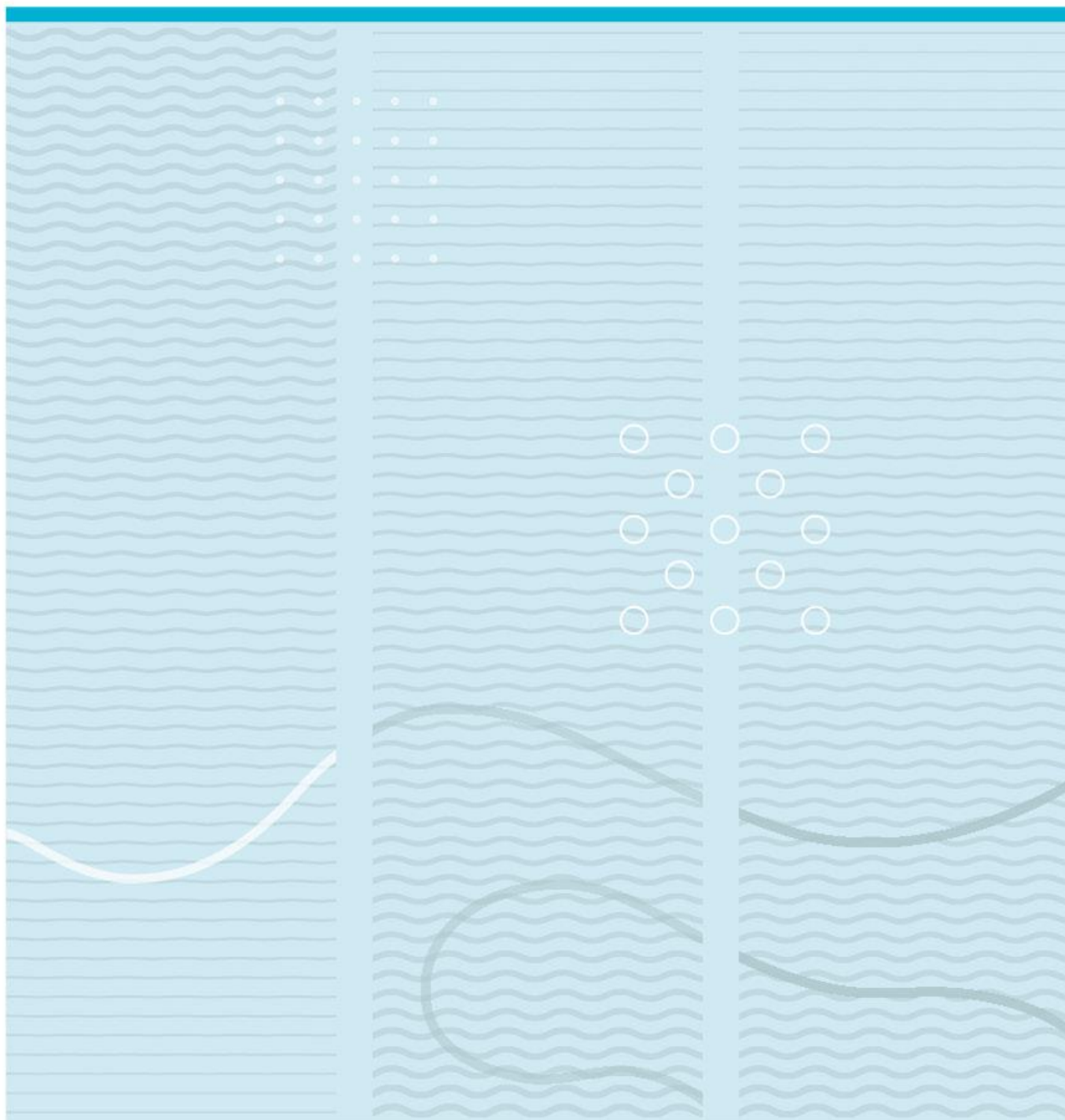


Marion Lo Presti

Hjemmeboende hjertesviktpasienters erfaring med digital hjemmeoppfølging.

-En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Marion Lo Presti

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Økende antall skrøpelige eldre, med kroniske sykdommer medfører behov for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten. Nye intervensjoner blir nødvendig for å kunne bidra til å møte behovet da mangelen på helsepersonell er stor. Hjertesviktpasienter har plagsomme symptomer som krever kompleks behandling og som gir risiko for hyppige sykehusinnleggelses og død. Forskning viser at kunnskap om sykdom, og medbestemmelse genererer bedre egenomsorg. Digital hjemmeoppfølging til hjertesviktpasienter er under utprøving i flere kommuner. Det er behov for å se nærmere på pasientperspektivet, som er lite representert.

Hensikt: Å utforske og beskrive hvilke erfaringer eldre, som har deltatt i utprøvingen med digital hjemmeoppfølging, har.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har hjemmeboende hjertesviktpasienter med digital hjemmeoppfølging?

Forskningsspørsmål: På hvilken måte har deltakelse i prosjektet påvirket trygghet og egenomsorg? Brukte informantene egenmålingene til å vurdere egen helsetilstand, og klarte de å nyttiggjøre seg utstyret og informasjonen de fikk om symptomer som kunne være tegn på forverring av sykdom?

Metode: Kvalitativt utforskende design. Data ble innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer med åtte hjertesviktpasienter som hadde deltatt i et digital hjemmeoppfølgings-prosjekt. Dataanalysen ble gjennomført som en tematisk innholdsanalyse.

Resultater: Analysen av data førte til tre hovedtemaer med 3-4 undertemaer hver: Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret, Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter, og En annerledes hverdag.

Konklusjon: Deltakelse i prosjektet førte til følelse av økt egenomsorg og trygghet, men digital hjemmeoppfølging passer trolig ikke for alle. Dette er en liten studie og derfor ikke generaliserbar. Resultatene kan sees på som klinisk relevante.

Søkeord: hjertesvikt, digital hjemmeoppfølging, trygghet, egenomsorg, hjemmeboende eldre.

Abstract

Background: An increasing number of frail elderly people with chronic diseases means a need for increased competence in the municipal health service. New interventions will be necessary to be able to help meet the need, as the shortage of health personnel is great. Heart failure patients have distressing symptoms that require complex treatment and risk frequent hospitalizations and death. Research shows that knowledge about illness and co-determination generate better self-care. Digital remote monitoring for heart failure patients is being tested in several municipalities. There is a need to look more closely at the patient perspective, which is poorly represented.

Purpose: To explore and describe the experiences of older people who have participated in the trial with digital remote monitoring.

Issue: What experiences do heart failure patients living at home have with digital remote monitoring?

Research question: In what way has participation in the project affected security and self-care? Did the informants use the self-measurements to assess their own state of health, and were they able to make use of the equipment and the information they received about symptoms that could be signs of worsening of disease?

Method: Qualitative exploratory design. Data was obtained through semi-structured interviews with eight heart failure patients who had participated in a digital remote monitoring project. The data analysis was carried out as a thematic content analysis.

Results: The analysis of data led to three main themes with 3-4 sub-themes each: Experiences with training and use of the equipment, Participation in the project affected safety in different ways, and A different everyday life.

Conclusion: Participation in the project led to a feeling of increased self-care and security, but digital remote monitoring is probably not suitable for everyone. This is a small study and therefore not generalizable. The results can be seen as clinically relevant.

Keywords: heart failure, remote monitoring, safety, self-care, elderly living at home.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Teori og bakgrunn	9
2.1 Hjertesviktpasienter i Tjenester til hjemmeboende	9
2.2 Digital hjemmeoppfølging, beskrivelse av prosjekt i forkant av masterstudien	10
2.3 Egenomsorg hos hjertesviktpasienter	13
2.4 Forskningsgjennomgang.....	15
3 Metode og analyse	18
3.1 Utvalg og rekruttering	18
3.2 Datainnsamling.....	19
3.3 Dataanalyse	19
4 Forskningsetiske vurderinger	22
5 Resultater	25
5.1 Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret	25
5.1.1 Opplæring i muligheter som finnes	25
5.1.2 Praktiske utfordringer knyttet til det tekniske utstyret.....	26
5.1.3 Brukervennlighet	27
5.1.4 Belastninger. 27	
5.2 Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter.	28
5.2.1 Ekstra oppfølging / Tjenester til hjemmeboende «overvåket» målingene.	28
5.2.2 Stolte på egenmålinger.	29
5.2.3 Tverrfaglig samarbeid.....	30
5.3 En annerledes hverdag.....	30
5.3.1 Brukte målingene som støtte for å vurdere egen helsetilstand.	30
5.3.2 Strukturerte hverdagen.....	32
5.3.3 Gjorde en forskjell for andre / Følte seg nyttig, og sett.....	33
6 Diskusjon	34

6.1	Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret	34
6.2	Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter.	36
6.3	En annerledes hverdag.....	39
6.4	Diskusjon av metode.	42
7	Konklusjon	43
	Referanser/litteraturliste.....	44

Forord

Da har tiden kommet for innlevering av masteroppgave etter en noe unødvendig lang vei, men sånn er det livet skjer, og små ting kan bli en stor utfordring til tider.

Etter mye usikkerhet og fortvilelse er jeg endelig her. Mye takket være min herlige heia-gjeng!

Jeg må takke deltakerne i studien for utprøvingen av utstyret. Takk for at dere stilte til intervju i etterkant. Uten dere hadde jeg ikke hatt materiale til å skrive om erfaringene dere hadde opparbeidet dere. Det var akkurat deres erfaringer jeg hadde behov for å vite mer om. All informasjon er god informasjon. Dere har alle vært til stor hjelp. Dere er sporty, og uredde som stilte opp. TUSEN TAKK!

