

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2018:75

# eHälsa som stöd för egenvård vid kronisk hjärtsvikt

En litteraturöversikt

Ikumi Bengtsson  
Ulrika Strand



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	eHälsa som stöd för egenvård vid kronisk hjärtsvikt En litteraturöversikt
Författare:	Ikumi Bengtsson & Ulrika Strand
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK16v
Handledare:	Karin Högberg
Examinator:	Johan Herlitz

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärtsvikt är en av de vanligaste diagnoserna i vården. I Sverige drabbas ca. 250 000 personer av hjärtsvikt varje år. För patienter med hjärtsvikt är egenvård väsentligt för att uppnå en god livskvalitet och förebygga försämring. Däremot är sjukdomsinsikten inte alltid tillräckligt god vilket försvårar följsamheten till behandling och motivationen till adekvata åtgärder. eHälsa är tänkt att underlätta patienters information och kommunikationsmöjlighet för att öka tillgängligheten till vården. Den tekniska utvecklingen sker snabbt och eHälsoverktyg av olika slag finns att tillgå för att vara behjälpliga och underlätta egenvården. **Syfte:** Syftet med litteraturöversikten var att belysa patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av eHälsa för att stödja egenvården. **Metod:** En litteraturöversikt enligt Friberg. Litteraturöversikten baserades på fem kvalitativa och tre kvantitativa studier samt en studie med en mix av kvalitativ och kvantitativ metod. **Resultat:** Resultatet visar att användning av eHälsa främjar egenvården vid hjärtsvikt i de flesta fall men framhåller också sjuksköterskans viktiga roll och stöd i användningen av eHälsa samt teknikens användarvänlighet. De tre huvudteman som identifierades i resultatet var *Empowerment*, *Upplevelse av trygghet* och *Vikten av användarvänlig teknik*. **Diskussion:** I diskussionen problematiseras huruvida eHälsa ersätter sjuksköterskans fysiska möten samt behovet av teknisk support i användning av eHälsa. **Slutsats:** Den viktigaste slutsatsen av litteraturöversikten är att eHälsa kan förbättra patienters egenvård även när det kommer till den äldre generationen med begränsad teknikvana. Dock krävs individanpassning av både teknik och stöd. Vidare forskning behövs för att få en uppfattning om sjuksköterskans upplevelse av eHälsa och hens stöd till användarna samt de organisatoriska utmaningarna som är aktuella inom hälso- och sjukvården för att eHälsa i praktiken ska främja hälsa.

**Nyckelord:** Hjärtsvikt, Egenvård, eHälsa, upplevelse

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
eHälsa	1
Hjärtsvikt	2
eHälsa och egenvård	3
Sjuksköterskans roll	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>5</b>
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>5</b>
Datainsamling	6
Dataanalys	6
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
<b>Empowerment</b>	<b>8</b>
eHälsa till stöd för kunskap	8
eHälsa som stöd för motivation, självförtroende och känsla av kontroll	9
<b>Upplevelse av trygghet</b>	<b>10</b>
eHälsa som stöd i kommunikation	10
eHälsans betydelse för utvecklandet av en stödjande relation	11
<b>Vikten av användarvänlig teknik</b>	<b>12</b>
Att acceptera användning av teknik	12
Att behärska teknik	12
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
<b>HÅLLBAR UTVECKLING</b>	<b>17</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>17</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>	<b>18</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>

**Bilaga 1**

**Bilaga 2**

## INLEDNING

Hjärtsvikt är en komplicerad sjukdom som kräver hög egenvårds-kompetens för att hålla symtomen under kontroll och uppnå livskvalitet. Men patientens motivation krävs för att kunna monitorera symtom, upptäcka tidiga tecken på försämring samt förmåga att utvärdera effekten av åtgärder för att kunna bedriva adekvat egenvård. Dessutom påverkar patientens attityder och hälsouppfattning inställningen till egenvården (Strömberg 2014, ss. 223–226).

Under den senaste verksamhetsförlagda utbildningen upplevde författarna patienter med hjärtsvikt och deras svårigheter att upprätthålla en god egenvård och därför väcktes vårt intresse för hur sjukvårdspersonal kan stödja och främja patientens egenvård.

Användning av elektroniska verktyg för att uppnå hälsa har ökat kraftigt den senaste tiden. Ny teknologi möjliggör effektivare verksamheter och kan lösa problem som är aktuella inom vården. Samtidigt minskar antalet vårdplatser medan den äldre befolkningen som är i störst behov av vård ökar. Politikernas svar på problemet med ökat vårdbehov är implementering av eHälsa och att vården förflyttas från sjukhuset till hemmet, med ett ökat krav på både patienter och anhöriga (Svenska Sjuksköterskeförening 2014). Men många känner sig inte bekväma med teknologin eller upplever det för krångligt att använda IT-stöd för sin behandling. Detta kan tyda på att systemet inte har anpassats tillräckligt till de äldre som sannolikt kommer att vara den större gruppen av användare. Att vara digitalt delaktig är en utmaning för den äldre åldersgruppen när det kommer till kompetens och tillgång till teknik. Cirka 400 000 personer äldre än 65 år lever idag i digitalt utanförskap (Folkhälsomyndigheten 2018).

Enligt Läke-medelsverket (2006) är medelåldern för insjuknande i hjärtsvikt cirka 75 år. Användning av eHälsa i denna patientgrupp kan ses som en utmaning relaterat till det digitala utanförskap som Folkhälsomyndigheten (2018) beskriver. Därför väcktes intresset för patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av eHälsa för att främja egenvård. Denna kunskap kan vara ett underlag för sjuksköterskan för att kunna stödja patientens egenvård med hjälp av modern teknik.

## BAKGRUND

### eHälsa

Sveriges regering tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram en vision att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Sveriges Kommuner och Landsting 2018). Socialstyrelsen (2017b) beskriver att “E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”. eHälsa kan ses som ett paraplybegrepp och innefattar all digital teknik som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården och som underlättar interaktionen mellan vårdgivare och patienter.

I begreppet eHälsa ingår mHälsa, Telehälsa och Telemedicin. De är alla termer för eHälsa men indikerar hur de olika eHälsotjänster som används skiljer sig åt. Telehälsa innebär omvårdnad på avstånd medan Telemedicin syftar till att diagnostisera och behandla patienter på distans (Sävenstedt 2014, s.439). mHälsa innebär användning av

mobila enheter, så som mobiltelefoner, övervakningsenheter och andra trådlösa enheter för att stödja tillämpningen av eHälsa i hemmet. Detta inkluderar även mobila applikationer (app) vilka gör de snabbaste framstegen inom mHälsa (World Health Organisation 2011). Exempel på mHälsa är stegräknare och pulsmätare som är uppkopplade till smartphone. Det finns även medicintekniska produkter som mäter blodtryck och kroppstemperatur, tar EKG och utför ultraljud. Andra exempel på mHälsa i Sverige är kry.se. Det är den första vårdcentralen på distans, där det är möjligt att boka videokonsultation och erhålla remisser och recept (Västra Götalandsregionen 2015).

Tanken är att eHälsa ska förbättra och utveckla hälsoläget både på individnivå och samhällsnivå. En mer lättillgänglig information ger patienter kunskap och en möjlighet att ta ett större ansvar för sin hälsa. Patienten får också en större möjlighet att påverka sin vård. Den digitala tekniken ska stärka delaktigheten och underlätta kontinuiteten i vården. För att förhindra utanförskap och frustration är det av vikt att tekniken anpassas efter individen. eHälsa ska fungera som ett stöd i olika omvårdnadsprocesser och inte vara den dominerande faktorn (SSF 2014).

## Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en av de vanligaste diagnoserna i vården. Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd med hög mortalitet och med nedsatt livskvalitet i större utsträckning än andra kroniska sjukdomar (Läkemedelsverket 2006). I Sverige lever ca 250 000 personer med diagnosen hjärtsvikt och i motsats till andra hjärtkärl-sjukdomar, som exempelvis hjärtinfarkt, ökar hjärtsvikt på grund av en allt åldrande befolkning och att allt fler överlever en hjärtinfarkt. En infarkt skadar hjärtmuskeln och gör att många senare drabbas av hjärtsvikt. Det som är oroande är att forskning visar att hjärtsvikt ökar bland yngre vilket visar sig ha ett starkt samband med ökningen av fetma (Hjärt- Lungfonden 2017).

Vid hjärtsvikt är hjärtats prestationsförmåga nedsatt och pumpförmågan fungerar inte som den ska. Kompensationsmekanismer upprätthåller cirkulationen till en början men ju längre sjukdomen fortskrider desto tydligare blir hjärtats funktionsnedsättning och sviktsymtom utvecklas. De bakomliggande faktorerna till hjärtsvikt är hypertoni och kranskärlssjukdom men också andra orsaker som arytmier och klaffel. Hjärtsvikt klassificeras utifrån New York Heart Associations (NYHA) fyra funktionsklasser och beskriver svårighetsgraden av de symtom som uppkommer. Vanliga symtom är andfåddhet, trötthet, vätskeretention och ödem (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011, ss. 221–222).

Enligt Ryan och Farrelly (2009) upplever patienter med hjärtsvikt ofta oro och rädsla för att de ska försämrans. Andningssvårighet är en annan dominerande faktor som oroar patienter nattetid, liksom tankar på om man skall larma ambulans eller vänta till det går över. Många tankar på döden uppstår vid andningssvårigheter och leder till existentiell ångest. Enligt studien av Nordgren, Asp och Fagerberg (2007) leder patienters hjärtsvikt till en begränsning i livet på grund av den sviktande kroppsförmågan. En ständig känsla av svaghet och trötthet leder till en känsla av minskad kroppskontroll, vilket leder till en minskad känsla av självständighet. Patienter upplever också hopplöshet då deras hälsotillstånd snabbt kan förändras utan förvarning, vilket väcker frustration och meningslöshet inför framtida planer.

Hjärtsvikt går inte att bota men går att hålla under kontroll med farmakologisk och icke-farmakologisk behandling. Den icke-farmakologiska behandlingen består av egenvård där patienten lär sig att uppmärksamma tecken på försämring och vidta adekvata åtgärder, så som att reducera vätskeintag och vara följsamma till läkemedelsbehandling och fysisk aktivitet (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011, ss. 224–229).

För att kunna utföra egenvård krävs det god insikt i sjukdomen men enligt en SIFO undersökning var det 78 % av patienterna med hjärtsvikt som hade dålig insikt i vad sjukdomen innebar (Socialstyrelsen 2018). Enligt Patel, Shafazand, Schaufelberger och Ekman (2007) så söker flertalet patienter med hjärtsvikt vård alldeles för sent för att de har svårt att känna igen tidiga symtom som ödemutveckling, trötthet och andfåddhet. Symtomen är oftast diffusa och det är svårt att upptäcka att de utgör tecken på en försämring av sjukdomstillståndet.

## **eHälsa och egenvård**

Strömberg (2014, ss. 224–225) beskriver hur patienter med hjärtsvikt tvingas utföra vissa egenvårdsåtgärder för att upprätthålla fysisk och psykisk balans. Det kan vara egenvård i form av fysisk aktivitet, följsamhet till läkemedelsbehandling, saltreducerad kost och vätskerestriktion, regelbundna viktkontroller, reducerat alkoholintag och rökstopp. Det krävs dock kunskap och motivation för att genomföra livsstilsförändringar och upprätthålla egenvård över tid. Det gäller att uppmärksamma förändringar och tecken på försämring samt hur dessa tecken på försämring ska hanteras.

