Lanka

SKR, (2020) - Därför är självstyrelse bra. Tillgänglig:
https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltsjalvstyrestyrskommunenochregionen/darforarsjalvstyrelsebra.1567.html (2020-05.20).

Europeiska kommissionen, (2011) - Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions

E-Hälsa, SKR, (2019).
https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa.1067.html (2020-04-01).

E-hälsa Socialstyrelsen, (2020), det här är e-hälsa.
https://div.socialstyrelsen.se/det-har-ar-e-halsa (2020-03-04).

Eurostat, (2020), Population structure and ageing.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing (2020-12-17).

Eriksson, L. T., Wiedersheim-Paul, F. (1997). Att utreda, forska och rapportera, Liber ekonomi, Stockholm.

Farbey, B., Land, F., Targett, D. (1993). How to Assess your IT Investment: A study of methods and practice. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Flanagan och Uyarra (2010). Understanding the Innovation Impacts of Public Procurement

Francisco, M. Iacobaeus, H. Nordqvist, C, Sefyrin, J. Skill,, Wihlborg, E. (2019), Digitalt utanförskap. Linköpings Universitet

Gill, A., Per-Erik Ellström, Per-Erik och Kock, H. (2005). Why do small enterprises participate in a Programme for Competence Development?

GDPR, (2020). GDPR för dig som skriver ett studentarbete.
https://www.sh.se/student/hur-gor-jag/gdpr-for-dig-som-skriver-ett-studentarbete (2021-01-03).

Goldkuhl, G. & Röstlinger, A. (1988). Förändringsanalys – Arbetsmetodik och förhållningssätt för goda förändringsbeslut. Lund: Studentlitteratur.

Goodwin, C. J. & Goodwin, K. A. (2013). Research in psychology: methods and design, 1th edn, Wiley, Hoboken, NJ

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage.

Hage E., Roo J-P., van Offenbeck M-AG., Boonstra A. (2013). Implementation factors and their effect on e-Health service adoption in rural communities: a systematic literature review. BMC Health Serv Res.
Hörnsten, Å Larsson, H, Isaksson U, O, Carl Johan, Schimmer Robyn, Öberg Ulrika. (2018). Swedish primary healthcare nurses, perceptions of using digital eHealth services in support of omsorgstagare self-management. Scandinavian Journal of Caring Sciences: 960–969.

Häger, B. (2007) Intervjuteknik. Liber. S. 21-30

Hälso- och äldreomsorgensrapporten, (2019). Hälso- och äldreomsorgensrapporten - Öppna Jämförelser.
https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-729-9.pdf (2020-01.30)

Jonsson, A., Hagberg, J. (2016). Handelns digitalisering: undran inför framtidens affärer. Studentlitteratur AB: Lund.

Jones, S., Hughes, J., (2001), Understanding IS Evaluation as a Complex Social Process: A Case Study of a UK Local Authority, European Journal of Information Systems, Vol. 10.

Karolinska Institutet, (2020). Läkarprogrammet.
https://utbildning.ki.se/programme-syllabus/2LK13?_ga=2.229366366.377502347.1600888049-1514114701.1600888049 (2020-05-14).

Kane, G., Palmer, D, Phillips N, Anh., K (2015). Strategy, not technology, drives digital transformation. MIT Sloan Management Review: 1-26.

Kallin, J (2013). Västmanlandsuppror mot dåliga arbetsförhållanden. https://www.vardfokus.se/nyheter/vastmanlandsuppror-mot-daliga-arbetsforhallanden/ (2020-11-14).

Khilnani. A, Schulz. J., Robinson. L (2020) The COVID-19 pandemic: new concerns and connections between eHealth and digital inequalities

Kulachet M, (2011). The Critical Review of New Public Management Model and its Criticisms. *Research Journal of Business Management, 5: 35–43.*

Kvale, S., Brinkmann, K. (2004), Den kvalitativa forskningsintervjun

K, Halvorsen (1992). Samhällsvetenskaplig metod, Studentlitteratur Ab

Lane, J., & Wallis, J. (2009) Non-profit organizations in public policy implementation. Journal of public administration and policy research, 1(7) s. 140-149.