Tusen takk til min kunnskapsrike, og alltid motiverende veileder, førsteamanuensis Mette Tøien. Uten deg hadde dette ikke vært mulig å dra i havn. Når jeg trodde alt var nytteløst hadde du troen – på meg og min studie. Takk til USN sitt verneombud, Paal Are Solberg, for hjelp med søknad.

Jeg ønsker å takke Øvre Eiker Kommune, og spesielt min leder Elisabeth Bjørndalen, for en god porsjon tålmodighet. At jeg tok sats og kom inn på studiet har jeg kanskje angret på noen ganger, men med god tilrettelegging av arbeidstid, og god støtte er jeg endelig kommet i mål. Takk også for velvilje til å få gjennomført 15 uker praksis. Takk til praksisplassene som tok meg imot, og takk til mine medstudenter for tips og råd underveis. Vi holder kontakten videre! Takk til Randi Hansen for korrekturlesing - du er gull!!

Nå skal en ny vår, sommer og sol nytes – uten studier som burde og skulle vært gjort. Trolig med en underholdene skjønnlitterær bok. Etter litt ferie er jeg klar for å ta fatt på nye og spennende arbeidsoppgaver. God sommer!

Hokksund 15.05.23

Marion Lo Presti

1 Innledning

Kommunehelsetjenesten har ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (2011) plikt til å gi nødvendig helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Dette gjelder alle med blant annet somatisk og psykisk sykdom. Ifølge SSB dør det færre eldre, og vi har et mindre påfyll av nyfødte. Dermed oppstår det en økende andel av eldre i befolkningen. Samtidig har det vært en oppgaveforskyvning etter at Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2008) trådte i kraft, og flere oppgaver har blitt overført til kommunehelsetjenesten. Menon-rapporten, bestilt på vegne av Norsk Sykepleierforbund, påpeker at underkapasitet i helsevesenet generelt vil skape problemer mellom behov og tilbud (Skogli E. et al., 2021). Rapporten viser også at behovet for helsepersonell øker til det dobbelte i 2060. Vi hører allerede om mangel på helsepersonell, og om sykepleiernes viktige rolle i oppfølging av hjemmeboende eldre. Det vil kunne bli vanskelig å utdanne nok helsepersonell for å møte de kommende utfordringene som økning i antall eldre vil føre med seg. Hjertesviktpasienter er en gruppe syke som ofte har flere kroniske underliggende sykdommer, og hos eldre er det ofte flere og sammensatte årsaker til symptomer (Brodtkorb, 2014). Ifølge Gullestad (2015) er insidensen for å utvikle hjertesvikt 1 % for personer over 65 år. Prevalensen er 1-3%. Når alder øker til over 75 år, er prevalens økt til over 10% (Gullestad, 2015). Jo høyere alder, desto større risiko for å utvikle hjertesvikt. De aller fleste av disse er hjemmeboende, og erfaring viser at stadig flere er alvorlig syke som følge av sin hjertesvikt. Det er i tillegg en pasientgruppe som har hyppige innleggelse i sykehus, og blir med det svært ressurskrevende. Behandlingen blir ofte komplisert, og etterlevelsen er ofte for dårlig til å kunne opprettholde et personlig godt helsenivå, som kan sees på som egenomsorg (Meraz, 2020). For å kunne ivareta utfordringen med flere alvorlig syke hjertesviktpasienter i hjemmet må vi nødvendigvis tenke innovativt, og være proaktive i måten å tilnærme oss denne pasientgruppen på. Forskning viser at kunnskap og medbestemmelse er viktig for bedre egenomsorg (Näsström et al., 2014). Forskning og fagutvikling som bidrar til evidensbasert sykepleie anses som et av kompetanseområdene til en AKS-sykepleier (Fagerström, 2019). Digital hjemmeoppfølging er en proaktiv intervensjon, og gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram er dette allerede utprøvd i mange kommuner. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har sitt utspring i Stortingsmelding nr. 29 (2012). Brukere av digital hjemmeoppfølging utfører avtalte målinger og resultatene overføres automatisk til nettbrett som igjen overføres til helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging er nå videreført ut 2024, og omtales i «Hurdalsplattformen» (Helsedirektoratet,

2022b). Foreløpige resultater i rapporten (2021) viser at deltakerne opplever gevinster som økt trygghet og mestring. Helsepersonell som har deltatt i utprøvingen opplever en mer helhetlig oppfølging, og større grad av samhandling. Målgrupper for utprøvingen har vært ulike kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt, diabetes og kreft. I min studie har jeg valgt å se nærmere på hjertesviktpasienter. Bakgrunnen for min studie er et gjennomført prosjekt med digital hjemmeoppfølging i en kommune. I min studie vil jeg belyse om den aktuelle pasientgruppen kan nyttiggjøre seg denne intervensjonen.

Hensikten med studien er å utforske og beskrive hvilke erfaringer eldre, som har deltatt i utprøving med digital hjemmeoppfølging, har. Har informantene opplevd at deltakelse i prosjektet har påvirket trygghet og egenomsorg?

PROBLEMSTILLING: Hvilke erfaringer har hjemmeboende hjertesviktpasienter med digital hjemmeoppfølging?

FORSKNINGSSPØRSMÅL: På hvilken måte har deltakelse i prosjektet påvirket trygghet og egenomsorg? Brukte informantene egenmålingene til å vurdere egen helsetilstand, og klarte de å nyttiggjøre seg utstyret og informasjonen de fikk om symptomer som kunne være tegn på forverring av sykdom?

2 Teori og bakgrunn

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere politisk forankring og teoretisk bakgrunn for min studie. Jeg redegjør også for prosjektet som dannet grunnlag for studien. Jeg ønsker å gi en oversikt over hva hjertesvikt er, og erfaringer og kunnskap om hjertesviktpasienter i Tjenester til hjemmeboende. Jeg ønsker å gjøre nærmere rede for egenomsorgsbegrepet, og hvorfor dette er viktig for denne pasientgruppen. Hva finnes av tidligere forskning rundt digital hjemmeoppfølging, og hva er egentlig det? Hvordan kan egenomsorg knyttes opp mot helsekompetanse, og hvorfor er dette viktig for hjertesviktpasienter?

2.1 Hjertesviktpasienter i Tjenester til hjemmeboende.

Hjertesvikt er ikke en sykdom, men et syndrom. Hjertesvikt kan oppstå akutt, eller være kronisk som en komplikasjon til alle hjertesykdommer (Wyller, 2019). Videre skriver Stubberud & By (2022), at 2/3-3/4 av tilfellene skyldes hypertensjon og/eller koronar sykdom. Hjertesvikt er en av hyppigste årsakene til død i Norge (Mildestvedt et al., 2013). Gullestad (2015) beskriver at bedre behandling av hjertesvikt øker overlevelsen, og flere lever derfor lengre med hjertesvikt. Bedre behandling og høyere alder fører til lavere mortalitet og dermed flere hjertesviktpasienter.

Kronisk hjertesvikt er økende blant eldre, og man regner med at ca. 100 000 personer har hjertesvikt i Norge (Stubberud & By, 2022). I egen kommune ser vi også et økt antall eldre med svært høy alder blant hjemmeboende. Dette fører til flere hjertesviktpasienter som bor og har behov for behandling i hjemmet. Kronisk hjertesvikt deles i hovedsak inn i venstresidig og høyresidig hjertesvikt, som opptrer med ulike symptomer (Stubberud & By, 2022). Ifølge Stubberud & By (2022), ble 23,1 % av hjertesviktpasienter over 67 år reinnlagt innen 30 dager i 2019. Erfaringsmessig kjenner vi igjen dette fra praksis da hjertesviktpasientene blir såkalte «svingdørspasienter». Det vil si at de blir ofte innlagt på sykehus, og det oppleves hyppige helserelaterte overganger. Man kan da stille seg spørsmål om de i utgangspunktet er ferdig behandlet når de skrives ut, eller om de er så marginale at de ikke burde vært hjemme? Andre sykdommer i tillegg, som diabetes, anemi, aortastenose og lungesykdom kan hos eldre gjøre at årsaksbildet er mer sammensatt (Brodtkorb, 2014). Hjertesvikt er en alvorlig, og i mange tilfeller en livstruende tilstand, som reduserer levealder og krever helsefaglig bistand (Stubberud & By, 2022). I

tillegg er sykdomsforverring, og påfølgende helserelevante overganger, belastende for den syke. Erfaringsmessig er det i helserelevante overganger mye informasjon og feil kan lett oppstå. Det er ofte endring i medisiner, og det blir formidlet annen viktig informasjon. Legemiddellister skal så samstemmes med fastlegen sin liste, og ofte skal disse videresendes til apotek. Den medikamentelle behandlingen av disse pasientene er anbefalt å være dynamisk, men ofte kan etterlevelsen bli utfordrende.

Det er ofte mye koordinasjon av tjenester etter en sykehusinnleggelse. Stadig flere av disse pasienten har behov for bistand i sitt eget hjem. For å kartlegge pasientenes tilstand er bruk av telemonitorering, hvor pasientene utfører egenmonitorering, nevnt som en mulig oppfølging av hjertesviktpasienter (Stubberud & By, 2022). Ikke-invasiv telemonitorering, hvor man måler for eksempel vekt, BT og puls, er en av tre typer telemonitorering. Informasjonen utveksles da mellom pasienten og helsevesenet ved hjelp av telefoner eller nettbrett. Digital hjemmeoppfølging er en slik form for ikke-invasiv telemonitorering (Helsedirektoratet, 2021).

Det er behov for spesialkompetanse ved oppfølging av denne pasientgruppen (Fåln et al., 2013). Videre skriver Fåln et al. (2013) at tidlig intervensjon, best mulig medikamentell behandling, undervisning og psykososial støtte kreves. Det kan dermed se ut til å være helt nødvendig å se mer på hvordan denne pasientgruppen på en bedre måte kan klare seg i hjemmet med økt egenomsorg, og mest mulig hensiktsmessig hjelp fra kommunehelsetjenesten.