Enligt Orems egenvårdsmodell delas hennes teori in i tre delar och består av en teori om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystemet. Egenvård är de aktiviteter som människan utför i egen regi för att upprätthålla en normal funktion för att möjliggöra en upplevelse av hälsa, utveckling och välbefinnande. När det uppstår en obalans mellan egenvårdsförmågan och egenvårdskravet uppstår ett omvårdnadsbehov där sjuksköterskan ska kompensera patientens bristfälliga egenvårdsförmåga för att främja hälsa och välbefinnande. Det kan vara att sjuksköterskan identifierar brister hos patienten i kunskap eller i förmåga att göra bedömningar eller fatta beslut samt att utföra handlingar för att nå uppsatta mål (Kirkevold, 1994, ss. 87–95). För att främja egenvården beskrev patienterna i en studie (Piamjariyakul, Smith, Werkowitch & Elyacar, 2012) ett behov av fortsatt undervisning i hemmet efter att de blivit utskrivna från sjukhuset. De hade stort behov av guidning för att själva kunna utföra egenvård och genomföra de livsstilsförändringar som var nödvändiga. De uttryckte också ett behov av att kunna ställa frågor till sjukvårdspersonal efter hemkomst angående problem som dök upp i vardagen. Vidare beskriver Friedman och Quinn (2008) att förbättrad egenvårdsförmåga uppnås genom övervakning och rapportering av symtom för att undvika försämring av hjärtsvikt. Socialstyrelsen (2018) anger att bristande följsamhet vad gäller egenvård i samband med hjärtsvikt kan leda till ett stort lidande för patienten med onödiga sjukhusinläggningar, vilket leder till en sämre livskvalitet.

För att kunna övervaka och monitorera patienter i sitt eget hem är det tänkt att eHälsa ska underlätta information och kommunikation mellan patient och sjukvård (SKL

2018). Överföringen av data från patient till sjukvård möjliggör att försämring av sjukdomen upptäcks i tid. Interventioner kan tidigt sättas in för att undvika exacerbation och sjukhusinläggning (Purcell, McInnes & Halcomb 2014). Vidare beskriver SKL (2018) hur tekniken ska hjälpa människor att uppnå en god hälsa genom att stärka personens egna resurser, öka patientens självständighet, delaktighet och kontroll i den egna vården. Beskrivningen av SKL överensstämmer med begreppet Empowerment, vilket blir allt mer aktuellt när vården förskjuts till hemmet och ger patienten ett ökat ansvar för sin hälsa. Patient empowerment innebär att patienten ges egenmakt till att hantera sin situation genom att vården tillvaratar och förstärker patientens egna resurser för att stärka medbestämmande och deltagande. Patient empowerment innebär att patienten får en ökad kontroll och ett större utrymme i omvårdnadsteamet, vilket leder till ett mer jämställt förhållande mellan patient och sjukvård. Patient empowerment är en förutsättning för att kunna utföra en optimal egenvård och är fördelaktigt i behandlingen av en kronisk sjukdom (Insulander & Björvell, 2013, ss.144–145). I en studie av Small, Bower, Chew-Graham, Whalley och Protheroe (2013) beskrivs patienters uppfattning om vad empowerment är och där framkommer vikten av att ha en positiv attityd, en känsla av kontroll, kunskap och självförtroende i beslutsfattande angående sin livslånga sjukdom.

## **Sjuksköterskans roll**

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2009:6) gör hälso- och sjukvårdspersonalen bedömningen om en patient kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård. Då behöver patienten lära sig sin sjukdom och hur hen hanterar sina symtom snabbt vid hemgång från sjukhuset. Även om ansvaret för vården kommer att förflyttas till patienten har sjuksköterskan till uppgift att planera hur egenvården ska utföras och följas upp samt om förutsättningarna förändras. Socialstyrelsen (2017a) beskriver vikten av information till patienten och påpekar även risken att viktig information tappas bort på grund av olika huvudmäns ansvarsområde när det gäller egenvård. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att tillgodose information om patientens tillstånd och behandling vilket är väsentligt för patientens följsamhet.

I sjuksköterskans utbildning ingår olika kärnkompetenser där informatik är en av kompetenserna. Kärnkompetensen informatik beskriver hur sjuksköterskan ska vara en aktiv del i utvecklandet av eHälsotjänster och eHälsoverktyg som finns att tillgå för att svara an till patienters och anhörigas behov av information. Patientens inflytande över sin egenvård ska stärkas genom relevant information- och kommunikationsteknologi (SSF 2017). Tanken är att de tekniker som är användbara skall ge stöd i omvårdnaden och skapa ett mervärde för patienter och anhöriga (SSF 2014).

För att utvecklingen av eHälsa ska bli optimal för patientens behov har sjuksköterskan en nyckelroll. För att kunna erbjuda en god vård baserad på eHälsa behöver sjuksköterskor utbildning i eHälsa och informatik, både på grundnivå och specialistnivå. Dock belyser Svensk sjuksköterskeförening (2014) brister i utbildningen av eHälsa och därmed när det kommer till kunskap i arbetslivet och kompetens i användningen. Detta överensstämmer också med Vårdförbundets Vård-IT-rapport från 2010 där utbildningssamordnare och vårdgivare måste ta ett större ansvar för att

hälsoinformatik ska ges ett större utrymme i vård- och omsorgsutbildningar samt för att förbättra kompetensen hos befintlig personal (Vårdförbundet, 2010). I studien av Öberg et. al. (2018) uttrycker sjuksköterskor negativa känslor gentemot digitalisering av sjukvården. För det första upplever sjuksköterskor tidsbrist och bristande kompetens för att använda eHälsa i sitt arbete, vilket speglas i avsaknaden av utbildning och rutiner i den nuvarande verksamheten. För det andra tror sjuksköterskor att det minskar patientens känsla av trygghet på grund av minskad personlig kontakt. De menar också att den opersonliga relationen hotar den personcentrerade vården. I en annan studie av Taylor et. al. (2014) kan sjuksköterskors negativa attityder till den nya tekniken bero på bristen av praktisk träning och erfarenhet samt svårigheter att se hur den ska effektivisera deras arbete. Vidare beskrivs det i studien att det krävs både organisatoriska och teknologiska framsteg för att främja användarvänligheten.

## **PROBLEMFORMULERING**

Att främja egenvård hos patienter med hjärtsvikt minskar risken till försämring av sjukdomstillståndet och därmed risken för sjukhusinläggning. Vårdplatser har blivit färre och den äldre befolkningen med kroniska sjukdomar ökar. För att klara det ökade vårdbehovet kan eHälsa vara en lösning för att effektivisera vården. eHälsa kan också stimulera patienter med hjärtsvikt och deras följsamhet till egenvård samt öka inflytandet över sin behandling. Med hjälp av eHälsa kan man med teknikens hjälp stimulera patientens lärande och hjälpa dem att ta mer ansvar för sin vård. Därmed kan förtroendet och motivationen till att sköta sin egen kropp öka. Även om modern teknik kan vara ett hjälpmedel för både patienter och sjukvård, finns det brist på kunskap och information när det gäller användningen av tekniken, både hos sjukvårdspersonal och patienter. Konsekvenser av dessa brister kan leda till att implementering försvåras i vården och att en osäkerhet skapas bland användarna. För att tillgodose patienternas behov och för att tekniken skall komma till bäst användning för både patienter och sjukvård har sjuksköterskan en nyckelroll. Genom att tydliggöra patientens upplevelse av användning av eHälsa kan sjuksköterskan öka förståelsen för patientens behov och på det sättet tillämpa eHälsa på ett sätt som stödjer patientens egenvård.

## **SYFTE**

Syftet är att belysa upplevelsen av eHälsa som stöd för egenvård vid kronisk hjärtsvikt.

## **METOD**

Metoden som valdes för att besvara studiens syfte är en litteraturöversikt enligt Friberg (2017 ss. 141–143). Detta är en lämplig metod för att få en översikt av befintlig forskning inom ett begränsat område. Det område som studerats är eHälsans främjande av egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Problemområdet har studerades genom att analysera vetenskapliga artiklar som sedan sammanställts i ett resultat.



## Datinsamling

Datinsamlingen påbörjades med att söka efter “egenvård vid hjärtsvikt” och “egenvård med eHälsa” var för sig för att få en överblick av forskningsläget inom båda områdena. De databaser som användes för sökningarna var CINAHL och MEDLINE. Verktöget svenska MeSH användes för att få en lämplig översättning av sökorden. Avgränsningar har gjorts genom att säkerställa att artiklarna är ”peer reviewed”, vilket innebär att artiklar är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. De artiklar som användes skulle vara skrivna på engelska då den största delen av vetenskaplig publiceringen sker på engelska (Friberg 2017, s. 79). Avgränsningen ”peer reviewed” kan vara till hjälp för att säkerställa att de artiklar som används i studien är vetenskapliga. Artiklar söktes med tidsbegränsning mellan år 2008 till 2018.

Olika kombinationer av sökord gjordes för att få fram lämpliga artiklar till studien med en teknik som kallas boolesk söklogik. Detta innebär att sökoperatörer som till exempel AND, OR och NOT används för att kombinera olika sökord för olika syften (Friberg 2017, s. 72). Eftersom begreppet “eHälsa” är relativt nytt inom hälso- och sjukvården sökte författarna olika ämnesord som använts i artiklarna. Alternativa synonymer som kom fram är *telemonitoring*, *ehealth*, *e-health*, *mhealth*, *telecare*, *telemedicine*, *telehealth* och *apps*. Första artikelsökning (se bilaga 1) som gjordes resulterade i 238 artiklar men endast tre artiklar besvarade vårt syfte. För att utöka antal artiklar inkluderades ämnesordet *chronic disease*, *chronic illness*, *long term conditions* och *chronic conditions* utöver *heart failure* vid den andra artikelsökningen. Detta gjordes på grund av att hjärtsvikt ofta ingår i de artiklarna som handlar om kronisk sjukdom och en bedömning gjordes att studiens syfte kan besvaras med dessa andra ämnesord. Detta resulterade i 779 artiklar och sökningen begränsades ytterligare med *experience* för att få fram artiklar som handlar om upplevelse. Däremot exkluderades artiklar som endast hade fokus på andra kroniska sjukdomar än hjärtsvikt.

Första urvalet gjordes genom artiklarnas titel och sedan lästes sammanfattningen i artiklarna med relevant titel. Då kandidatuppsatsen syftar till att undersöka patienters upplevelse, exkluderades de artiklar som endast hade fokus på vårdpersonal eller närståendes perspektiv. eHälsoverktygen som ingår i uppsatsen kan variera på grund av förekomst av olika eHälsotjänster då utvecklingen ser olika ut i andra delar av världen. I uppsatsen har fokus legat på eHälsa vid egenvård och därför inkluderas artiklar som handlat om olika eHälsoverktyg vid egenvård. Ingen avgränsning har gjorts vid val av studiedesign utan både kvalitativa eller kvantitativa artiklar har inkluderats för att täcka in problemområdet (Friberg 2017, ss. 141–144). Avgränsning ledde fram till nio artiklar och av dessa gjordes en kvalitetsgranskning med hjälp av Fribergs “granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier” (Friberg 2017, ss.187–188). Ingen av artiklarna exkluderades i detta steg.