Larsen, A, (2009). Metod helt enkelt. Gleerup förlag. S. 12–14

Liker, J. (2012). The Toyota Way - Lean för världsklass. Liber förlag. sid 49.

Magnusson, Monika. (2006). Adoption av elektronisk handel i små och medelstora företag. Doktorsavhandling 2006:48. Karlstad Universitet.

Matt, C., Benlian, T. (2015). Digital Transformation Strategies, Business & Information Systems Engineering: Vol. 57. S. 340-342

Mintzberg, h. and westley, f. (1992) cycles of organizational change. strategic management journal, 13, 38-59.

Mintzberg, H., Raisinghani, D. & Théorét, A. (1976). The structure of unstructured decision processes. 246–275. Methods. Publicerad i Nilsson,

Mirsch, H, (2018) Sjuksköterskorna lämnar de stora sjukhusen. Tillgänglig: https://www.vardfokus.se/yrkesroller/sjukskoterska/sjukskoterskorna-lamnar-de-stora-sjukhusen/ (2020-10-02).

Moe, J. (2014), Research on Public Procurement of Information Systems: The Need for a Process Approach

Morgan, G., Sturdy, A. (2000). Beyond Organizational Change. London: Macmillan

Nilsson, A.G. (1999). The Business Developer’s Toolbox: Chains and Alliances between Established

Nilsson, A.G. (2000). Användning av standardsystem i organisationer – kritiska framgångsfaktorer.

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth; A systematic review of published definitions: Journal of Medical Internet Research. Sid 1–34.

Om Teknikmarknad, (2020)
http://www.teknikmarknad.se/om_oss.html (2019-03-20).

Om KRY, (2020),
https://www.kry.se/sa-fungerar-det/ (2019-05-25).

Om E-hälsomyndigheten, (2020).
https://www.ehalsomyndigheten.se/om-oss/ (2019-02-01).

Pettersson, J.S. (2000). Om metoder för systemutveckling i professionella organisationer – Karlstads skolans syn på informatikens roll i samhället, 204–225. Lund: Studentlitteratur.

Patel, J och Davidsson, P (1994). Forskningsmetodikens grunder att planera, genomföra och rapportera en undersökning

Pensionsmyndigheten, (2016). Så påverkar en höjd pensionsåldersamhällsekonomin. Sid 7–8

Pettigrew, A.M. (1985a). The Awakening Giant: Continuity and Change in Imperial Chemical Industries. Oxford: Basil Blackwell.

Pettigrew, A. M. (1985b). Contextual research: a natural way to link theory and practice.

Pettigrew, A. M. (1987). Context and Transformation of the Firm, Journal of Management Studies Vol.24No.6 November

Pettigrew, A.M, och Whipp, R. (1991). Managing Change for Competitive Success: Blackwell Publishers

Pérez-Sust, P. Fernández, S., Fajardo, C., J. Medina, M. Pepi, P, Jordi. A. (2020) Turning the crisis into an opportunity: digital health strategies deployed at-scale during the coronavirus (COVID-19) outbreak in Catalonia

Porter, M.E. (1980). Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York: Free Press

Pritchard, D, Turri, J., Carter, J. (2018). The Value of Knowledge", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* Edward N. Zalta (ed.),
https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/knowledge-value
Publicerad i Lawler, E.E. (ed.). Doing research that is useful in theory and practice, sid. 222-248. San Francisco: Jossey Bass

Regeringskansliet, (2020). Analys av corona krisens påverkan på digitaliseringen. https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/06/analys-av-coronakrisens-paverkan-pa-digitaliseringen/ (2020-01-15).

Regeringskansliet, (2017). Hälsa och välbefinnande. https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/ (2019-02-07).

Reneland-Forsman, L. (2018). Borrowed access – the struggle of older persons for digital participation. International Journal of Lifelong Education. Sid. 333–344.

Repstad, P. (2010). Närhet och distans - Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap Publicerad:

R, Glenn., Naomi, F. (2015). The role of context in successful improvement. The Health Foundation Inspiring Movement. https://www.health.org.uk/sites/default/files/ContextForSuccessfulQualityImprovement.pdf (2020-03-20).