2.2 Digital hjemmeoppfølging, beskrivelse av prosjekt i forkant av masterstudien.

Ifølge NOU (2011) defineres velferdsteknologi som en teknologisk assistanse som fører til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Digital hjemmeoppfølging er en form for velferdsteknologi. Velferdsteknologi har som overordnet mål å bidra til å øke den sykes evne til å klare seg selv i hverdagen. Hensikten er også å utnytte ressursene og øke kvaliteten på tjenestene.

Enhver ansatt skal sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring, ifølge Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 (2011). Utprøving av digital hjemmeoppfølging ble på vegne

av Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført i perioden juni 2018-2021 (Helsedirektoratet, 2021). Nasjonalt velferdsteknologiprogram har stått for gjennomføringen, og Helsedirektoratet har hatt prosjektledelsen. 735 pasienter ble inkludert, og over 250 fastleger har hatt pasienter som har deltatt (Helsedirektoratet, 2021). Videre i sluttrapporten står det skrevet at målene med utprøvingen var bedre fysisk og psykisk helse, og bedre pasientopplevelse med mindre bruk av ressurser.

Med bakgrunn i dette ble et selvstendig prosjekt planlagt i en kommune, med utprøving av digital hjemmeoppfølging hos hjertesviktpasienter. De som deltok i prosjektet vil videre benevnes deltakere, og de som deltar i den videre studien benevnes informanter. Denne pasientgruppen ble valgt da det er en økende andel av befolkningen med diagnosen hjertesvikt. I tillegg kan det tenkes å være mye å hente på økt egenomsorg blant disse. Hensikten med prosjektet var i første omgang å teste ut brukervennligheten og ha mest fokus på brukerperspektivet og deltakernes erfaringer. I tillegg var det ønskelig å undersøke om det var mulig å øke deltakernes evne til egenomsorg, og kartlegge om de selv kunne oppdage tegn på forverring av sykdom tidlig. Kunne de benytte egenmålingene for å vurdere egen helsetilstand? Det kan sees på som en fordel om man kan unngå unødvendige sykehusinnleggelse grunnet forverring av helsetilstand, som er en samfunnsøkonomisk belastning (Helsedirektoratet, 2018).

Inklusjonskriterier i kvalitetsprosjektet var først og fremst at deltaker hadde innvilget kommunale tjenester i hjemmet fra tidligere. Videre ble det viktig å kartlegge hvem som hadde diagnose hjertesvikt registrert i dokumentasjonssystemet. I denne prosessen bidro fagkoordinerende sykepleiere og implementeringsansvarlig innen velferdsteknologi. I tillegg ble det litt lobbyvirksomhet blant de ansatte. Visste de om noen de trodde kunne ha en hjertesviktdiagnose som ikke var registrert? Hos disse tok vi kontakt med fastlege for å etterspørre diagnosekode. Fantes diagnosen i en epikrise kunne man registrere den i kommunens dokumentasjonssystem. Eksklusjonskriterier var moderat eller alvorlig demens med tanke på vurdering av samtykkekompetanse. Mestring av selve oppgavene gikk vi ut ifra at de aller fleste ville mestre uavhengig av kognitiv funksjon.

Deltakerne i prosjektet ble rekruttert ved at det ble sendt ut brev, som var forfattet av meg, som var leder for prosjektet. I brevet ble de informert om formålet for studien og oppfordret til å ta

kontakt om de ønsket å delta. Målet var å rekruttere 10 deltakere. Deltakerne som ble inkludert i prosjektet var i alderen 74 til 91 år, det var 6 menn og 4 kvinner. Alle mennene bodde sammen med ektefelle, mens kun en av kvinnene gjorde det samme. De andre kvinnene var enker eller skilt.

Nødvendig utstyr for utprøvingen ble bestilt inn, og klargjort for implementering hjemme hos deltakerne. Dette ble gjennomført av en egen prosjektgruppe. Denne gruppen fulgte også opp deltakerne underveis. Gruppen besto av sykepleiere og fagarbeidere. Prosjektgruppen ble satt sammen med tanke på kompetanse innen området og ut ifra ønske om å delta og på tvers av arbeidssoner. De ansatte som deltok hadde videreutdanning innen velferdsteknologi, enten via fagskole eller Velferdsteknologiens ABC gjennom Aldring og Helse.

Det ble så satt av en dag til implementering av digitalt oppfølgingsutstyr hjemme hos deltakerne. Implementeringen ble utført av to fra prosjektgruppen som gjorde det sammen. Dette for mest mulig likhet, og dermed kvalitetssikring. I tillegg til muntlig informasjon, og praktisk opplæring i bruk av utstyret, ble det utarbeidet et skriftlig dokument med informasjon; et informasjonshefte. Dette ble utarbeidet av prosjektleder, med innspill fra sykehjemslege, og sykepleier ved medisinsk poliklinikk, som har oppfølging av kardiologiske pasienter. Det ble her beskrevet symptomer de skulle være oppmerksomme på, som kunne være tegn på forverring av hjertesvikt. I tillegg var det en oversikt over normale referanseområder for de vitale målingene. Det lå i tillegg vedlagt en enkel bruksanvisning til det tekniske utstyret, og kontaktinformasjon til tjenesten om de hadde spørsmål.

Som leder av prosjektet hadde jeg ingen direkte kontakt med deltakerne, men var tilgjengelig for de ansatte i gruppen. Jeg var til stede på kontoret og startet opp tjenesten hos deltakerne ved implementering. Deltakerne fikk utlevert Ipad, vekt, pulsoksymeter og blodtrykksapparat. De skulle måle vekt x 2 per uke. Blodtrykk, SpO2 og puls skulle måles daglig. Det ble lagt inn i Dignio Prevent hvilke oppgaver som skulle gjennomføres, på hvilke dager. Dignio Prevent er en digital plattform for helsepersonell som brukes i kommunen for digital hjemmeoppfølging. Alt utstyret var koblet sammen med Bluetooth-teknologi, noe som forenkler prosessen. Når målingene ble tatt ble disse automatisk overført til Dignio Prevent for oppfølging. Det ble generert ut varsler til tjenesten om noe viste seg å være unormalt. I første omgang var det viktig at deltakerne ble trygge på bruken av utstyret. Dagen for implementering ble dagens vekt satt som referansepunkt, og de andre målingene hadde samme referanseområde hos alle inkluderte. Etter hvert ble det gjort noen

justeringer på referanseområdene slik at det ble tilpasset den enkelte deltaker. Dette på bakgrunn av utførte målinger som kunne se ut til å være deltakernes habituelle vitalia.

For å inkludere fastlegene ble det sendt elektronisk melding til deltakerens fastlege. Her ble prosjektet presentert, og de ble informert om at deres pasient var deltaker. De ulike legene ble her oppfordret til å komme med tilbakemeldinger om de hadde innspill til referanseverdier på vitalia som skulle måles. De fikk også mulighet å komme med innspill til om det var vitalia vi burde ta ekstra hensyn til og/eller andre symptomer vi skulle være oppmerksomme på. Det var varierende grad av tilbakemeldinger fra fastlegene i forhold til dette, men noen fattet interesse. I løpet av prosjektiden, som varte i tre måneder, ble ukens gjennomsnittsmålinger ved noen anledninger sendt til de interesserte fastlegene for å holde dem oppdatert og informert.

Prosjektleder laget en arbeidsturnus for de ansatte i gruppen - hvem som hadde ansvaret de ulike ukene. Deltakerne ble informert om at ansattgruppen ville se gjennom målingene to ganger per uke, mandag og torsdag. Det ble da gjort en vurdering om det hadde vært målinger som deltaker burde gjort noen tiltak i forhold til. De ble og informert om å følge med på målingene sine, og prøve å nyttiggjøre seg utstyret. Alle ansatte i hjemmetjenesten ble informert på e-post om at varslinger fra deltakerne skulle følges opp av prosjektgruppen. Det var også mulighet for å sende meldinger til deltakerne som de da fikk opp på sin Ipad. Denne funksjonen ble i liten grad benyttet i prosjektet. Prosjektet ble gjennomført selvstendig, og skulle etter hvert danne grunnlag for min videre forskning i masteroppgaven.

2.3 Egenomsorg hos hjertesviktpasienter

WHO definerer egenomsorg som:

«The ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health-care provider» (World Health Organization, 2019).

Global Self-Care Federation (2022) deler videre fordelene med god egenomsorg inn i tre kategorier; Bedre valg, bedre omsorg og bedre verdi. Egenomsorg innebærer altså å ta gode valg for seg selv,

uten unødvendig kontakt med helsepersonell. Dette er dermed kostnadseffektivt for samfunnet, og ved å ta ansvar for egen helse og velvære, vil mange oppleve en bedre egenomsorg.

Orems egenomsorgsteori omfatter egenomsorg, egenomsorgsunderskudd og egenomsorgsevne (Renpenning et al., 2003). Egenomsorg beskrives i denne teorien som evnen til å vedlikeholde liv, helse og velvære. For å opprettholde helse inkluderes elementære ting som vann, luft, mat, eliminasjon, aktivitet og hvile, ensomhet og sosial aktivitet, fareforebygging og fremme normalitet. Underskudd på egenomsorg forekommer når personen selv ikke klarer å opprettholde sitt behov. Ifølge Orem er det når evnene til egenomsorg kommer i ubalanse at behovet for sykepleie oppstår.