## Dataanalys

Artiklarna lästes av båda författarna flera gånger för att få fram detaljer. Utförandet av en litteraturoversikt kräver att bakgrund, syfte, urval, analysmetod och resultat noggrant analyseras och förs in i en översiktstabell (se bilaga 2). Översikten har varit till hjälp för att skapa en god struktur och överskådlighet vid analysen (Friberg 2017, s. 148). Sedan jämfördes och identifierades likheter och skillnader som har uppstått mellan

studierna. Sammanfattning av artiklarna gjordes av båda författarna separat för att säkerställa en likvärdig uppfattning om innehållet.

För att presentera likheter och skillnader i resultatets innehåll, identifierades och markerades meningsbärande begrepp i olika färger. Därefter sorterades upplevelserna i olika kategorier som beskriver karaktären av de samlade begreppen. Till slut resulterade processen i sex subteman, som kunde låta sig beskrivas och omfattas av tre huvudteman (Friberg 2017, ss. 149–150).

## RESULTAT

Litteraturoversikten baserades på nio vetenskapliga artiklar, varav fem artiklar var kvalitativa studier och tre var kvantitativa, samt en artikel med en mix av både kvalitativ och kvantitativ metod. Tre studier har genomförts i USA, en i Danmark, två i Sverige, två i Australien och en i Storbritannien. I en artikel var deltagarna i åldern 56–70 år, i fem av artiklarna 70–80 år och i tre artiklar hade deltagarna en ålder över 80 år. Artikeln med den lägre åldern berodde på att det var en studie med flera kroniska sjukdomar men där hjärtsvikt var en av sjukdomarna.

De eHälsoverktyg som stått i fokus för studierna är monitorering av vitalparametrar så som blodtryck, puls och vikt och/eller symtomskattning och detta ingick i sju artiklar. Webbportal ingick i två artiklar vilket användes för träning via nätet samt att söka information. Alla eHälsoverktyg har använts i studien för kontroll av hälsa och symptom, distanskommunikation och utbildning. Studiernas syften har varit att beskriva patienternas upplevelser och i vilken grad eHälsoverktyget har påverkat egenvården och upprätthållandet av egenvård, bidragit till ökad kunskap och självförtroende hos deltagarna, gjort dem delaktiga i sin vård, utvecklat egenmakt att hantera sin sjukdom och bidragit till en ökad trygghet och en bättre livskvalitet.

Analysen av artiklarnas resultat resulterade i tre övergripande teman och sex subteman, vilket redovisas i figur 1.

<b>Empowerment</b>	eHälsa till stöd för kunskap
	eHälsa som stöd för motivation, självförtroende och känsla av kontroll
<b>Upplevelse av trygghet</b>	eHälsa som stöd i kommunikation
	eHälsans betydelse för utvecklandet av en stödjande relation
<b>Vikten av användarvänlig Teknik</b>	Att acceptera användning av teknik

	Att behärska teknik
--	---------------------

**Figur 1. Resultatets teman och subteman.**

## **Empowerment**

Empowerment är ett begrepp som betyder egenmakt och studierna visade att eHälsa stärkte detta genom att bidra till patienters ökade inflytande över sin sjukdom. Med hjälp av eHälsoverktyg och sjuksköterskans stöd upplevde patienterna att de blev mer delaktiga i sin vård. Patienternas kunskap, självförtroende och egna hälsoresurser förbättrades och gav dem möjlighet att ta kontroll över sin sjukdom med en ökad motivation att utföra egenvården. Empowerment delas in i två subkategorier: *eHälsa till stöd för kunskap* och *eHälsa som stöd för motivation, självförtroende och känsla av kontroll*.

### **eHälsa till stöd för kunskap**

Med telemonitoring som ett tekniskt hjälpmedel får sjuksköterskan via nätet tillgång till daglig rapportering av patientens vitalparametrar. Patienten mäter aktuella parametrar hemifrån och informationen förs sedan över via nätet till sjukvården. Flera studier (Riley, Gabe & Cowie 2013; Halcomb, Purcell, Hickman & Smyth 2016; Evangelista et. al. 2015) visar hur monitorering av vitalparametrar gav patienten kunskap och ökade förståelsen för hälsotillståndet. Det gav också kunskap om vad som var normala vitalparametrar och vad som innebar försämring. Sjuksköterskans uppföljning och återkopplingen av uppmätta vitalparametrar stärkte patienternas självförtroende och kunskapsutveckling genom att sjuksköterskan lät patienterna reflektera över vad vitalparametrarna stod för och hur de relaterade till försämrade symtom av hjärtsvikten.

I en annan studie (LaFramboise, Woster, Yager & Yates 2009) användes "Health Buddy", en enhet som registrerade patienters symptom genom att de svarade på sju frågor dagligen angående sitt hälsotillstånd. Beroende på vad patienterna svarade så följde en kort utbildning med kunskap om hjärtsvikt och dess symptom. Informationen var kortfattad och gavs dagligen vilket gjorde att informationen var lätt att förstå. Det var också möjligt att repetera informationen vilket gjorde att patienters kunskap ökade. Vidare beskriver Göransson et. al. (2018) hur patienters motivation till att lära sig ökade genom användningen av en interaktiv App där de hade tillgång till information om olika symtom och evidensbaserade egenvårdsråd. Appen gav också möjlighet att söka vidare information via länkar till aktuella webbsidor. Appen gav möjlighet att tillgodogöra sig kunskap på ett enkelt sätt. Framförallt beskrevs egenvårdsråden som informativa och var de som användes i störst utsträckning för att få kunskap. Patienterna upplevde dessutom att Appen var ett roligt sätt att skaffa sig kunskap på.

Detta kan jämföras med en annan studie (Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg 2017) där patienterna upplevde att information via en webbportal var överväldigande och erhöles i för stor mängd. Patienterna önskade en mer konkret och användbar information som var till nytta i deras dagliga liv. Webbportalen användes mer som ett uppslagsverk

och som en sekundärkälla till den typ av information som de tidigare fått från sjukvårdspersonal. Flera av patienterna upplevde det som att de var tillbaka i skolan och läste läxor istället för att öka kunskapen om sin sjukdom. Deltagarna var överlag negativa till webbportalen och upplevde att personliga råd i ett fysiskt möte kändes säkrare än att söka information på nätet. Några patienter uttryckte att det hade ökat motivationen om vårdpersonalen hade engagerat sig och frågat hur de upplevde webbportalen.

### **eHälsa som stöd för motivation, självförtroende och känsla av kontroll**

Förutom att eHälsa kan bidra till ökad kunskap så ökar också patientens känsla av kontroll genom användning av eHälsa. Patientens känsla av kontroll hänger i sin tur ihop med förmågan att ta ansvar för sin sjukdom. Flera studier (Riley, Gabe & Cowie 2013; Evangelista et. al. 2015; Lind, Carlgren & Karlsson 2016) visar hur eHälsoverktygen gjorde patienterna mer följsamma till att utföra egenvård och utvecklade en daglig rutin för att monitorera sina vitalparametrar. Riley, Gabe och Cowie (2013) beskriver vidare hur patienterna utvecklade vissa färdigheter som att kontrollera sina fysiska kroppsförändringar och blev på det sättet mer lyhörda för tecken på förändringar och vad de kunde bero på. Patienterna upptäckte tecken på försämring i ett betydligt tidigare stadium än de gjort tidigare utan eHälsoverktygen. Däremot vidtog de inga aktiva åtgärder för att förbättra sitt aktuella tillstånd utan kontaktade sjuksköterskan för råd eller inväntade att sjuksköterskan skulle ringa upp om vitalparametrarna och hälsotillståndet avvek alltför mycket från den normala datan.

Monitorering av vitalparametrarna låg också till grund för justering av medicinering och ökade patienternas förståelse i kontakten med sjuksköterskan då de utgick från monitoreringen som grund (Riley, Gabe & Cowie 2013). Detta får också stöd i studien av Lind, Carlgren och Karlsson (2016) där patienterna upplevde att monitoreringen gjorde det lättare i kontakten med sjuksköterskan och ökade följsamheten till medicinhantering och läkemedelsråd. Däremot gjorde patienterna inget aktivt val att själva justera dosen av t.ex. vätskedrivande behandling (Riley, Gabe & Cowie 2013).

I en annan studie (Evangelista et. al. 2015) med monitorering uppvisade patienterna signifikanta skillnader efter att studien genomförts och i jämförelse med kontrollgruppen. eHälsoverktyget bidrog till en högre nivå av fysisk aktivitet, utveckling av egenvårdskompetens och ett ökat självförtroende. Det som också var signifikant i studien var upprätthållandet av egenvården i jämförelse med kontrollgruppen där egenvården istället minskade med tiden. Överlag ökade också livskvaliteten vilket visade sig ha ett samband med den ökade nivån av fysisk aktivitet. Detta visades också i en studie (Hwang et. al. 2017) där fokus låg på fysisk aktivitet i ett rehabiliteringsprogram för patienter med hjärtsvikt, lett av en fysisk person via nätet och utfört av patienterna med hjälp av tekniken i sina hem. Den fysiska aktiviteten ökade patienternas motivation att utföra egenvård. Den fysiska aktiviteten gav dem positiva hälsoreultat med ökad styrka, smidighet och balans vilket underlättade vardagsaktiviteterna. Patienternas självförtroende ökade också och motiverade dem till modifiering av andra riskfaktorer, som förändring av matvanor och minskat alkoholinlag. Deltagarna hade överlag positiva upplevelser till skillnad från en annan studie (Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg 2017) där patienterna saknade engagemang och motivation att genomföra träning via en webbportal. De upplevde ingen början och

inget slut på träningen samt hur ofta den skulle utföras. De kände sig osäkra på om deras tillstånd skulle försämrans då det kändes osäkert att inte ha en personlig tränare utan en färdig träningsvideo via nätet som inte gav någon respons. Motivationen uteblev och träningen blev inte av vilket istället resulterade i ett dåligt samvete. Patienterna i studien upplevde också att deras hälsoprocess blivit lidande på grund av olika motsägelsefulla råd från olika läkare och att informationen varit bristfällig, vilket gjorde att ansvaret och kontrollen över sjukdomen uteblev med en sämre egenvård. Patienterna kände sig vilsna, utelämnade och saknade den fysiska kontakten för att känna stöd i sin egenvård.

Enligt Halcomb et. al. (2016) gav eHälsoverktyget patienterna en möjlighet att ta en mer aktiv roll i sin sjukdom och upplevde att de blev mer involverade i sin egenvård. Över hälften av patienterna upplevde ett ökat självförtroende i hanteringen av sjukdomen. Liknande upplevelser tas upp i studien av Göransson et. al. (2018) och LaFramboise et. al. (2009) och dessa studier visade på hur användningen av eHälsoverktyg bidrog till att patienterna blev mer engagerade i sin vård och motiverade till egenvård istället för att endast vara passiva mottagare och lägga över ansvaret på sjukvården.