R, Everett M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). New York: Free Press.

Ross J., Stevenson F., Lau R., Murray E. (2015). Exploring the challenges of implementing e-health: a protocol for an update of a systematic review of reviews.

Saunders, M., Thornhill, A. & Lewis, P. 2016, Research methods for business students, 7th edn, Pearson Education, Harlow.

SCB, (2020). Befolkningsprognos för Sverige. https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/ (2020-04-29)

Schumpeter, J. (2008). Capitalism, socialism and democracy. Arper Perennial. Sid. 56 – 60

Schapper, P. R., Malta, V. J., and Gilbert, D. L. (2006). An Analytical Framework for the Management and Reform of Public Procurement. Journal of Public Procurement Vol. 6, s.1-26

Serafeimidis, V. & Smithson, S. (2003). Information System as an Organizational Institution, Experience from a Case Study. Information Systems Journal, Vol 13, Sid. 250 - 275
SCB (2018), Störst folkökning att vänta bland de äldsta. https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolking-20182070/ (2019-04-26)

SKL:s rekryteringsrapport, (2018), Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-610-0.pdf (2020-01-27).

SKR, Vision e-hälsa, (2020). https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/visionehalsa2025.8859.html (2020-09-30).

SKR, 2019. Digitalisering i välfärden - Attityder och erfarenheter bland medarbetare och studenter. https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-874-6.pdf?issuusl=ignore (2020-10-14).

Sminia, H. (2016). Pioneering Process Research: Andrew Pettigrew's Contribution to Management Scholarship, 1962–2014. International Journal of Management Reviews, Vol. 18, 111–132 (2016)

Socialstyrelsen, (2018). Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg.

Socialstyrelsen, Det här är e-hälsa, (2020) https://div.socialstyrelsen.se/det-har-ar-e-halsa (2020-06-23).

Socialtjänstlagen, (2001). https://termbank.socialstyrelsen.se/docs/Bruktext.pdf (2020-09-13).

Statista, (2020). Forecasted share of the population aged 65 years and above in Singapore in 2019, 2030 and 2050. https://www.statista.com/statistics/713663/singapore-forecast-aging-population/ (2020-10-03).

SKR-Fakta om äldreomsorgen, (2020). https://skr.se/download/18.c6705bc172ca813b9cbae99/1593093396355/Fakta_om_aldreomsorgen_i_ljuset_av_coronapandemin.pdf (2020-11-03).

SKR beredskap, (2020). https://skr.se/tjanster/omskr/styrelseochberedningar/beredningar/primarvardochaldreomsorg.27160.html (2020-12-30).

Swedish Research Council, 2017. Good Research Practices. https://publikationer.vr.se/en/product/good-research-practice/ (2019-04-02).

SR, (2020). Sveriges befolkning har aldrig varit äldre. https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=7418868 (2020-03-01)

Stetler, C.B., Ritchie, J, Rycroft-Malone, J.Improving quality of care through routine. Successful implementation of evidence-based practice at the bedside. an organizational case study protocol, using the Pettigrew & Whipp model of strategic change.

Smithson, S. & Hirschheim, R. (1998). Analyzing information systems evaluation: another looks at an old problem. European Journal of Information Systems, 7, 158-174.

Serafeimidis, V, Smithson, S. (1996), The Management of Change for Information Systems Evaluation Practice: Experience from a Case Study, International Journal of Information Management, Vol. 16, No. 3, pp. 205-213.

Serafeimidis, V., Smithson. S, (1999), “Rethinking the Approaches to Information. Systems Investment Evaluation”, Logistics Information Management, Vol. 12, No. 1-2, pp. 94–107.

Serafeimidis, V. & Smithson, S. (2000). “Information systems evaluation in practice: a case study of organizational change”. Journal of Information Technology, 15, s. 93–105.