Egenomsorg er essensielt hos hjertesviktpasienter (Jaarsma et al., 2021). Hjertesvikt er, som tidligere beskrevet, ikke en sykdom, men et syndrom (Mildestvedt et al., 2013). Syndromet karakteriseres av at hjertets pumpeevne er hemmet av ulike årsaker. Så å si alle hjertesykdommer kan føre til hjertesvikt (Wyller, 2019). Egenomsorg relatert til medisinsk behandling og personsentrert utfall vil føre til lavere dødelighet og færre reinnleggelser i sykehus (Jaarsma et al., 2021). Et begrep det er økt søkelys på de senere årene, og som kan knyttes tett opp mot egenomsorg, er helsekompetanse. Helsekompetanse, spesielt hos hjertesviktpasienter, er sterkt korrelert med egenomsorgsutfall (Matsuoka et al., 2016). Videre skriver Matsuoka et al. (2016) at vi bedre kan hjelpe disse pasienten til å kritisk vurdere innhentet informasjon og bruke den mer effektivt i beslutningsprosessen, med mer effektiv støtte.

Helsekompetanse defineres ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019), som:

«... personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten».

Økt helsekompetanse er et mål i norsk helsevesen, og det er utarbeidet en strategisk plan for å kartlegge og øke denne kompetansen. Strategien skal ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019) implementeres i fagplanen til masterutdanningene innen avansert klinisk sykepleie og

helsesykepleie. Det bør med fordel implementeres i læreplanen til flere grunnutdanninger innen helse- og omsorg, for økt søkelys på viktigheten av begrepet.

Den eldre befolkningen øker, og det er med dette flere kronisk syke (St.meld. nr. 28 (2014-2015), 2014). Hjertesviktpasienter er i denne gruppen av kronisk syke, og var tidligere forbundet med tidlig død. Ifølge (Meraz, 2020) er det dårlig etterlevelse av forskrevne medikamenter hos halvparten av hjertesviktpasientene. Dette fører til negative helseutfall for denne pasientgruppen. Det kan konkluderes med at økt helsekompetanse, og egenomsorgsadferd, kan bidra til bedre beslutninger ved mer effektiv støtte. Digital hjemmeoppfølging kan være en form for slik støtte, som bidrar til at denne pasientgruppen oppdager tidlig tegn på forverring av sykdom. Regjeringen ønsker ifølge «Legemiddelmeldingen» (2014) å legge til rette for at brukere og pasienter kan mestre et liv med sykdom. Brukermedvirkning er nedfelt i vårt lovverk, både pasient- og brukerrettighetsloven (1999,§3-1) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011,§9-3).

I tillegg til legemiddelbehandling av hjertesvikt, må pasienten informeres om livsstilsfaktorer som er av betydning (Mildestvedt et al., 2013). Det er anbefalt å være måteholden med alkohol, røykeslutt og innta saltfattig kost. Om pasienten er plaget av ødemer bør det innføres væskerestriksjoner. Legemiddelbehandlingen må være dynamisk, spesielt når det gjelder diuretika, A-II-blokkere og ACE-hemmere, som bør pauses ved fare for dehydrering (Wyller, 2015). Det er som nevnt ulike årsaker til hjertesvikt, og hos de aller fleste er fysisk aktivitet en anbefaling. Jaarsma et al. (2021) har også i sin artikkel presentert praktiske anbefalinger, som kan bidra til å bedre egenomsorg hos hjertesviktpasienter. God egenomsorg er viktig for å redusere antall reinnleggelser, og for å øke overlevelse og livskvalitet (Jaarsma et al., 2021)

I vedlikeholdsfasen av en kronisk hjertesvikt, er målet å opprettholde et så normalt liv som mulig (Mildestvedt et al., 2013). For bedre kontroll av sykdommen bør det derfor være en jevnlig kontakt mellom pasienten og lege eller annet kompetent helsepersonell, slik at symptomer kan fanges opp tidlig.

2.4 Forskningsgjennomgang.

Det ble gjort systematisk søk i ulike databaser for å finne aktuell litteratur og forskning på området. Søkeord som ble brukt var «heart failure», «patient preferences», «remote healthcare», «remote monitoring», «remote care» og «telemedicin». Jeg kontaktet i tillegg bibliotekar ved USN for råd om

treffende søkeord for å fange opp mest mulig relevant litteratur. Søkestrategien var å bruke de relevante søkeord i kombinasjon med «AND», i følgende databaser; PubMed, Cinahl og Medline. Søket ble avgrenset til siste 5 år, i første omgang, for å få et mer overkommelig materiale å jobbe med. Deretter har jeg funnet aktuelle artikler i ulike referanselister, og av samme forfatter innenfor fagfeltet. Annen faglitteratur er også benyttet, blant annet innen geriatri og hjertesykdommer.

Hjertesviktpasienter er som tidligere nevnt en stor pasientgruppe, med hyppige sykehusinnleggelser og en mortalitet så høy som 50 % etter 5 år (Fabbri et al., 2020). Symptomer på hjertesvikt som ikke behandles viser seg å bidra til en uheldig forsinkelse i behandlingen (Ivynian et al., 2020). Videre skriver Ivynian et al. (2020), at uten behandling øker faren for ikke-planlagte og hyppige innleggelser, og død. Näsström et al. (2014) konkludere med at høyere nivå av pasientdeltakelse, er assosiert med bedre egenomsorgsattferd. Samme forfattere har senere gjort en kvalitativ studie hvor de har hatt ytterligere søkelys på pasientdeltakelse. Denne forskningen viser at strukturert oppfølging gir rom for pasientmedvirkning. Her er det rom, tid og tillit til helsepersoner som viser seg å være blant essensielle faktorer (Näsström et al., 2015). Dudas et al. (2013) sin forskning viser at usikkerhet om sykdom blir mindre ved at oppfølgingen er mer personsentrert. At oppfølging av avansert klinisk sykepleier vil gi en helsegevinst for pasienter med kroniske sykdommer, og samtidig være kostnadseffektivt vises i forskningen til Echeverry et al. (2015). Jeon et al. (2010) påpeker at hjertesviktpasienter ofte føler seg isolert og at de mister kontrollen. De foreslår at det bør sees nærmere på forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper, kulturelle grupper og sosioøkonomiske grupper for å få en mer helhetlig forståelse av hjertesviktpasientene.

Forskning på digital hjemmeoppfølging har for det meste hatt fokus på samfunnsøkonomiske gevinster, og reduksjon i antall reinnleggelser, som hos Martín-Lesende et al. (2013). Denne artikkelen demonstrerer gjennomførbarheten av metoden hos eldre pasienter med hjertesvikt eller kronisk lungesykdom. Det ser ut til å være lite forsket på pasientperspektivet og avstandsoppfølging, og det er behov for å utforske dette nærmere. Ifølge Sluttrapporten fra utprøving av digital hjemmeoppfølging (Helsedirektoratet, 2021) er det et klart funn i evalueringen. Digital hjemmeoppfølging bidrar ifølge rapporten til økt trygghet for både brukerne og pårørende. Dette kan være forårsaket av at deltakerne får økt kunnskap og kontroll, samtidig som de enklere kan kontakte helsepersonell ved å være deltaker. Videre står det i samme rapport at deltakerne

opplevde økt helse og livskvalitet, samtidig som mortaliteten avtok 12 måneder etter inklusjon i utprøvingen (2021). En nyere norsk studie er gjennomført, og resultert i en doktoravhandling (Aamodt, 2021). Hovedfunn i denne studien er opplevd økt egenomsorgsattferd blant deltakerne. Aamodt påpeker i sin avhandling viktigheten av å innføre nye intervensjoner for å møte det økte behovet for helsetjenester.

3 Metode og analyse.

Metode er beskrevet som «veien til målet», og det er viktig å velge en metode som vil besvare forskningsspørsmålet (Kvale et al., 2019).

I min mastergradsavhandling har jeg valgt å bruke kvalitativt design, som er velegnet for å få fram pasienterfaringer. Kvalitative intervjuer med eksplorerende design gir nyanserte beskrivelser av informantens livsverden med ord (Kvale et al., 2019). Det åpner seg også mulighet til å gjøre endringer i prosjektet underveis, ettersom ny kunnskap opparbeides (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

3.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget besto av deltakerne i prosjektet, som beskrevet i kap. 2.2. Det var 10 deltakere i dette prosjektet, og 9 takket ja til å stille til intervju i studien. Det var akkurat disse deltakernes erfaring jeg var interessert i å få mer kunnskap om. Et hovedkriterium for kvalitative forskere er at informanten har kunnskap om fenomenet, kulturen eller prosessen som skal undersøkes (Polit & Beck, 2021). Antallet kan i kvalitativ metode endres underveis i studiet (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). I denne studien hadde jeg ingen flere mulige informanter, og jeg var avhengig av at deltakerne i prosjektet ønsket å delta.

For å lage en strategi for rekruttering involverte jeg fagkoordinerende sykepleiere, som kontaktpersoner for mulige informanter. Rekrutteringsbrev ble sendt til alle ti deltakere samtidig, men en hadde ikke mottatt dette da h*n hadde postboksadresse. Brevet ble da levert personlig av ansatt i hjemmesykepleien. I brevet ble de oppfordret til å ta kontakt om de ønsket å delta, men også informert om at de ville bli kontaktet per telefon etter noen dager, om de ikke ga tilbakemelding. To av deltakerne tok kontakt, mens de andre mulige deltakerne ble oppringt av forsker 1-2 uker senere, og spurt muntlig om de ønsket å delta.

Grunnet begrenset tid ble det enklest å kontakte deltakerne for å få gjennomført intervjuene innenfor tidsrammen jeg hadde til rådighet. Dette var første direkte kontakt jeg som forsker hadde med deltakerne. Det ble da per telefon avtalt tidspunkt for intervjuene, som ble gjennomført i løpet av fire dager med to intervjuer daglig. To av deltakerne var innlagt i institusjon/sykehus ved

rekruttering, og var i utgangspunktet tenkt å ekskluderes. En av disse tok kontakt etter sykehusopphold, og ønsket gjerne å delta, hvis det ville være til hjelp for forsker. Da dagen for intervjuer skulle gjennomføres var en av de som hadde takket ja til intervju innlagt på sykehus. Totalt ble utvalget åtte informanter. Informantene var fire menn og fire kvinner i alderen 74-91 år. Tre av kvinnene var enker, skilt og bodde alene, ellers bodde de andre med ektefelle.