Samtliga artiklar visade på hur följsamheten till att upprätthålla egenvård ökade med hjälp av eHälsoverktygen, förutom en studie (Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg 2017) där motivation och frånvarande av stöd från sjukvården visade på negativa upplevelser och relaterade i utebliven egenvård. I de övriga artiklarna bidrog eHälsoverktygen till att patienter skapade rutiner för att hantera sin egenvård och för att den verkligen skulle bli av. De tillgodogjorde sig också kunskap och förståelse för att hantera sjukdomen och utvecklade en förmåga att upptäcka symtom på förändringar i ett tidigare stadium. Kunskapen och följsamheten gjorde det möjligt för patienterna att ta ett större ansvar och ökade tilltron till den egna förmågan att utföra och underhålla egenvård (Cajita, Hodgson, Lam, Yoo & Han 2018; Evangelista et. al. 2015; Göransson et. al. 2018; Halcomb et. al. 2016; Hwang et. al. 2017; LaFramboise et. al. 2009; Lind, Carlgren & Karlsson 2016; Riley, Gabe & Cowie 2013).

## Upplevelse av trygghet

eHälsa kan öka egenvårdsförmåga och kunskap hos patienten men det framkom även andra positiva effekter vid användningen av eHälsotjänster. Det flesta patienterna kände sig mer trygga med eHälsa trots att användningen av eHälsa är en ny erfarenhet för de allra flesta. Upplevelse av trygghet har delats in i två subteman, *eHälsa som stöd i kommunikation* och *eHälsans betydelse för utvecklandet av en stödjande relation*.

### **eHälsa som stöd i kommunikation**

eHälsa upplevs kunna stödja kommunikationen med sjuksköterskan vilket i sin tur är en del av det som skapar en känsla av trygghet. eHälsoverktyget kan vara till god hjälp för att effektivisera kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Detta ger en ökad tillgång till sjuksköterskan med hjälp av olika kommunikationsformer som eHälsoverktygen erbjuder. Flera artiklar betonar kommunikation mellan patient och sjuksköterska i användandet av eHälsa (Göransson et. al. 2018; Lind, Carlgren & Karlsson 2016; Riley, Gabe & Cowie 2013). Den effektiva kommunikationen med en

ökad kontinuitet resulterade i en ökad trygghet hos patienten och bidrog också till integrering i vården. Anledningen till tryggheten berodde inte endast på övervakningen utan också på att eHälsa gav möjlighet till en snabbare återkoppling. (Göransson et. al. 2018; LaFramboise, Woster, Yager & Yates 2009). Enligt Göransson et. al. (2018) beskriver patienterna eHälsa som ett smidigt kommunikationsverktyg. Även om det sker på distans så ger det patienten en känsla av att det för patient och sjuksköterska närmare varandra. Patienterna förlitar sig på att sjuksköterskan tar kontakta om deras vitalparametrar eller symtom sviktar. Däremot påpekade patienterna i en annan studie (Cerdan, Catalan-Matamoros & Bergs 2017) sin oro för att sjuksköterskans besök skulle minska och att de till slut skulle förlora den fysiska kontakten med sjuksköterskan helt och hållet. Göransson et. al. (2018) beskriver samtidigt att en del patienter tyckte att det var enklare att kommunicera sina symtom genom symtomskattning i Appen än att beskriva sina besvär med ord. Detta gjorde att patienterna blev mer exakta i sin beskrivning av symtom och sitt mående. Riley, Gabe och Cowie (2013) beskriver också hur monitorering låg till grund för kommunikationen med sjuksköterskan. Detta underlättade kommunikationen mellan patient och sjuksköterskan när de utgick från samma datauppgifter. Patienten upplevde sig få en ökad förståelse och engagemang i kommunikationen.

### **eHälsans betydelse för utvecklandet av en stödjande relation**

Med hjälp av eHälsoverktygens möjlighet att övervaka patienters vitalparametrar och tidigt se tecken på försämring så upplever patienterna i flera studier en ökad känsla av tillit i relationen till sjuksköterskan (Göransson et. al. 2018; LaFramboise et. al. 2009). Sjuksköterskans övervakning och kontroll av patienters symtom och tidigt insättande av åtgärder vid försämring kan ses som ett tryggt stöd för de patienter som vårdas i hemmet. Detta gav också patienterna en trygghet i deras relation med sjuksköterskan där patienterna litade på att sjuksköterskan kontaktade dem om något var avvikande. (LaFramboise et. al. 2009; Riley, Gabe & Cowie 2013). Det utvecklade larmsystemet som indikerar och gör sjuksköterskan uppmärksam på avvikelser i patientens hälsa bidrog också till en känsla av omhändertagande och att någon brydde sig (Halcomb et. al. 2016).

Cajita et. al. (2018) beskriver att sjuksköterskans återkoppling av monitoreringen ses som ett uppmuntrande moment och stärker patientens förtroende och motivation att fortsätta med egenvården regelbundet. Vidare beskriver Riley, Gabe och Cowie (2013) relationen med sjuksköterskan som en nära och vårdande relation där sjuksköterskan gav dem stöd att reflektera över vad mätvärdena egentligen innebar och vilka faktorer som påverkade patientens symtom. Sjuksköterskans rådgivning och uppföljning var en viktig del i utvecklingen av relationen. Enligt Hwang et. al. (2017) bidrog eHälsoverktygen också till ett socialt stöd som involverade patienters familj och vänner. Det gjorde det enklare att hålla kontakten och patienterna upplevde att de spenderade mer tid med familjen nu när de hade eHälsoverktygen.

Trots att eHälsoverktyg kan minska den fysiska kontakten mellan sjuksköterska och patient, upplever de flesta patienter en ökad social kontakt. Patienterna känner sig trygga med att ha eHälsoverktyg hemma, dessutom uttryckte en patient att det kändes som att ha en partner (LaFramboise et. al. 2009). Enligt en annan studie uttryckte en

patient eHälsoverktyget som en livräddare, då patienten insåg att den ökade kunskapen och den förbättrade egenvårdsförmågan faktiskt leder till deras överlevnad och minskar risken för akut insjuknande och försämring av tillståndet. Patienterna förstod att eHälsoverktyget hade en stor inverkan på sjukdomsinsikt och den sammanhållna känslan med tekniken uttrycktes som trygghet (LaFramboise et. al. 2009).

## **Vikten av användarvänlig teknik**

En positiv upplevelse av tekniken är grundläggande för att kunna använda eHälsoverktyg i sin egenvård. Enligt Cajita et. al. (2018) visar det sig att tidigare erfarenhet av teknik ger patienten ett ökat förtroende för att lära sig att använda teknik i ett hälsorelaterat syfte. Flertalet studier visade på både positiva och negativa upplevelser gällande användningen av eHälsoverktyget. Detta förklaras i två subteman, *Att acceptera användningen av teknik* och *Att behärska tekniken*.

### **Att acceptera användning av teknik**

Trots att patienter upplevde en "rädsla för det okända" relaterat till användningen av tekniken visade en experimentell studie en successiv minskning av patienters fördomar kring användandet av eHälsoverktyget då de fått bekanta sig med tekniken (Halcomb et. al. 2016). De flesta patienter tyckte att eHälsoverktyget var lätt att använda, kändes säkert och var tidsbesparande (Cajita et. al. 2018; Lind, Carlgren & Karlsson 2016). I studien av Göransson et. al. (2018) uttryckte patienten oro och frustration till en början, men efter ett tags användning av Appen vände hon sig och upplevde att den var mer lättanvänd. Att eHälsoverktyget är lättillgängligt och har ett välstrukturerat system ökar patienternas acceptans till att använda tekniken. Enligt Hwang et. al. (2017) och LaFramboise et. al. (2009) ökade följsamheten till att utföra egenvårdsåtgärder och sågs som en bekvämlighet då de hade en ständig tillgång till eHälsoverktyget i hemmet och de kunde utföra de aktiviteter som de önskade när det passade dem bäst. Flertalet patienter uttryckte också fördelarna med att träna hemma istället för att åka iväg och utföra träningen på sjukhuset och behöva betala för parkering. Många hade också svårt att ta sig till sjukhuset och var glada att slippa besvara familj och vänner när de behövde skjuts (Hwang et. al. 2017).

Patienterna var i de flesta studierna positiva till att använda eHälsa för sin egenvård och dessutom kunde några av patienterna tänka sig att skaffa egna eHälsoverktyg för att upprätthålla egenvården efter studiens slut (Halcomb et. al. 2016; Hwang et. al. 2017; LaFramboise et. al. 2009; Riley, Gabe & Cowie 2013)

### **Att behärska teknik**

Det främsta hinder som patienterna upplever för att använda eHälsoverktygen för sin hälsa är bristen på kunskap om hur man använder teknologin. Denna kunskapsbrist kan antingen förklaras av patientens brist på tidigare erfarenhet eller av otillräcklig information från sjuksköterskan (Cajita et. al. 2018). Patienterna är rädda för att göra fel och inte kunna hantera tekniken samt att de ska förstöra utrustningen eller ladda ner virus på sin dator, då nerladdning av program behövs för att kunna använda eHälsoverktyget (Cajita et. al. 2018; Hwang et. al. 2017; Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg 2017). Göransson et. al. (2018) beskriver att eHälsoverktyg kan väcka oro, frustration och stress då patienten inte förstår den nya teknologin. Tekniken blir då en

börda istället för att vara till nytta. De flesta patienterna i studien var betydligt äldre och saknade erfarenhet av att använda app eller smartphone och uttryckte svårigheter att förstå och navigera i operativsystemet. Cajita et. al. (2018) och Hwang et. al. (2017) beskriver det som en känsla att inte kunna behärska tekniken då kunskapen saknades och var något nytt för de flesta äldre.

Sensorisk förmåga som syn, hörsel och/eller motorik är ofta nedsatt på grund av ålder och/eller sjukdom, vilket gör det svårt för patienterna att hantera vissa eHälsoverktyg. De patienter som använt smartphone vid mHälsa påpekade svårighet att läsa text och trycka på knappar relaterat till storleken (Göransson et. al. 2018). En annan patient med hjärtsvikt och dessutom Parkinsons sjukdom tillsammans med nedsatt syn beskrev svårigheter i att trycka på rätt knapp för att monitorera sina symtom, vilket ökade blodtrycket i samband med att han blev stressad (Riley, Gabe & Cowie 2013). Däremot upplevde en patient med nedsatt hörsel en ökad trygghet och att det var lättare och säkrare att använda en app än att prata med sjuksköterskan (Göransson et. al. 2018).

I studien av Hwang et. al. (2017) där en webbportal utgjorde eHälsoverktyget och patienterna skulle ladda ner ett program för att utföra fysisk aktivitet i form av träning online var kvaliteten på ljud och bild väsentligt. När det inte funkade som det skulle uttryckte vissa patienter irritation och frustration. Däremot uttryckte en annan patient i samma studie att ljud- och bildproblem inte var så besvärande då träningsprogrammet gick fortloppande och man kunde se det igen. Vidare beskriver Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg (2017) patienters upplevelse av en annan webbportal där de också upplevde brister i användarvänlighet och att det krävdes för mycket ansträngning för att använda systemet. Framför allt så upplevdes det besvärligt då det erfordrades flera nerladdningar av programvara och tillgång till lösenord. Dessutom hade många svårt att komma ihåg namnet på webbsidan eller också glömde de bort lösenordet. Enligt Riley, Gabe och Cowie (2013) saknade patienter teknisk kunskap och förståelse för när data inte kunde överföras korrekt och patienterna klarade inte av att lösa problemen själva utan att få hjälp. Detta upplevdes som krångligt och gjorde många patienter omotiverade till att använda tekniken. Vissa fick hjälp av anhöriga men alla hade inte denna möjlighet.