Ström, M (2013). Svenska läkare hinner med få patientbesök.
https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2013/11/svenska-lakare-hinner-med-fa-patientbesok/

Svenska sjukvårdssystemet, (2020). Tillgänglig:
https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html

Thai.V. Khi (2001) JOURNAL OF PUBLIC PROCUREMENT, VOLUME 1, ISSUE 1, 9-50

T. Schwarz, U. Hasson, H. (2019). Implementering – verktyget som ser till att innovation och kontext fungerar ihop. Tillgänglig:
https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2019/11/implementering-verktyget-som-ser-till-att-innovation-och-kontext-fungerar-ihop/ (2019-11-12)

Thuren, G., Strachal, T. (2011). Gleerups. S-16-20

Vårdanalys, (2014). Vårdens framtida utmaningar är redan här
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_statistics_at_regional_level/sv&oldid=321684 (2020-03-26)

Wauters, B. (2017). “Strategic management in the public sector”. A tool for improving performance of ongoing operations or for redefinning performance to meet new challanges.

Willcocks, L. & Margetts, H. (1993). Risk assessment and information systems. Publicerad i Whitley, E.A. (ed.). Proceedings of the First European Conference on Information Systems, ECIS 1993, Henley-on-Thames, United Kingdom.

Wilt, T, Versluis, Goedhart, Delf (2019). General practitioners attitude towards the use of eHealth and online testing in primary care

Wiedersheim-Paul, F. & Eriksson, L. T (1991). *Att utreda, forska och rapportera*.

Witterblad, M. (2015). Så får vi mera välfärd för pengarna. Konkurrens, styrning och en effektivResursanvändning. Svensk näringsliv.

World Health Organization. (2013). Transforming and scaling up health professionals’ education and training: WHO Guidelines 2013. Schweiz.

World health Organization (2020), eHealth at WHO, Tillgänglig: https://www.who.int/ehealth/about/en/#

Yin, R. (2014) Case Study Research: Design and Methods. 5th Edition. Sage Publications. California, 2014.

Åsberg, I. (2001) Det finns inga kvalitativa metoder och inga kvantitativa heller för den delen. Pedagogisk Forskning inom Sverige. Sid. 270–290

Ädelreformen, 1998/99:So436.
https://www.riksdagen.se/sv/webb-tv/video/motion/adelreformen_GM02So436 (2020-11-30).

Ödman, P-J. (2001). Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik. Stockholm: ePan/Norstedt.

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjuguide

INTERVJUMALL

Inledning

- Vad är din titel?
- Vilka är dina primära arbetsuppgifter inom verksamheten?
- Under hur lång tid har du arbetat med nuvarande tjänst?

Frågor

- Varför vill man implementera e-hälsa ?
- Vilka hinder kan uppstå med implementeringen av e-hälsa?
- Vilka verksamhetsstrategier används för att implementera e-hälsa, exempel på specifik process eller strategi?
- Vilka fördelar medför e-hälsa för verksamheten (kommuner, landsting, eHälsomyndigheten?).
- Vilka fördelar medför e-hälsa för omsorgstagarna?
- Finns det några nackdelar för omsorgstagarna med att implementera e-hälsa?
- Vad är motivationen för att implementera e-hälsa?
- Vad var innehållet i förändringen på projektnivå, till exempel vad i era interna system ändrades för att förbättra äldreomsorgen?
- Vad är motivationsfaktor/faktorerna för förändring med e-hälsa, (specifikt inom vården/äldreomsorgen)?
- Vilka möjliggörande och drivande krafter, över tid, påverkar motivationen att införa e-hälsa inom vården/äldreomsorgen?
- Vad är innehållet i förändringen på projektnivå, det vill säga vad förändras men håller ändå igång användningen av individuell e-hälsa inom vården/äldreomsorgen?
- Vad är innehållet i kontextuella förändringar, för generiska och upprätthållande e-hälsa över tiden, inom vården/äldreomsorgen?

- Vilka huvudsakliga organisationsstrukturer, system, roller etc förändras för att förhöja och stödja användningen av e-hälsa?

- Vilka processer används för att förhöja individuellt målinriktade förändringar till e-hälsa, det vill säga vilka implementeringar och interveneringar används för att uppmuntra anpassningen av förändringen, inom vården/äldreomsorgen?

- Vilka strategier används övertiden för att möjliggöra en förändring mot e-hälsa som en norm?