3.2 Datainnsamling

For å samle data anvendte jeg individuelle intervjuer, og det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2). Semistrukturert intervju, vil si at det er nokså åpent som en samtale i dagliglivet med et klart formål (Kvale et al., 2019). Det ble lagt vekt på å stille åpne spørsmål, og la intervjupersonene få snakke så fritt som mulig. Med en intervjuguide som omfatter temaet som skal forskes på, innhentes beskrivelser om fenomenet (Kvale et al., 2019). Intervjudata er godt egnet metode for å få fram erfaringer og holdninger (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Ved hjelp av semistrukturert intervju var målet å kunne få frem nyansene i pasientens egne erfaringer, og dermed ansett som godt egnet til å besvare problemstillingen. Ved å ikke stille ledende spørsmål får informantene fram sine egne meninger, tanker og erfaringer. Dette styrker derfor reliabiliteten i studien.

Intervjuet ble gjennomført i informantens hjem, etter avtale. Dette ble valgt for enkelhetens skyld, og fordi det trolig var lettere å rekruttere informanter ved å oppsøke de i hjemmet. Samtidig var tanken at informanten skulle føle så god som mulig maktbalanse med forsker. Lengden på intervjuene varierte fra 7-19 minutter, noe som var kortere tid enn planlagt og forventet. Jeg gjorde meg små notater underveis for å sikre meg at det non-verbale ikke gikk tapt. Notatene kunne for eksempel være støttende blikk fra ektefelle. Jeg hadde utarbeidet noen oppfølgingsspørsmål som ville sikre at intervjupersonens erfaringer kommer fram, og at alle temaer som jeg ønsket å undersøke ble berørt. Samtidig la jeg til rette for ikke-planlagte oppfølgingsspørsmål, som kunne generere ny og uventet informasjon (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

3.3 Dataanalyse

Analysen som ble gjennomført var inspirert av tematisk innholdsanalyse, etter Braun og Clark (2022). Metoden som ble brukt var induktiv, ved å bruke egne erfaringer og observasjoner til å

trekke konklusjoner fra det individuelle til det mer allmenne. Analysen preges hele veien av den hermeneutiske spiral, hvor forskerens forståelse og førforståelse, og brukernes erfaringer påvirker hverandre til en dypere forståelse av meningen (Kvale et al., 2019). Det er viktig å være oppmerksom på egen førforståelse, og hvilke resultater man ønsker å oppnå. At man ønsker et godt resultat, kan lett påvirke resultatene og studien kan miste sin troverdighet.

Intervjuene startet jeg å transkribere uken etter de ble gjennomført. Dette valgte jeg for å ikke miste viktig informasjon. Transkriberingen gjorde jeg ordrett, og jeg lyttet gjennom intervjuene flere ganger. Dette for å kunne få med meg smådetaljer som kunne ha betydning for analysen. Intervjuene ble lagret på egen Mac, som krypterte filer med passord. I neste omgang kopierte jeg teksten over i nytt dokument, fjernet unødvendige ord, og kondenserte dataene. Jeg valgte å merke hvert intervju i ulike skriftfarger, for lett å kunne finne tilbake til hvilken informant de ulike koden tilhørte. Disse var nå fullstendig anonymisert, og kunne lagres videre ukryptert.

Jeg kopierte så utsagn fra de ulike intervjuene over i nytt dokument og kodet hvert utsagn. Kodene skulle være så spesifikke og presise som mulig, og si noen om hva akkurat denne teksten handler om (Braun & Clarke, 2022). Jeg valgte å gå gjennom teksten og kode to ganger, som anbefalt av Braun & Clark (2022). Dette for å bedre sikre at prosessen ble nøye og strengt bevart. Dette er med på å styrke reliabiliteten i studien. Andre gang startet jeg på intervju nummer 5, for å ikke kode i samme mønster. Jeg jobbet så videre med kun kodene, og klippet disse fra hverandre.

Underveis laget jeg en liste over ideer til temaer, som føltes meningsbærende. Jeg noterte meg ideene som overskrifter på lapper som jeg limte opp på en vegg. Videre sorterte jeg, og limte kodene under de foreløpige temaene. Dette kunne jeg gjennomføre da datamaterialet mitt var nokså lite og oversiktlig. Da kodene var ferdig sortert, skrev jeg de inn i Excel-ark for å få oversikt over materialet. Denne ble printet ut og hengt opp på veggen, slik at jeg kunne få en god oversikt. Noen koder ble så flyttet over til andre temaer, eller de kunne passe inn under flere av temaene.

Utfra dette identifiserte jeg overordnede temaer til videre analyse og diskusjon. Jeg gikk så kritisk gjennom alle data, for å sikre at de var plassert under riktig tilhørende tema. Jeg fant så passende navn på temaer, som fanget essensen i hva dette handlet om (Braun & Clarke, 2022). Ifølge Braun & Clark (2022) er det tid for å presentere resultatene, se kapittel fem.

Et eksempel som viser hvordan jeg har kondensert utsagn til tekst og kodet disse for å komme fram til undertemaer og hovedtemaer:

UTSAGN FRA INFORMANT	KONDENSERT TEKST	KODE(R)	UNDERTEMA	HOVEDTEMA
Utstyret har vært meget bra syns jeg, det har fungert bra, men det er bare jeg som ikke har fungert så bra, så jeg har vært på sykehuset ett par ganger mens jeg har holdt på ...	<p>*Utstyret har fungert bra, men ikke informanten.</p> <p>*Hatt et par sykehusinnlegg elser ...</p>	<p>*Teknisk utstyr fungert bra</p> <p>*sykdom gjorde at h*n ikke deltok som forventet i prosjektet</p>	<p>*Brukervennlighet</p> <p>*Belastninger</p>	<p>* Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret</p> <p>* Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret</p>

(Informant nr. 6)

4 Forskningsetiske vurderinger

Når de gjelder forskningsetiske retningslinjer nevner Kvale et al (2019) fire områder som er naturlig å diskutere. Dette er fortrolighet, informert samtykke, konsekvenser og forskerens rolle. Det er innenfor intervjuforskning lett at det oppstår en asymmetrisk maktfordeling, og etiske problemstillinger oppstår (Kvale et al., 2019). Ved å gjennomføre intervjuene hjemme hos informantene, ble dette enklere å ivareta.

Informantene ble tilsendt et rekrutteringsbrev (vedlegg 1), med informasjon om studien. Dette var tenkt å benyttes som et skriftlig informert samtykke. Med samtykke menes en tydelig, frivillig og informert bekreftelse fra deltakeren/informanten (Helseforskningsloven - hforskn1, 2008, § 13). Samtykke skal bygge på tydelig informasjon om et konkret forskningsprosjekt. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), skal pasienter informeres om helsehjelp de tilbys, og om mulige risikoer. Ifølge § 4-2 skal pasienten samtykke til helsehjelpen, uttrykkelig eller stilltiende. Det ble i denne studien gitt et muntlig informert samtykke i starten av intervjuene, hvor informasjon om overordnede mål for studien ble repetert. Dette valgte jeg å gjøre fordi det var enklere for meg som forsker, og for informantene. De skriftlige samtykkene ville allikevel blitt makulert etter innlevert oppgave, og faren for brudd på taushetsplikten større.

Prosjektet ble gjennomført i egen kommune, noe som kunne gi enkelte utfordringer med tanke på konfidensialitet. Man får en nærhet til forskerfeltet, som er nødvendig i kvalitativ forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). For å unngå som forsker å påvirke frivillig deltakelse, og mulighet for egne uavhengige erfaringer, skaffet jeg informanter utenfor egen arbeidsplass, i andre soner. Slik ble forskerrollen skilt fra mine daglige sykepleieoppgaver innenfor samme tjeneste. Informantene ble forsikret om at opplysningene de ga er konfidensielle og ikke sporbare. Dette ble til dels sikret ved å utelate navn i dokumentasjonen, men brukte internt løpenummer i intervju og transkribering. Råmaterialet ble så lagret med løpenummer i krypterte filer på egen Mac. Hver informant ble merket med ulike farger, og informantnummer. Løpenummer ble fjernet i videre dokumentasjon.

Grunnet noe begrenset utvalg kan man tenke at det blir noe gjennomskiktighet for de som kjenner brukerne og vet at de medvirker. Kjente kan være familie, eller de som jobber innen tjenesten og

har taushetsplikt. Deltakerne ble informert muntlig om mulig gjenkjennelighet, og erklærte seg innforstått med det (Kvale et al., 2019). Samtidig har jeg som forskeren et selvstendig ansvar for å vurdere om data bør og kan brukes (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Lydfilen ble lagret i et sikkert system, mens et skriftlig dokument kunne potensielt komme på avveie, og identiteten avsløres. Informantene ble informert om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra studiet uten å oppgi noen årsak (Helseforskningsloven - hforsknl, 2008, § 16). Om samtykke trekkes tilbake, ville det ikke føre til noen konsekvenser for den aktuelle informanten. Jeg informerte kort om hvordan data ville bli behandlet, for å ivareta taushetsplikten og dermed konfidensialitet. Ifølge Kvale et al. (2019) er fortrolighet enklere å sikre i kvantitative undersøkelser, der svarene blir gjennomsnittsberegnet, og det er mindre vanlig å dele informantens utsagn. Helseforskningsloven (2008) tydeliggjør også viktigheten av de etiske prinsippene, som forsvarlighet i § 5 og taushetsplikten i § 7. Her framkommer også viktigheten av at deltakeren er samtykkekompetent (Helseforskningsloven - hforsknl, 2008, § 13).