Ett annat bekymmer för många patienter var kostnaden för utrustningen och de önskade att den kunde subventioneras eller vara gratis för att de skulle kunna fortsätta använda eHälsoverktyget efter studiens slut. De flesta patienterna levde på pension och hade inte de ekonomiska förutsättningarna för att själva bekosta utrustningen (Cajita et. al. 2018).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Metoden som författarna har använt i denna studie är en litteraturöversikt enligt Friberg (2017, ss. 141–143) med syfte att belysa patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av eHälsa vid egenvård. Metoden är lämplig för att få en förståelse för användning av eHälsa eller mHälsa i hemmet och vilken utbredning som dessa metoder har. Vidare så har översikten betydelse för att få en uppfattning om vad som tidigare har studerats inom valt problemområde. Alternativa metoder som hade kunnat användas för att få en uppfattning om patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av eHälsa som stöd i



egenvården är en empirisk kvalitativ respektive kvantitativ studie men på grund av begränsad tid och resurser för att genomföra intervjuer och samla in data via enkäter valde författarna att göra en litteraturöversikt. Det är också brukligt för en uppsats på kandidatnivå att göra en litteraturöversikt. En empirisk studie skulle vara mer aktuellt vid en magisteruppsats.

För att få fram lämpliga vetenskapliga artiklar med kvalitet fick författarna professionell hjälp i sök teknik av en bibliotekarie på högskolan i Borås. Detta gjorde att sök tekniken resulterade i en bättre kvalitet. Första sök ning gjordes med en begränsning till bara ”hjärtsvikt” men det fanns för få studier som besvarade vårt syfte. Anledningen var att många artiklar relaterade till dator- och informationsvetenskap, medicinska artiklar eller vårdgivarens perspektiv. Därför valde författarna att använda ytterligare sökningar med ”kronisk sjukdom” som sökord. Detta gjordes för att få fram ett tillräckligt antal artiklar som besvarade vårt syfte och för att öka studiens kvalitet och tillförlitlighet. I samband med den första sökningen använde författarna sig av flera ämnesord än bara eHälsa, vilket finns angivet i sökhistoriken (se bilaga 1). Olika typer av eHälsoverktyg har använts i de olika artiklarna och namnen på verktygen varierade. I Sverige använder vi oss av Informations- och kommunikationsteknologi (IKT) och eHälsa medan i artiklar utanför Sverige använder sig av Telehälsa och Telemonitorering. De olika synonymerna gjorde det svårt att komma fram till rätt sökord då det inte finns något definierat begrepp för eHälsa. Det var därför en utmaning att hitta artiklar som var tillfredsställande. Artiklar äldre än tio år exkluderas eftersom utvecklingen av digitaliseringen inom vården har skett relativt snabbt och patienters upplevelse av aktuell teknik kan skilja sig från äldre teknik i artiklar som är över tio år gamla. Databaser som har använts är CINAHL och MEDLINE. Detta gjordes för att båda databaserna innehåller vetenskapliga artiklar inom omvårdnad. Flera artiklar som var relevanta för studien hittades men det krävde betalning för att få tillgång till fulltext och därför exkluderades dessa artiklar. Sju artiklar exkluderades på grund av detta, vilka annars hade svarat an bra till vårt syfte.

Fem kvalitativa artiklar, tre kvantitativa och en artikel med en mix av kvalitativ och kvantitativ metod valdes till vårt slutliga urval. De kvantitativa studierna har redogjort för en mer omfattande översikt och gradering av patienters upplevelse och de kvalitativa studierna visade en djupare innebörd av patienternas upplevelser. I en litteraturöversikt är det relevant att använda båda typer av artiklar, vilket också anges när en litteraturöversikt ska genomföras (Friberg 2017, s .142). En fråga författarna ställde sig var om antalet deltagare i de kvantitativa studierna var tillräckligt för att dels representera populationen och dels leva upp till tillförlitligheten när det endast var 14 deltagare i en av de kvantitativa studierna. Då kvaliteten i studien var tillräckligt hög, tydligt beskriven, systematiskt genomförd och ansågs besvara vårt syfte så inkluderades artikeln. En annan fråga författarna ställde sig var hur de olika eHälsoverktygen påverkade patienternas upplevelse då de skiljde sig åt i enkelhet och hanterbarhet. Vissa var enklare att använda än andra vilket kan resultera i att patientens upplevelse blev annorlunda. Till exempel så var ”Health Buddy” och ”Digital pen” betydligt enklare former av eHälsoverktyg och krävde till exempel mindre teknisk skicklighet än de kraven som en webbportal ställde. I de två studierna med webbportal redovisade den ena studien flest negativa åsikter men detta berodde mest på avsaknaden av stöd från sjukvårdspersonal. Den andra studien visade på mer framgång och ledde till patienters empowerment. Skillnaden förklarades av brist på stöd snarare än själva eHälsoverktyget. Emellertid så genererade de olika artiklarna i ett någorlunda likvärdigt

resultat vilket gjorde att urvalet för övrigt bedömdes som tillfredsställande. Artiklarna hade sitt ursprung i olika länder och både män och kvinnor var inkluderade i artiklarna. Därmed kan sägas att studierna representerade eHälsa och eHälsoverktygens användning i en relativ bred befolkningsgrupp från olika kulturer och samhällsklasser.

Vid granskning och analys av artiklarna har båda författarna haft ett kritiskt förhållningssätt. Detta har också förstärkts genom att kvalitetsgranskningen gjordes av båda författarna separat och sedan diskuterades artiklarna tillsammans för att säkerställa en likvärdig uppfattning om kvaliteten. Alla studier i resultatet har följt forskningsetiska principer genom att de godkänts av en etisk kommitté vilket hade betydelse i vårt val av artiklar.

## Resultatdiskussion

Resultatet i studien visade att eHälsa kan stödja egenvården hos patienter med hjärtsvikt. eHälsa bidrog till ökad empowerment med ett ökat självförtroende och motivation att utföra egenvården. Patienterna tog kontroll över sin sjukdom istället för att endast förlita sig på sjukvårdspersonalen. Det som låg till grund för utvecklandet av empowerment var kunskapen och den stödjande relationen till sjuksköterskan. Detta ledde fram till en ökad delaktighet där kommunikationen mellan sjuksköterska och patient fördjupades genom en mer givande kommunikation där båda parter talade samma språk. Patienterna upplevde att det var enklare att ta till sig sjuksköterskans råd när de förstod varför. De utmaningar som deltagarna i studien uttryckte var den minskade fysiska kontakten i omvårdnadsrelationen med sjuksköterskan och problem relaterat till teknikens användarvänlighet. Avsaknaden av teknisk support gjorde att vissa patienter upplevde att det var krångligt att använda tekniken och att de inte alltid fick den hjälp som de behövde.

De studier med goda resultat när det kommer till följsamhet och empowerment var de studier där patienterna kände ett stöd från sjuksköterskan och de träffades regelbundet i fysiska möten och inte enbart kommunicerade via eHälsoverktygen. I resultatet från en av studierna framkom att deltagarna upplevde en sämre följsamhet till egenvården, vilket berodde på avsaknaden av engagemang från sjukvården. Detta stärks också i studien av Seto et. al. (2011) som visade hur patienters motivation avtog till att monitorera sina symptom då sjuksköterskan inte granskade mätvärdena. Patienterna önskade bekräftelse på sina uppmätta värden och att få aktuella råd från sjuksköterskan. När bekräftelsen från sjuksköterskan uteblev resulterade det i att egenvården blev lidande. Studien nämner också betydelsen av att sjuksköterskan är ett kontinuerligt stöd under tiden i patientens kunskapsutveckling. Detta beskrivs också i Orems egenvårdsteori (Kirkevold 1994, ss. 93–95) att sjuksköterskan har till uppgift att undervisa och vara ett stöd i patientens egenvård. Dessutom ska sjuksköterskan identifiera vilket kunskapsbehov som patienten har, handleda patienten i egenvårdsprocessen och ge det stöd som patienten behöver för att kunna fatta egna beslut och bli mer självständig i sin egenvård. För att eHälsa ska vara ett stöd till egenvården krävs det att sjuksköterskan visar sitt engagemang och bekräftar patientens lärande genom att motivera och följa upp hur det går med egenvården. Det är viktigt att inte patienterna känner sig utelämnade med endast tekniken som stöd utan att de upplever en delaktighet och ett stöd i sin vård. För att hålla motivationen uppe behöver patienten en kontinuerlig kontakt med sjuksköterskan och de måste träffas i fysiska möten för att relationen ska bli vårdande.

Samtidigt som eHälsa skapar nya förutsättningar för en bättre omvårdnad finns det utmaningar att ta hänsyn till. Att endast använda distansstöd kan fungera väl och stärka kommunikationen mellan patient och sjuksköterska och på det sättet stärka relationen i vissa fall. Å andra sidan kan förlusten av mellanmänsklig kontakt och närvaron i omvårdnadsrelationen försämra kommunikationen med andra patienter (Sävenstedt 2014, ss. 438–446). Vid vård med stöd av eHälsa måste patienterna själva få förutsättningar att påverka hur distansvården ska se ut. Vårdgivaren får inte ta för givet att det passar alla patienter. Resultatet i studien visade också patienters oro över den minskade fysiska kontakten med sjuksköterskan och de oroade sig för att den helt skulle upphöra vid användandet av eHälsoverktygen. Detta får stöd i en studie av Milligan, Roberts och Mort (2011) där de äldre oroade sig för att den nya sortens vård som eHälsa innebar skulle ersätta den personliga kontakten med sjuksköterskan. Även om sjuksköterskans distansstöd möjliggör en annan typ av kontakt har många patienter ett behov av den fysiska kontakten. Sjuksköterskan har en viktig roll för att den personcentrerade vården uppnås även om eHälsoverktygen har en viktig del i följsamheten till egenvården. Tekniken får inte ta överhanden utan den ska fungera som ett hjälpmedel i vården. Rosser och Eccleston (2009) förespråkar en personcentrerad modell där supporten från sjuksköterskan är en viktig del i partnerskapet mellan sjuksköterska och patient. Modellen innebär en kombination av eHälsans fördelar tillsammans med sjuksköterskans stödjande roll för att möjliggöra en förtroendeingivande relation. eHälsa möjliggör också en individanpassad vård där eHälsoverktygen stödjer och anpassas till patientens individuella behov. Vidare beskriver Rosser och Eccleston (2009) att patienters engagemang att upprätthålla egenvården inte sker vid frånvaro av mänsklig kontakt utan att det krävs att traditionell vård integreras med digitaliseringens fördelar. Detta synsätt ges också stöd i Ekebergh och Dahlberg (2015, ss. 127–130) som betonar att grunden till delaktighet sker i det mellanmänskliga mötet där det vårdande och lärande samtalet sker.

Förutom den vårdande relationen som patienterna oroade sig över så orsakade tekniken problem hos många deltagare. Tekniken skapade många gånger oro och frustration då patienternas tekniska kunskap var bristfällig eller saknades helt. Att använda de olika eHälsoverktygen krävde en viss teknisk skicklighet och deltagarna var beroende av support för att kunna hantera de problem som uppstod. Detta gjorde många patienter omotiverade till att använda tekniken. För att äldre ska använda tekniken och integrera denna i sina liv så är det viktigt att de hanterar tekniken och känner sig trygga med den. Arthanat, Vroman och Lysack (2014) betonar vikten av individualiserade utbildningsprogram för äldre när det kommer till informations- och kommunikationsteknologi. I deras studie visades hur deltagarnas användning av tekniken förbättrades och tilltron till den egna förmågan att kunna hantera tekniken stärktes. Motståndet och farhågorna som de äldre hade till tekniken förändrades under tiden och deltagarna upplevde att de bemästrade tekniken allt bättre. Utbildning och support krävs kontinuerligt för att patienterna skall kunna använda tekniken på rätt sätt och känna trygghet och tillfredsställelse med denna. Vidare beskriver Cook et. al. (2016) behovet av skraddarsydd information och praktiska demonstrationer av utrustningen, vilket behov och förväntningar som patienterna har på denna och vilken typ av support de behöver under tiden som utrustningen används.

Vidare forskning behövs för att fånga sjuksköterskans upplevelse av eHälsa och hur organisationen och verksamheten kring sjuksköterskan påverkar utvecklingen.

Sjuksköterskan har en viktig roll tillsammans med patienten i utvecklingen av eHälsa och vilket behov av fortsatt stöd som krävs vid användningen av de eHälsotjänster/verktyg som erbjuds. Arbetet med eHälsa behöver dessutom vara väl förankrat i organisationen för att sjuksköterskan ska få det stöd hen behöver i sitt eHälsöarbete. Frågan är vem som ska stå för support och fortlöpande utbildning till användarna? Ska sjuksköterskan stå för utbildning av eHälsotjänster och underhåll och den support som är nödvändig eller ska det ligga på det tillverkande företaget av eHälsotjänsterna/eHälsöverktygen? Utan en genomtänkt plan för implementering av eHälsa och stöd i verksamheten riskerar sjuksköterskans vårdtygnd att öka istället för att arbetet effektiviseras.

## HÅLLBAR UTVECKLING

Hållbar utveckling har sitt ursprung i FN:s Världskommission och Brundtlandrapporten från 1987. Agenda 2030 innebär att 17 olika mål ska vara uppfyllt år 2030. Ett av de globala målen är hälsa och välbefinnande och syftar till en jämlik vård och förebyggande insatser för att förhindra att människor dör i förtid (Globala målen, 2015).

Den sociala dimensionen av hållbarhetsbegreppet och utvecklingen av eHälsa stämmer väl överens med beskrivningen i regeringens och Sveriges kommuner och landsting rapport, Visionen för eHälsöarbetet (SKL 2018). I denna rapport beskrivs hur eHälsa ska bidra till en god och jämlik vård samt utveckla människors förmåga att tillvarata och stärka sina egna resurser för att öka självständighet och delaktighet. eHälsa möjliggör även tillgång till aktuell information och individuella eHälsolösningar på distans som utgår från individens behov och egna förutsättningar. Detta leder till patienter med ökad kontroll över sin hälsosituation, oavsett socioekonomisk bakgrund, kunskapsnivå och ålder. Vidare anges den ekonomiska dimensionen i den hållbara utvecklingen och eHälsans utveckling av verksamheter för att skapa en effektivare vård genom att verksamheter får rätt information i rätt tid. Dessutom är eHälsa en viktig faktor i utvecklingen av att möta kommande demografiska utmaningar, det vill säga befolkningsökningen och den åldrande befolkningen som drabbas av kroniska sjukdomar och utgör en stor kostnad i hälso- och sjukvården. eHälsa möjliggör också med hjälp av olika eHälsolösningar att patienter med kroniska sjukdomar får vård i tid och uppmärksammas innan försämringen leder till kostsamma sjukhusinläggningar (Socialstyrelsen, 2018).

## SLUTSATSER

- Överlag positiva upplevelser av att använda eHälsa som stöd till egenvården.
- eHälsa ledde till kunskap, empowerment, ökad trygghet och utvecklades till en stödjande relation i de flesta fallen.
- Kommunikationen mellan patient och sjuksköterska upplevdes som effektiv då tillgänglighet till sjuksköterskan ökade genom eHälsöverktygen.
- Användandet av eHälsa synliggjorde symtomförändringar vilket ledde till en ökad förståelse hos patienterna och gav dem sjukdomsinsikt.

- Patienterna lärde sig att skatta symtom och mäta vitalparametrar vilket gav en ökad förståelse i kontakten med sjuksköterskan och för hennes råd.
- eHälsa förbättrade följsamheten till medicinering och främjade hälsoprocesser.
- Motivation och självförtroende ökade med hjälp av eHälsoverktygen.
- Anpassning av eHälsoverktygen krävs för att möta patienters individuella behov.
- eHälsa bidrog till ökad delaktighet.
- Förebyggande av försämring i tillståndet och sjukhusinläggning.

Vidare forskning behövs för att belysa sjuksköterskans upplevelse av eHälsa och vilket stöd som behövs från organisationen och verksamheten som sjuksköterskan jobbar i, för vidare utveckling av eHälsa. Behovet av supportstöd för användarna behöver också synliggöras.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

- Sjuksköterskan behöver utbildning, kontinuerligt stöd och engagemang från verksamheten hen verkar i.
- Sjuksköterskan behöver kunskap och förståelse för tekniken för att kunna hjälpa patienterna med teknisk support och utbilda patienterna i användningen av tekniken vid upprepade tillfällen.
- Följa upp, påminna och uppmuntra patienter att använda tekniken innan det blivit till en daglig rutin.
- Individanpassa tekniska lösningar beroende på patienters motoriska och sensoriska förmåga.
- Anpassa mängden av information, korta ner den och ge den vid flera tillfällen.
- Resonera och reflektera med patienten kring betydelsen av uppmätta värden (vitalparametrar och symtomskattning).
- Vara lyhörd för det som patienten uttrycker i de fysiska mötena och skapa en regelbundenhet för att stärka relationen.
- Implementering av eHälsa ersätter inte fysisk kontakt utan är ett hjälpmedel för att öka patientens kunskap, följsamhet och empowerment.

## REFERENSER

- Arthanat, S., Vroman, K. G. & Lysack, C. (2014). A home-based individualized information communication technology training program for older adults: a demonstration of effectiveness and value. *Disability and Rehabilitation Technology*, 11(4), ss. 316-324. DOI:10.3109/17483107.2014.974219
- Cajita, M. I., Hodgson, N. A., Lam, K. W., Yoo, S., & Han, H. (2018). Facilitators of and Barriers to mHealth Adoption in Older Adults With Heart Failure. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(8), ss. 376-382. DOI:10.1097/CIN.0000000000000442.
- Cerdan, J., Catalan-Matamoros, D. and Berg, S. W. (2017) 'Online communication in a rehabilitation setting: Experiences of patients with chronic conditions using a web portal in Denmark', *Patient Education & Counseling*, 100(12), ss. 2283–2289. DOI:10.1016/j.pec.2017.06.023.
- Cook, E. J., Randhawa, G., Sharp, C., Ali, N., Guppy, A., Barton, G., Bateman, A. & Crawford-White, J. (2016). Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: a nested qualitative study of patient users and non-users. *BMC Health Services Research*, 16(137), ss. 1-21. DOI:10.1186/s12913-016-1379-5
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk omvårdnad 1*. 2. uppl., Stockholm: Liber.
- Ekeberg, M. & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.
- Evangelista, L. S., Lee, J. A., Moore, A. M., Motie, M., Ghasemzadeh, H., Sarrafzadeh, M., & Mangione, C. (2015). Examining the Effects of Remote Monitoring Systems on Activation, Self-care, and Quality of Life in Older Patients With Chronic Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(1), ss. 51-57. DOI:10.1097/JCN.0000000000000110
- Folkhälsomyndigheten (2018) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/framjande-arbete--psykisk-halsa/valfardsteknik-for-psykisk-halsa/> [2018-11-20].
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Friedman, M. M. & Quinn, J. R. (2008). Heart Failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission. *Journal of cardiovascular Nursing*, 23, ss. 506-512. DOI:10.1097/01.JCN.0000338928.51093.40

Globala Målen (2015)

<http://www.globalamalen.se/om-globala-malen/> [2018-12-12].

Göransson, C, Eriksson, I, Ziegert, K, Wengström, Y, Langius, EA, Brovall, M, Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2018) 'Testing an app for reporting health concerns- Experiences from older people and home care nurses', *International Journal of Older People Nursing*, 13(2), ss. 1-10. DOI:10.1111/opn.12181.

Halcomb, E., Purcell, R., Hickman, L. & Smyth, E. (2016) 'Telemonitoring is acceptable amongst community dwelling older Australians with chronic conditions', *Collegian*, 23(4), ss. 383–390. DOI:10.1016/j.colegn.2015.09.007.

Hjärt- lungfonden (2017). *Hjärtrapporten 2017. Vår livsstil - det stora hotet*. [https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten\\_2017%20slutversion.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten_2017%20slutversion.pdf) [2019-01-15].

Hwang, R., Mandrusiak, A., Morris, N.R., Peters, R., Korczyk, D, Bruning & Russell, T. (2017) 'Exploring patient experiences and perspectives of a heart failure telerehabilitation program: A mixed methods approach', *Heart & Lung*, 46(4), ss. 320–327. DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.03.004

Insulander, L. & Björvell, H. (2013). Patientempowerment - ett förhållningssätt i mötet med patienten. I Klang Söderkvist, B. (red.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

LaFramboise, L. M., Woster, J. C., Yager, A., & Yates, B. (2009). A Technological Life Buoy: Patient Perceptions of the Health Buddy. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(3), ss. 216-224. DOI:10.1097/JCN.0b013e318199a60f

Lind, L., Carlgren, G. & Karlsson, D. (2016). Old- and With Severe Heart Failure. Telemonitoring by Using Digital Pen Technology in Specialized Homecare: System Description, Implementation, and Early Results. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(8), ss. 360–368. DOI:10.1097/CIN.0000000000000252.

Läkemedelsverket (2006). *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt - Behandlingsrekommendation*. <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/hjartsvikt.pdf> [2018-09-26].

Nordgren L, Asp M, & Fagerberg I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative Health Research*, 17(1), ss. 4–13. DOI:10.1177/1049732306296387

Patel, H., Shafazand, M., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2007). Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. *European journal of heart failure*, 9(6-7), ss. 702-708. DOI:10.1016/j.ejheart.2006.11.002.

Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Werkowitch, M. & Elyachar, A. (2012). Part 2: Enhancing heart failure home management: Integrated evidence for a new family caregiver educational plan. *Applied Nursing Research*, 25(4), ss. 246-250. DOI:10.1016/j.apnr.2011.07.003

Purcell, R., McInnes, S. & Halcomb, E. J. (2014). Telemonitoring can assist in managing cardiovascular disease in primary care: A systematic review of systematic review. *BMC Family Practice*, 15(43), ss. 1-14. DOI:10.1186/1471-2296-15-43.