Ekskluderingskriterier er som nevnt, moderat og alvorlig demenssykdom, og dette prinsippet blir lettere å ivareta. Ved ulike demenssykdommer, kan spørsmålet om samtykkekompetanse komme opp.

Velgjøringsprinsippet veier tungt, og intervjupersonene ble opplyst om hvilke konsekvenser prosjektet og som informant i videre studie kan ha for dem, risikoer og fordeler (Kvale et al., 2019). Videre skriver Kvale et al. (2019) at prinsippet betyr at risiko for skade skal være lavest mulig. Fordelen for deltakerne er at de kan beskrive hvordan prosjektet påvirket deres hverdag. Ved å ha deltatt i prosjektet, fikk de nyttige erfaringer og kan si noe om akkurat deres egne erfaringer. De kan få videre fordeler med oppfølging i form av digital hjemmeoppfølging, noe tre av informantene faktisk gjorde. Deltakerne blottlegger seg delvis gjennom deltakelse, og det kan oppleves som en identitetskrenkelse (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Man må være oppmerksom på dette og forsøke å skille sak og person.

Universitetet i Sør-Øst-Norge har egne retningslinjer for innhenting og oppbevaring av data (2023). Universitetet har i tillegg eget personvernombud, Paal Are Solberg, som ble kontaktet og bidro med søknad til NSD, Norsk Senter for forskningsdata. Det ble tidlig i prosessen utarbeidet en databehandlingsplan, som også var nødvendig for å få søknaden godkjent. Det ble søkt REK,

Regional Etisk Komité, om en fremleggingsvurdering. Det kom raskt tilbakemelding herfra om at det ikke var behov for forhåndsgodkjenning fra de for å gjennomføre denne studien. Til NSD ble det sendt søknad om forhåndsgodkjenning av studien 15. oktober 2021. Da intervjuene kunne avsløre personidentifiserende data gjennom taleopptak, ble en godkjenning for databehandling viktig. Godkjenning, skjemanummer 324065, ble mottatt etter en måned, og datainnsamlingen kunne da starte. Diktafon koblet til Nettskjema, ble brukt til intervjuene. Lydfilene ble deretter lagret i Nettskjema i 3 måneder før de ble automatisk slettet, og bidro til at data ikke ble oppbevart lenger en nødvendig. I januar -22 ble det sendt endringsmelding til NSD, som ble godkjent. Det visste seg at det ikke var noen form for data som kom fram i intervjuene som ble karakterisert som sorte data, og det var derfor ikke behov for så streng oppbevaring av materialet som planlagt.

5 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene jeg har funnet gjennom å gjennomføre 8 semistrukturerte intervjuer, for så å analysere disse som beskrevet. Informantene ga opplysninger som var interessante med tanke på hensikten av studien; har deltakelse i prosjektet påvirket trygghet og egenomsorg? Resultatene presenteres i tre hovedtemaer. Resultatene viser både positive og negative opplevelser med deltakelsen. Resultatene presenteres i tillegg fullstendig i egen matrise, som vedlegg (Vedlegg nr. 3).

5.1 Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret.

For å nyttiggjøre seg tjenesten med digital hjemmeoppfølging best mulig, er det en fordel og forutsetning å få kunnskap om mulighetene som finnes innen velferdsteknologi. Vi ønsker også å vite noe om hvilke erfaringer informantene hadde med å delta. Resultatene som kom fram i studien vil her presenteres i fire undertemaer; Opplæring i muligheter som finnes, Praktiske utfordringer knyttet til det tekniske utstyret, Brukervennlighet og Belastninger.

5.1.1 Opplæring i muligheter som finnes.

Informasjon som ble presentert ved oppstart av prosjektet, viste seg å være viktig for deltakerne. Dette hadde også betydning for motivasjonen til å delta videre. En av deltakerne var usikker, og uttrykte;

«... tenkte at dette gidder jeg ikke. Det tenkte jeg med engang, men så fikk jeg litt mer forklaring og forståelse og da tenkte jeg at dette er nok veldig bra for meg allikevel, så jeg takker ja. Og det er jeg veldig glad for at jeg har gjort» (Informant nummer 7).

Alle deltakerne opplevde å få god informasjon og veiledning i bruk av utstyret som ble presentert ved implementeringen. Alle ble vist hvordan vitale målinger skulle utføres, og fikk prøve selv med veiledning. Opplæringen opplevdes som noe positivt. Informantene ble alle presentert et informasjonshefte, som inneholdt en liste med symptomer de skulle være oppmerksomme på.

Det ble oppfattet som relevant og nyttig, men ble i liten grad benyttet. Kun en av informantene benyttet dette underveis i prosjektet. Grunnet språkbarrierer opplyste en av informantene å ikke ha benyttet tilgjengelig informasjon. Hos denne informanten viste det seg at det ble behov for mer veiledning i bruk underveis. En av informantene fortalte at det var behov for veiledning underveis, da h*n var innlagt sykehus og Ipad var logget ut. To av informantene oppga at de oppfattet informasjon noe mangelfull og uklar. Dette førte til usikkerhet. Dette gjaldt blant annet hvilke dager vekt skulle utføres, og at dette ble byttet på underveis for den ene informanten. Flere av informantene var ikke klar over at målingene kunne utføres flere ganger per dag, og ikke kun når dagens oppgaver ble presentert på Ipad. Dette hadde ikke blitt informert godt nok om, og kunne vært til nytte om det oppsto symptomer på forverring av sykdom.

5.1.2 Praktiske utfordringer knyttet til det tekniske utstyret.

Informantene oppga å ha lite praktiske utfordringer med det tekniske utstyret de fikk utlevert for utprøving. Det var noe usikkerhet omkring om målingene var riktige, altså om de ble korrekt utført eller om det var tekniske utstyret som var utfordringen med. En av informantene var usikker på om vekt viste riktige målinger, da det ble sammenliknet med egen vekt. To av informantene hadde fått noe bistand til å sette på blodtrykksmansjetten, ellers var de selvstendige i utføringen av de vitale målingene;

«Hendte det var noen som hjalp meg ... å stramme båndet. Jeg fant ut at jeg måtte ta det andre veien, så det ikke hekta seg. For det satt seg fast». (Informant nr. 6).

Disse samme to oppga også at de ville klart det selv, om de var alene. Men følte det ble naturlig å la omsorgsperson i hjemmet hjelpe til. At teknologi er en del av framtidens helsevesen, var for en av informantene en motivasjon for å prøve dette ut og ønske om å fortsette. Dette til tross for at det i utgangspunktet ikke var så interessant, med tanke på utfordringer som kunne oppstå. En av informantene fortalte at noen av oppgavene var utfordrende og tidkrevende grunnet tremor.

5.1.3 Brukervennlighet

Brukervennligheten oppgis å være god, og at det var enklere enn forventet å delta i prosjektet. De fant alle sin måte å utføre målingene på. Noen kunne forklare hvordan de lagde en løkke på blodtrykksmansjetten, som de så stakk armen nedi, og strammet til med andre hånden. Bluetooth-funksjonen gjorde at målingene la seg inn i systemet helt automatisk, noe som lettet jobben og muligheten for feil ble delvis eliminert. Meldingstjenesten som er integrert i systemet ble lite brukt, men to av informantene oppgir å ha brukt meldingstjenesten noe aktivt. Disse fikk da noe bistand av pårørende til å lese og svare opp meldingene, og de følte også at de fikk svar når de stilte spørsmål. To av informantene hadde noe digital kompetanse fra tidligere. Informant nr. 3 sier det slik;

«vært litt borti Ipad og sånt før..... Så det syns jeg gikk greit»

Digital kompetanse viste seg imidlertid å ikke ha noen stor betydning med tanke på den praktiske gjennomføringen av de vitale målinger.

5.1.4 Belastninger.

To av informantene følte det som en belastning å være deltaker i prosjektet. Når de hadde takket ja til å delta, følte de at de måtte følge opp, selv om en av deltakerne hadde lyst å avslutte. En informant synes det var tidkrevende.

«det ble en forpliktelse, og derfor jeg sluttet til slutt» (Informant nummer 2).

Dårlig samvittighet for ikke å ha fulgt opp, pga. sykehusinnleggelse, ble også nevnt av en informant. Denne deltakeren var kanskje for syk av sin hjertesvikt til å benytte seg av denne tjenesten? Informanten var skuffet over egen innsats, og fikk dårlig samvittighet for å ha «sviktet» prosjektet. Informantene ønsket å følge opp nøyaktig når de først hadde sagt ja til å delta.

«det at jeg ikke har fulgt opp når jeg skulle, har vært litt belastende» (Informant nummer 6).

At informantene satt igjen med negative følelser omkring deltakelse, var ikke intensjonen. Men allikevel et nyttig resultat som kan benyttes i videre forbedringsarbeid.

5.2 Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter.

Tre undertemaer presenteres i dette hovedtemaet; Ekstra oppfølging/Tjenester til hjemmeboende «overvåket» målingene, Stolte på egenmålinger og Tverrfaglig samarbeid. Informantene ga i hovedsak uttrykk for at de følte en større grad av trygghet ved å ha deltatt i utprøving av digital hjemmeoppfølging.

5.2.1 Ekstra oppfølging / Tjenester til hjemmeboende «overvåket» målingene.

Følelsen av å få tettere oppfølging fra tjenesten, bidro til trygghet. En av informantene oppga tydelig å føle en trygghet ved at Tjenester til hjemmeboende hadde oversikt over målte vitalia allerede før de kom på morgenen.

«jeg har følt mer trygghet, for da kommer jo det inn og dere kan jo lese de meldingene som er der. Og mange av de som har kommet på morgenen har vært inne og sett har jeg forstått» (Informant nummer 1).

En informant var usikker på om målingene egentlig ble brukt til noe, selv om alle ble informert at de ble fulgt opp jevnlig av tjenesten.