Riley, J. P., Gabe, J. P. and Cowie, M. R. (2013) 'Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study', *Journal of Clinical Nursing*, 22(17/18), ss. 2444–2455. DOI:10.1111/j.1365-2702.2012.04294.x

Rosser, B. & Eccleston, C. (2009). Promoting Self-Management Through Technology: SMART Solutions for Long-Term Health Conditions. *Journal of Integrated Care*, 17(6), ss. 10-19. DOI:10.1108/14769018200900041.

Ryan, M., & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), ss. 223-231. DOI:10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005

SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet. [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821) [2018-11-30].

Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D., & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 13(1), ss. 1–15. DOI:10.1186/1472-6963-13-263.

Socialstyrelsen (2018). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018.* <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20816/2018-2-4.pdf> [2018-12-13].

Socialstyrelsen (2017a) *Egenvård.* <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/egenvard> [2018-12-01].

Socialstyrelsen (2017b). *Nationell e-hälsa och gemensam informationsstruktur.* <http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa> [2018-09-26].



Socialstyrelsen (2018). *RiksSvikt (Nationellt Hjärtsviktregister)*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/rikssvikt/nationellthjartsviktr>  
[2018-09-26].

SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6> [2018-12-01].

Strömberg, A. (2014). Cirkulation. I Edberg, A. & Wijk, H. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) (2014). *Strategi för sjuksköterskors arbete med eHälsa*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/e-halsa/strategi.for.sjukskoterskors.arbete.med.e-halsa-omtryck.2014.webb.pdf> [2018-09-27].

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2018-11-16].

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2018). *Visionen för e-hälsoarbetet Sveriges Kommuner och Landsting*.  
<https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/visionenehalsoarbetet.8859.html> [2018-09-25].

Sävenstedt, S. (2014). eHälsa som stöd i omvårdnadsarbetet. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2014). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling (2: a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Taylor, J., Coates, E., Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B. & Hawley, M. S. (2015). Examining the use of telehealth in community nursing: identifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), ss. 326–337. DOI:10.1111/jan.12480.

Vårdförbundet (2010). *Vård- IT- rapporten 2010*.  
<https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/vard-it-rapporten-2010.pdf> [2018-11-19].

Västra Götalandsregionen (2015). *Trender inom eHälsa. Västra Götalandsregionen*.  
[http://www.samverkanstorget.se/upload/Samverkanstorget%202014/Nyheter/Dokument/IT-trender\\_eH%C3%A4lsa2015-06-23.pdf](http://www.samverkanstorget.se/upload/Samverkanstorget%202014/Nyheter/Dokument/IT-trender_eH%C3%A4lsa2015-06-23.pdf) [2018-12-02].

World Health Organization (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *Global Observatory for eHealth series - Volume 3*.  
[https://www.who.int/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf) [2018-12-02].

Öberg, U., Orre, C., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H. & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), ss. 961-970. DOI:10.1111/scs.12534.

## Bilaga 1.

### Sökhistorik 1.

Databas; CINAHL och Medline	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Urval till resultat
#1	Heart failure	40,938		
#2	#1 AND telemonitoring or ehealth or e-health or mhealth or telecare or telemedicine or telehealth or apps	512		
#3	#2 AND self-care or home care or self-management	238	9	3

### Sökhistorik 2.

Databas; CINAHL och Medline	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Urval till resultat
#1	Heart Failure <b>or</b> Chronic Disease <b>or</b> Chronic Illness <b>or</b> long-term conditions <b>or</b> chronic conditions	158,118		
#2	#1 AND telemonitoring <b>or</b> ehealth <b>or</b> e-health <b>or</b> mhealth <b>or</b> telecare <b>or</b> telemedicine <b>or</b> telehealth <b>or</b> apps	1658		
#3	#2 AND self-care or home care or self-management	779		
#4	#3 AND experience	118	31	6

## Bilaga 2.

<b>Författare</b> <b>Årtal,</b> <b>Land</b> <b>Titel</b> <b>Tidsskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod &amp; Urval</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>Författare</b> Cajita, M. I., Hodgson, N. A., Lam, K. W., Yoo, S. &amp; Han, H.</p> <p><b>Årtal,</b> Land 2018, USA</p> <p><b>Titel</b> Facilitators of and Barriers to mHealth Adoption in Older Adults With Heart Failure</p> <p><b>Tidsskrift</b> CIN: Computers, Informatics, Nursing</p>	<p><b>Syftet</b> var att undersöka äldres uppfattning om användning av mobil teknologi, funktionalitet och begränsningar för att använda mHälsa.</p> <p>[mHälsa innebär att patienterna kan monitorera sina symtom med hjälp av medicinteknisk utrustning som är kopplad till mobilen och följs upp på distans av en sjuksköterska. mHälsa innebär också användning av relevanta appar för att stödja egenvården].</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval</b> Antal deltagare 10, sju män och tre kvinnor i åldern 66–83 år. Patienter med hjärtsvikt &gt; 65 år och som inte bodde på vårdhem, kunde kommunicera på engelska och var kognitivt intakta.</p> <p><b>Datainsamling</b> Djupintervjuer</p> <p><b>Dataanalys</b> Data analyserades med hjälp av innehållsanalys och resulterade i två huvudteman och tre subteman.</p>	<p>Funktionalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Överlag enkel att använda</li> <li>➤ Användbar för att sköta sin hjärtsvikt om de fick adekvat träning.</li> <li>➤ Uppmuntrande och motiverande med den snabba återkopplingen av information som de fick från den mobila enheten, vilket resulterade i bättre följsamhet till egenvården.</li> <li>➤ Villiga att använda mHälsa om utrustningen var gratis.</li> <li>➤ Tidigare erfarenhet av mobilanvändning främjade mHälsa.</li> </ul> <p>Begränsningar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brist på kunskap</li> <li>➤ Inte i behov av tekniken.</li> <li>➤ Sensoriska (Nedsatt syn och hörsel).</li> <li>➤ Dåligt anpassad design (storlek</li> </ul>

			<p>på ikoner, skärm).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kostnad/begränsad ekonomi.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Cerdan, J., Catalan-Matamoros, D. &amp; Berg, S. W.</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2017, Danmark</p> <p><b>Titel</b> Online communication in a rehabilitation setting: Experiences of patient with chronic conditions using a web portal in Denmark</p> <p><b>Tidsskrift</b> Patient Education &amp; Counseling</p>	<p><b>Syftet</b> var att undersöka patienters upplevelse av ett online-rehabiliteringsprogram.</p> <p>[Webbportal med information, träningsprogram och råd till egenvårdsaktiviteter anpassade till varje sjukdom].</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 14, varav sju kvinnor. Medelåldern var 56 +- 7,9 år. Patienter som varit i öppenvården i minst ett år, Kronisk sjukdom där hjärtsvikt var en av tre olika diagnoser.</p> <p><b>Datainsamling</b> Systematiskt urval av deltagare. Deltagarna delades in i tre fokusgrupper och efter sjukdom. Grupperna delades sedan in slumpmässigt och intervjuades i grupp med hjälp av en ämnesguide baserat på deltagarnas erfarenheter, attityder och användning.</p> <p><b>Dataanalys</b> Data analyserades med hjälp av innehållsanalys och resulterade i fyra teman.</p>	<p>Patienters erfarenheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Saknade engagemang och motivation att träna hemma. Ingen början och inget slut på träningen.</li> <li>➤ Säkrare att träna med en guide. Rädsla att träningen skulle ge en stark fysisk reaktion.</li> <li>➤ Struntade i att träna vilket gav skuld känslor.</li> <li>➤ Överväldigande med mängden information.</li> </ul> <p>Tekniska aspekter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tillgången till webbportalen var krånglig. (nedladdning av program, lösenord)</li> <li>➤ Grafik och ljud var inte tillräckligt bra.</li> <li>➤ Kommunikationen (främmande ord och för lite tal)</li> </ul> <p>Förbättringsområden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Läkemedelsguide för biverkningar</li> <li>➤ Mer konkret information som var till nytta i det dagliga livet.</li> </ul>

			<p>Digitaliseringens nytta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Minskad kostnad för sjukhuset</li> <li>➤ Webbportalens användes som ett uppslagsverk och sammanfattning av information de tidigare fått av sjukvårdspersonal.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Evangelista, L. S., Lee, J. A., Moore, A. M., Motie, M., Ghasemzadeh, H., Sarrafzadeh, M. &amp; Mangione, C.</p> <p><b>Årtal,</b> <b>Land</b> 2015, USA</p> <p><b>Titel</b> Examining the Effects of Remote Monitoring Systems on Activation, Self-care and Quality of Life in Older Patients With Chronic Heart Failure</p> <p><b>Tidsskrift</b></p>	<p><b>Syftet</b> var att jämföra effekten av hjärtsviktpatienters aktivitet, egenvårdsförmåga och livskvalitet efter en intervention med ett monitorerings- och övervakningssystem.</p> <p>[Monitorering av vitalparametrar och övervakning av avvikelser på distans. Kommunikation och information via telefon].</p>	<p>Kvantitativ kvasi-experimentell studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 21, varav 11 kvinnor. Medelålder 72,7 +- 8,9 år. Äldre patienter med hjärtsvikt och nyligen utskrivna från sjukhus. Inte var dementa eller oförmögna att delta, inte var hemlösa eller boende på vårdhem.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Frågeformulär där deltagarna skattade egenvårdskapacitet före interventionen (Baseline) och efter och i jämförelse med kontrollgruppen.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Förhållandet mellan sociodemografiska variabler</p>	<p>Aktivitet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Signifikant ökning av fysisk aktivitet i interventionsgruppen.</li> </ul> <p>Egenvårdsförmåga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ökat egenvårdsförtroende och förbättring av upprätthållande av egenvård även om det inte hade statistisk signifikans</li> <li>➤ Starkt samband (signifikans) mellan upprätthållande av egenvård och utveckling av egenvårdsförmåga. Ökning av utförda egenvårdsaktiviteter förbättrade egenvårdsförmågan.</li> <li>➤ Följsamheten till egenvård förbättrades i interventionsgruppen men försämrades</li> </ul>