«skal jeg være helt ærlig så følte jeg ikke at dere brukte det» (Informant nummer 2).

Trygghet ved at Tjenester til hjemmeboende var på tilbudssiden ved besøk, og at det var mulig å få veiledning og hjelp ved behov. Om spørsmål, hadde de også kontaktinformasjon til tjenesten, slik at de kunne ringe. En av informantene oppga trygghet som en motiverende faktor for å fortsette med digital hjemmeoppfølging om dette ble en mulighet. En av informantene opplevde det som trygt at Tjenester til hjemmeboende responderte på alarm, og tok kontakt ved måling utenfor oppsatte referanseverdier. Alle informantene utenom en, oppga at det følte trygt at Tjenester til hjemmeboende fulgte med på målingene. Denne ene, var samme informant som trakk seg fra

prosjektet underveis, og var usikker på om målingene ble benyttet til noe. De andre følte de fikk en ekstra oppfølging, som førte til trygghet.

«jeg følte det at jeg fikk ekstra oppfølging enn tidligere» (Informant nummer 1).

De fleste informantene hadde ingen negative tanker omkring at Tjenester til hjemmeboende kunne følge med på hva de gjennomførte av målinger og ikke.

5.2.2 Stolte på egenmålinger.

Egenmålingene, sammen med opplevelse av sykdomsfølelse, førte til at en av informantene tok kontakt med fastlege. En annen uttrykker at h*n stolte på målingene, og ville bruke de aktivt.

«jeg hadde jo kommet til å ringe enten hjemmesykepleien eller doktoren hvis jeg hadde seila veldig utenom det som var daglig» (Informant nummer 2).

Flere oppgir at stabile målinger, og oversikt over egne vitalia, førte til at det følte trygt. Daglige målinger og mulighet for egenvurdering av helsetilstanden førte til stor grad av trygghet. En informant valgte å ikke kontakte legevakt eller ambulanse ved subjektiv følelse av dyspné, da målingene førte til trygghet om stabil tilstand. Dermed unngikk både deltaker og helsetjenesten unødvendig belastning. Informanten beskrev det slik;

«det gir en trygghet at de målingene kommer opp. Til å begynne med her var jeg veldig trang for pusten. Og når jeg tok målingene med volum i blodet og det lå oppunder det normale syns jeg det var veldig trygt og godt» (Informant nummer 4).

Målingen viste seg å være nyttig for informantene, og ble brukt til å vurdere egen helsetilstand ved noen anledninger.

5.2.3 Tverrfaglig samarbeid.

Innenfor prosjektgruppen var det tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og fagarbeidere. Informantene hadde ikke mottatt noen informasjon om ulike profesjoner, og ga ingen tilbakemelding på dette området. Tverrfaglig samarbeid, og tettere oppfølging fra helsevesenet, ga i stor grad følelse av trygghet.

Det var noen ulike tanker omkring tverrfaglig samarbeid med fastlegen. Flere av informantene syntes det var veldig fint at Tjenester til hjemmeboende samarbeidet med, og informerte fastlegen.

«det var en dag jeg fikk beskjed fra at dere hadde oversendt prøvesvarene mine til, og det er fastlegen min. Det kunne jo ikke bedre være» (Informant nummer 4).

En informant oppga å føle det var lite samarbeid med fastlege, og at det førte til utrygghet. En av informantene mente at prosjektet og fastlegen var to separate saker, og ga uttrykk for å ikke ønske at det var et samarbeid. Følelse av ivaretagelse og trygghet, også gjennom tverrfaglig samarbeid, ble fra de fleste informantene satt pris på.

Andre var ikke opptatt av dette samarbeidet. En av informantene involverte selv fastlegen i prosjektet, ved å medbringe iPad og vise fram vitale målinger på avtalt legetime.

Tverrfaglig samarbeid påvirket og opplevdes altså ulikt, både i positiv og negativ retning.

5.3 En annerledes hverdag.

Alle informantene oppga at deltakelsen påvirket hverdagen, på en eller annen måte. Dette tredje hovedtemaet er delt i tre undertemaer; Brukte målingene som støtte for å vurdere egen helsetilstand, Strukturerte hverdagen, Gjorde en forskjell for andre/Følte seg nyttig, og sett.

5.3.1 Brukte målingene som støtte for å vurdere egen helsetilstand.

En av informantene hadde stor nytte av å måle vitalia, og bruke for å vurdere helsetilstand. H*n kunne på bakgrunn av dette planlegge hvordan dagen kunne bli.

«når blodtrykket er høyt virker jeg å være ok, og som jeg sa kan jeg gå en tur. Ikke så langt, og jeg kan bære med meg noen ting» (Informant nummer 8).

H*n opplevde dermed en bedre hverdag, og visste at målingene var veiledende for planlegging av fysiske aktiviteter for den dagen. Flere av informantene oppga å være usikker på habituelle målinger, og fikk med deltakelse en oversikt over dette. Innsikt i egen sykdom, og habituelle målinger, var for en av informantene viktig. Ved å se at målingene var stabile, vurderte h*n helsetilstanden til å være tilfredsstillende. En av informantene så en tydelig sammenheng mellom symptomer og målte vitalia, som f.eks. lavt blodtrykk og svimmelhet.

«nå kan jeg se selv, og det er kjempebra for jeg kan sjekket det og det laveste jeg har målt tror jeg er 112-111, og da var jeg svimmel». (Informant nummer 8)

Informanten ble mer bevisst på sin egen helsetilstand. Det var flere faktorer hos denne informanten, som begrenset aktivitetsnivået. Målingene medførte at h*n kunne gjennomføre aktiviteter tilpasset sitt nivå, for akkurat den dagen.

«jeg har lært mye om meg selv, hva jeg kan gjøre, og ikke gjøre». (Informant nummer 8)

En av informantene fikk bistand av pårørende til å vurdere målingene, samtidig som egenvurdering føltes trygt. På bakgrunn av målinger valgte denne informanten å avvente kontakt med helsevesenet ved symptomer, og dermed spare h*n seg selv for ekstra belastning. En av informantene oppga at egenmålingene skapte noe usikkerhet omkring om målingene var korrekte. Denne informanten var interessert i egenmålinger, og brukte de aktivt i hverdagen.

«jeg syns det kan være litt artig å se på de målingene sånn over uke og måned, for da ser jeg om det kan være noen mønster i det» (Informant nummer 1).

H*n bestilte ved en anledning legetime på bakgrunn av målte vitalia, og vurderte egen helsetilstand til behov av helsehjelp. Flere av informantene oppga å ha vært i kontakt med fastlegen, men ingen økning i frekvens. Resultatene viser en forskjell med tanke på hvor mye målingene og informasjon

ble benyttet for å vurdere egen helsetilstand. En av informantene overlot ansvaret til helsetjenesten, og beskriver det på denne måten.

«jeg var ikke så flink til å følge med på hva som kom på disse målingene hver dag»
(Informant nummer 3).

Informanten fortalte at h*n gjorde vurderinger av egen helsetilstand i andre situasjoner, ved egen observasjon av symptomer, som f.eks. å ta diuretika ved ødemer i bena. De vitale målingene ble ikke tatt hensyn til, men informantene ble i ettertid oppmerksom på at ved et tilfelle av synkope, var hjertefrekvens målt til å være lav.

Kunnskap om faktorer som kunne påvirke vitale målinger, var hos flere av informantene nokså god. Om de utførte unormale målinger, kunne de angi at det trolig var påvirket av stress, fysisk aktivitet eller å ha drukket kaffe. De kunne følge med på sine egne målinger, men graden av vurdering av dataene varierte.

5.3.2 Strukturerte hverdagen.

Flere av informantene følte dagene deres ble strukturert ved å delta i prosjektet. En av informantene oppgir å delta i prosjektet opplevdes som en viktig arbeidsoppgave. Det å føle at man har noe fast å gjøre for dagen opplevdes som en god rutine og start på dagen. Det å ha noe å gjøre ble også oppgitt som motivasjon til å eventuelt fortsette med digital hjemmeoppfølging. To av informantene beskrev det på denne måten;

«på en måte så har jeg jo måtte huske dagene. Mandag, torsdag, da skal jeg veie meg. Ellers hver dag, alt det andre» (Informant nummer 7).

«jeg synes det har vært veldig ålreit, da jeg føler at jeg har et program som jeg må følge, nå må jeg opp da og da. Og styrer hele dagen etter det» (Informant nummer 3).

En av informantene, som følte prosjektet belastende, beskrev det slik

«jeg tok det jo til faste tider, og en blir låst skjønner du» (Informant nummer 2).

Selv om det var en fast rutine, opplevdes det ikke som noe positivt for denne informanten. Denne informanten valgte å avbryte deltakelsen etter 2 måneder, og følte at da var det nok. Noen opplever faste rutiner, som en forpliktelse, og en belastning. Grad av sykdomsaktivitet kan ha vært avgjørende, da denne informanten ikke følte det passet for h*n å delta.

5.3.3 Gjorde en forskjell for andre / Følte seg nyttig, og sett.

Det ble gitt uttrykk for at flere var glade de deltok, og at dette kunne være noe som ville komme til nytte for andre. Det å føle at man er til nytte for seg selv og andre, er en positiv følelse for de fleste. En av informantene fortalte at forskning er viktig, for å hjelpe andre.

«jeg føler at jeg har vært litt til nytte for den som skal bruke dette her» (Informant nummer 3).

Det var hovedårsaken til at h*n ønsket å delta. I tillegg føltes deltakelsen i prosjektet som positivt for informanten, ved at h*n fikk en bedre oppfølging, og dermed ble sett.