<p>The Journal of Cardiovascular Nursing</p>		<p>jämfördes mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. En korrelationsanalys användes för att se sambandet mellan variabelerna.</p>	<p>under tid i kontrollgruppen</p> <p>Livskvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Starkt samband mellan egenvårds-självförtroende och livskvalitet. Ju bättre självförtroende i att utföra egenvård desto bättre upplevelse av livskvalitet.</li> <li>➤ I det stora hela förbättrades livskvaliteten i interventionsgruppen.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Göransson, C., Eriksson, I., Ziegert, K., Wengström, Y., Langius-Eklöf, A., Brovall, M., Kihlgren, A. &amp; Blomberg, K.</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2018, Sverige</p> <p><b>Titel</b> Testing an app for reporting health concerns- Experiences from older people and</p>	<p><b>Syftet</b> var att utforska äldre personers erfarenhet av att använda en app för rapportering av hälsoproblem.</p> <p>[Interaktiv app med tillgång till egenvårdsråd och kommunikation med sjuksköterska. Användning av Smarttelefon och Surfplatta].</p>	<p>Kvalitativ explorativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 17, varav 11 kvinnor. Medelålder 86 år. &gt;65 år, boendes hemma och har hemsjukvård.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Individuella intervjuer.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Tematisk analys som resulterade i ett övergripande tema och fem subteman.</p>	<p>Möjliggör lärandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enkelt sätt att erhålla adekvat information och kunskap om sitt hälsotillstånd.</li> <li>➤ Informativa egenvårdsråd.</li> </ul> <p>Ny kommunikationsmetod</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mer utförlig information från patienterna angående mående i kontakten med sjuksköterskan.</li> <li>➤ Vill inte besvara sjuksköterskan med sms.</li> </ul> <p>En känsla av säkerhet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regelbunden kontakt med sjuksköterskan</li> </ul> <p>Ökat självförtroende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ökat deltagandet i vården istället för att vara</li> </ul>

<p>home care nurses</p> <p><b>Tidsskrift</b> Internationa l Journal of Older People Nursing</p>			<p>passiva mottagare av vård.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Förbättrad kapacitet och kontroll att kommunicera sina hälsoproblem.</li> <li>➤ Ökad kunskap bidrog till ökat självförtroende.</li> </ul> <p>Utmaningar med ny teknik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rädsla att inte kunna hantera tekniken.</li> <li>➤ Svårt att logga in</li> <li>➤ Inte användarvänlig design för äldre, små knappar och för liten skärm. Ingen tidigare erfarenhet av smarttelefon och surfplatta ökade oro och stress.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Halcomb, E., Purcell, R., Hickman, L. &amp; Smyth, E.</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2016, Australien</p> <p><b>Titel</b> Tele-monitoring is acceptable amongst community dwelling older</p>	<p><b>Syftet</b> var att undersöka äldres uppfattning om en sjuksköterskeledd telemonitorering - intervention.</p> <p>[Monitorering av vitalparametrar och symtom som sedan överförs på distans till sjuksköterskan].</p>	<p>Kvantitativ kvasi-experimentell studie med före-eftermätning</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 21, varav 14 kvinnor. Medelålder 81,4 år. &gt; 65 år och kronisk sjuk i hjärt- eller lungsjukdom.</p> <p><b>Datainsamling:</b> enkäter med frågor om: 1) huruvida tekniken var lätt att använda 2) om tekniken främjade</p>	<p>Användning av tekniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Efter interventionen och interaktion av utrustningen upplevde deltagarna att det var lättare att använda tekniken.</li> <li>➤ Att tekniken var en del i den framtida sjukvården var deltagarna överens om efter interventionen.</li> <li>➤ Hälften av deltagarna höll med om att utrustningen gav dem trygghet.</li> </ul>



<p>Australians with chronic conditions</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Collegian</p>		<p>sjukdomshandlingen 3) attityd till att använda teknik.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Deskriptiv analys. Enkäter före interventionen jämfördes med deltagarnas upplevelse efter interventionen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 57% tyckte att tekniken var lätt att använda och förstå.</li> </ul> <p>Sjukdomshandling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 57% höll med om att det främjade handlingen av sjukdomen.</li> <li>➤ 67% upplevde sig mer involverade i sin vård och fick förståelse för förändringar i sitt tillstånd genom daglig monitorering.</li> </ul> <p>Attityder till att använda tekniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 57 % höll med om att de skulle använda telemonitorering i framtiden och rekommendera det till familj och vänner.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Hwang, R., Mandrusiak, A., Morris, N. R., Peters, R., Korczyk, D., Bruning, J. &amp; Russel, T.</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2017, Australien</p> <p><b>Titel</b></p>	<p><b>Syftet</b> var patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av ett telerehabiliteringsprogram med videokonferens.</p> <p>[Rehabiliteringsprogram med fysisk aktivitet och utbildning via nätet, genom strukturerade möten två gånger i veckan. Träningen genomfördes med hjälp av Videokonferens].</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ studie: Mixad metod.</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 17, varav två var kvinnor. Medelålder, 69 år. Erfarenhet eller ingen tidigare erfarenhet av rehabiliteringsprogram för patienter med hjärtsvikt, erfarenhet eller ingen tidigare erfarenhet av</p>	<p>Motivationsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regelbundna rutiner och disciplin ökade följsamheten</li> <li>➤ Positiva hälsoreultat genom ökad fysisk aktivitet gav ökad styrka och balans, vilket underlättade deltagarnas dagliga liv.</li> <li>➤ Självförtroende och humör förbättrades.</li> </ul>

<p>Exploring patient experiences and perspectives of a heart failure tele-rehabilitation program: A mixed methods approach</p> <p><b>Tidsskrift</b> Heart &amp; Lung</p>		<p>datorer och fysisk aktivitet.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Kvantitativ information samlades in via enkäter och kvalitativ information via semi-strukturerade intervjuer.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Statistik analyserades med deskriptiv analys och intervjuerna genom en tematisk analys som resulterade i tre stora teman.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Förbättrat egenvårdsbeteendet genom modifiering av hälsorisker. Förändring av matvanor och reducerat alkoholintag.</li> <li>➤ Tillgång till vård utan att behöva resa, vilket underlättade för familjen och upplevdes bekvämt.</li> <li>➤ Social support</li> <li>➤ Säker träningsmiljö i hemmet med övervakat och strukturerat program</li> </ul> <p>Hämmande faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tekniska svårigheter i form av uppkopplingsproblem och ljudkvalitet.</li> <li>➤ Rädd för det okända i form av teknisk okunskap. Ingen tidigare datorvana.</li> </ul> <p>Förslag till förbättringar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Behov av teknikförbättringar (ljudkvalitet och uppkoppling)</li> <li>➤ Kombinera telerehabilitering med fysiska möten.</li> </ul>
--	--	---	---

<p><b>Författare</b> LaFramboise, L. M., Woster, J., Yager, A. &amp; Yates, B. C.</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2009, USA</p> <p><b>Titel</b> A Technological Life Buoy – Patient Perceptions of the Health Buddy</p> <p><b>Tidsskrift</b> The Journal of Cardiovascular Nursing</p>	<p><b>Syftet</b> var att undersöka patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av att använda Health Buddy: en kommunikationsenhet för eHälsa.</p> <p>[En kommunikationsenhet för överföring av data på distans. Monitorering av symtom och utbildning av hjärtsvikt].</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 13, varav 8 kvinnor. Medelålder 68 år. Använt utrustningen i minst sex månaders tid.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Individuella intervjuer och gruppdiskussioner i fokusgrupper med fokus på, 1) användarvänlighet 2) effektiv egenvårdshantering 3) svårigheter.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Innehållsanalys som resulterade i åtta teman med fokus från de tre ursprungsfrågorna.</p>	<p>Användarvänlighet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enkel och effektiv att använda.</li> <li>➤ Kortare, oftare och repeterande informationstillfällen ökade kunskapen.</li> </ul> <p>Effektiv egenvårdshantering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kunskap stärkte deltagarnas förståelse för sjukdomens utveckling och hur den skulle skötas på bästa sätt.</li> <li>➤ Befrämjar egenvården genom att ”Health Buddy” påminner och motiverar, vilket leder till bättre följsamhet.</li> <li>➤ Ökade egenansvaret.</li> <li>➤ Socialt stöd och support ökade tryggheten.</li> </ul> <p>Svårigheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tidsbrist och trötthet gjorde det ibland svårt att genomföra sessionerna.</li> <li>➤ Tråkig monoton och för få svarsalternativ.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Lind, L., Carlgren, G. &amp; Karlsson, D.</p>	<p><b>Syftet</b> var äldre patienter med hjärtsvikt och deras upplevelse av användning av digital penna.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 11 män med en medelålder på 84 år och tre kvinnor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Teknologin accepterades av deltagarna som tyckte den var användarvänlig trots brist på teknisk vana.</li> </ul>

<p><b>Årtal, Land</b> 2016, Sverige</p> <p><b>Titel</b> Old-and With Severe Heart Failure-Tele-monitoring by Using Digital Pen Technology in Specialized Homecare: System Description, Implementation, and Early Results</p> <p><b>Tidsskrift</b> CIN: Computers, Informatics, Nursing</p>	<p>[Digital penna med IR-kamera som registrerar skrift på digitala formulär för symtomskattning och monitorering av vitalparametrar. Informationen förs sedan via nätet till sjuksköterskan som observerar svaren för tidig upptäckt av försämring].</p>	<p>med en medelålder på 83 år. Hjärtsviktsdiagnos, klass två till fyra (NYHA). Inga eller max sex sjukhusinläggningar under de senaste 12 månaderna.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Frågeformulär och observationer.</p> <p><b>Dataanalys:</b> Deskriptiv analys av enkäter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Förbättrad kontakt med sjukvården.</li> <li>➤ Följsamhet till sjuksköterskans råd.</li> <li>➤ Upplevde ökad trygghet och delaktighet i sin egen vård</li> <li>➤ Tidig upptäckt av försämrat tillstånd gjorde att sjukhusinläggningar undveks.</li> </ul>
<p><b>Författare</b> Riley, J. P, Gabe, J. &amp; Cowie, M. R</p> <p><b>Årtal, Land</b> 2013, Storbritannien</p> <p><b>Titel</b> Does telemonitoring in heart failure empower patients for</p>	<p><b>Syftet</b> var att utforska i vilken utsträckning som telemonitoring ger patienter med hjärtsvikt, makt att ta hand om sin egenvård?</p> <p>[Telemonitorering avser att monitorera vitalparametrar på distans. Data överförs till en sjuksköterska som gör strukturerade uppföljningar och åtgärder när det behövs].</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Antal deltagare 15, varav fyra kvinnor. Medelålder 74 år. Hjärtsviktsdiagnos, klass två till fyra (NYHA), använt telemonitorering dagligen under sex månaders tid.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Semi-strukturerade djupintervjuer</p>	<p>Upplevelse av symtom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patienterna uppmärksammade symtomförändringar på ett tidigare stadium och genomförde aktiviteter i förebyggande syfte för att förhindra försämring.</li> </ul> <p>Användning av tekniken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mycket fokus lades på tekniken till en början men efter de</li> </ul>

<p>self-care? A qualitative study</p> <p><b>Tidsskrift</b> Journal of Clinical Nursing</p>		<p>under två tillfällen (efter tre månader resp. sex månader).</p> <p><b>Dataanalys:</b> Olika teman framkom med hjälp av tematisk analys mellan de två intervjutillfällen. Dataanalysen resulterade i fyra teman relaterat till egenvård.</p>	<p>bekantat sig med den gav det stöd till att utföra dagliga egenvårdsaktiviteter.</p> <p>Upprätthållande egenvård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tekniken hade en nyckelroll för upprätthållandet av egenvårdsaktiviteter och skapande av dagliga egenvårdsrutiner.</li> </ul> <p>Egenvårdskompetens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Med monitorering som underlag i kontakten med sjuksköterskan utvecklades kunskap och förståelse för hjärtsvikten.</li> <li>➤ Utvecklade en förståelse för sambandet mellan monitorerade värden och deras mående samt vad som var deras normala vitalparametrar.</li> </ul>
--	--	--	---