Flere av informantene sier de var takknemlig for å bli spurt om å delta. De følte seg som en viktig brikke i denne utprøvingen, og håpet de kunne være til nytte for andre. Informanten som avbrøt etter to måneder sa også at h*n var takknemlig, og at det å måle kroppsvekt var viktig for h*n for å følge med på sykdomsutviklingen. Å være til nytte for andre, ble også oppgitt som en motiverende faktor. Det ble en del av hverdagen, og føltes ikke som noen belastning, ifølge en av informantene. En annen sier at h*n jo har fått så mye hjelp fra tjenesten, at h*n følte for å gi noe tilbake. Ved å være selvstendig i egenmålinger, føltes også som en avlastning for tjenesten, og dermed en nytteverdi både for seg selv og Tjenester til hjemmeboende.

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg bruke forskning, faglitteratur og erfaringer til å diskutere funn og resultater som ble presentert i kapittel 5. Resultatene er presentert i tre temaer, med tilhørende undertemaer. I diskusjonen tar jeg utgangspunkt i de tre temaene som er presentert i kapittel 5: Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret. Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter, og En annerledes hverdag. Dette vil jeg bruke for å forsøke å besvare hensikten med studien: Hvilke erfaringer har hjemmeboende hjertesviktpasienter med digital hjemmeoppfølging? Spørsmålene jeg ønsket svar på var om deltakelse i prosjektet påvirket trygghet og egenomsorg. Videre forskningsspørsmål er om informantene brukte egenmålingen til å vurdere egen helsetilstand, og om de klarte å nyttiggjøre seg utstyret og informasjonen de fikk om symptomer som kunne være tegn på forverring av sykdom?

6.1 Erfaringer med opplæring og bruk av utstyret.

Deltakerne i prosjektet hadde ulike forutsetninger for deltakelse, og noen var trolig for svekket av sin alvorlige hjertesvikt. De oppgir at informasjon og opplæring følte viktig, og var motiverende for deltakelse. Det ble ikke tatt hensyn til klassifisering, eller grad av hjertesvikt ved rekruttering. Da pasientene har ulike forutsetninger, er det viktig å veilede pasientene individuelt. Resultatene viser at opplæringen burde vært mer individualisert, ut ifra ulike behov. Det er viktig at informasjonen fra helsepersonell er enkel å forstå. Kompetanse om helsekommunikasjon blant helsepersonell viser seg å ha betydning for fremming og hemming av helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er viktig å snakke tydelig, unngå sjargonger og få pasienten til å oppsummere hva som ble formidlet. Dette for å sikre at det som blir kommunisert blir forstått.

En av sykepleierens roller er å undervise og veilede pasienter for å bidra til økt trygghet og egenomsorgsevne. Stubberud & By (2022) har sammenfattet en egenomsorgsintervensjon som kan bidra til å forebygge forverring og redusere symptomer. Dette omfatter blant annet daglig gjennomføring av vitale målinger som puls, blodtrykk og vekt.

Det kom fram at noen hadde problemer med det tekniske utstyret, men ingen problemer som ikke ble løst. Nærmest ingen hadde behov for hjelp til målingene, mens noen fikk hjelp av ektefelle eller

andre nære til å stramme blodtrykksmansjetten. De forklarte dette med at de jo var der, men at de ville klart det selv om de var alene. Det er naturlig å involvere nære pårørende i behandlingen, noe som kan gi innsikt og øke forståelsen for sykdommen. Det var for noen uklart hvilke dager ulike målinger skulle gjennomføres, i starten av prosjektet.

Det ble brukt en meldingstjeneste til hver og en deltaker fra forskningsgruppen via Ipad, som i varierende grad ble brukt av deltakerne. Her kunne man muligens løst enkle problemer som oppsto underveis om opplæringen hadde vært bedre tilpasset den enkelte deltaker.

Grunnet språkproblemer ble ikke informasjonshefte eller meldingstjenesten benyttet hos en av informantene. Dette var en svakhet som burde blitt oppdaget og korrigert tidligere i forløpet.

Trolig vil høyere digital kompetanse ha nytteverdi for bruk av de andre funksjonene, som praktisk bruk av nettbrett. Denne kompetansen viste seg å ikke ha betydning for gjennomføring av målingene. Informantene synes deltakelsen var enklere enn de hadde forventet. Ifølge «Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) kan det være en utfordring for de med lav digital kompetanse å tilegne seg bedre helsekompetanse. Dette gjelder, ifølge strategien, enkelte innvandrergupper og personer med kognitiv svikt. Tiltak for å bedre helsekompetanse må derfor tilpasses målgruppen, eller deltageren i studien. Manglende kunnskap om e-helse blant pasientene fører til at helsepersonell har en viktigere rolle i forhold til opplæring i å håndtere dette (Stubberud & By, 2022)

Flere av disse utfordringer kan man gå ut ifra kunne vært korrigert underveis med tettere eller oftere oppfølging. Da ville behovet for flere ressurser vært til stede, og mer direkte involvering av prosjektleder. Tettere involvering hadde vært uheldig med tanke på den videre studien, og for å unngå påvirkning i en retning som forsker ønsket.

Løsningene må være tilpasset, og brukervennlige, for å kunne implementere velferdsteknologi på en bedre måte (Hauvik & Eines, 2019). Dette gjelder både for brukere og ansatte i tjenesten. Noen følte deltakelsen som belastende, noe som absolutt ikke var intensjonen. Belastningen ved at de følte deltakelsen som en forpliktelse kan ha bidratt til mer fysisk og psykisk stress enn nytte. Samtidig er dette en god erfaring og en bekreftelse på at dette er en løsning som trolig ikke passer

for alle. En bedre kartlegging av deltakerne ved rekruttering med tanke på hvor alvorlig syke de var, kunne forhindre dette. Følelsen av plikt og belastning er noe disse syke brukerne burde slippe.

6.2 Deltakelse i prosjektet påvirket trygghet på ulike måter.

Resultatene i min studie viser at informantene følte de fikk ekstra oppfølging, som førte med seg en form for økt trygghet. De visste at Tjenester til hjemmeboende hadde oversikt over vitale målinger, og i tillegg kunne de vise til målingene de hadde utført når Tjenester til hjemmeboende kom på oppdrag. God informasjon og opplæring førte i stor grad til trygghet, men i noen tilfeller opplevde noen av informantene utrygghet rundt opplæringen og informasjonen som ble gitt. Dette viste seg spesielt hos de som var ekstra oppmerksomme på egne målinger. Når noe var kommunisert uklart ga flere uttrykk for at de følte utrygghet. Igjen ser vi hvor viktig det er med god helsekommunikasjon. Ifølge Stubberud & By (2022), kan følelse av utrygghet og angst redusere egenomsorgsevnen til hjertesviktpasienter.

Dorothea Orem (Renpenning et al., 2003) sin egenomsorgsteori beskriver akkurat dette, og at behovet for sykepleie oppstår når egenomsorgsevnen svikter. Menon-rapporten (Skogli E. et al., 2021) understreker at underkapasitet på helsepersonell vil skape problemer mellom behov og tilbud, noe som igjen viser viktigheten av å øke egenomsorg og helsekompetanse blant befolkningen. Sykepleie, i form av undervisning for å øke kunnskap omkring sykdommen, kan være et aktuelt tiltak. Målet blir å styrke pasientenes egne ressurser til å ivareta egenomsorgsevnen (Stubberud & By, 2022).

Ifølge Helsedirektoratets sluttrapport for utprøving av digital hjemmeoppfølging (2021), viser foreløpige resultater at utprøvingen har ført til økt trygghet og mestring for deltakerne. Trygghet er en forutsetning for å kunne ta ansvar for egen helse, og et grunnleggende behov for alle mennesker. Dette er forklart i Maslows behovspyramide, og er etter fysiologiske behov som søvn, mat og drikke, et av våre viktigste behov (Imsen, 2020). Behovet for trygghet er ifølge Maslow viktigere for oss mennesker enn behovet for sosialisering.

Informantene i min studie var ikke så opptatt av tverrfaglig samarbeid, men samtidig uttrykte noen av informantene begeistring for at fastlegen var inkludert og underveis i prosjektet ble informert om resultater. Ved gjennomføring av prosjektet var det erfaringsmessig lite interesse for tverrfaglig

samarbeid fra fastlegene sin side. Rapporten (Helsedirektoratet, 2021) viser til at digital hjemmeoppfølging førte til en bedring i tverrfaglig samarbeid, noe som derfor viser seg å samsvare dårlig med mine funn. Noen kom med tilbakemelding angående sine pasienter da de ble informert om prosjektdeltakelsen, mens enkelte ga uttrykk for å ikke forstå hensikten. Hvorfor informasjonen ut til legene ikke vekket interesse eller forståelse er noe uklart, men her kan det være at prosjektleder/forsker ikke har kommunisert godt nok. Dette kan ha konsekvenser for videre implementering av arbeidsmetoden som nå er anbefalt for personer med kroniske sykdommer og langvarige sammensatte tjenester (Helsedirektoratet, 2022a). Pasientgruppen som har behov for langvarige sammensatte tjenester, og har kroniske sykdommer, er i målgruppen til AKS-utdanningen, og det er ikke utenkelig at utvikling av denne rollen kan bidra til en mer tverrfaglig arbeidsmetode. I utgangspunktet er vi avhengig av å jobbe tverrfaglig rundt pasientene for å få fram ulike tilnæringsmåter for bedre behandling. Ved å jobbe tverrfaglig kan man kartlegge og behandle ulike årsaker til symptomene som oppstår, mot et felles mål (Næss & Helbostad, 2012). Ulik kompetanse og faglig bevissthet som benyttes i møte med disse pasientene vil sikre en tryggere hverdag (Næss & Helbostad, 2012). Videre skriver Næss & Helbostad (2012) at samhandlingen rundt pasientene må organiseres slik at spesialisthelsetjenesten samarbeider med helsepersonell i kommunen, og med det øke livskvaliteten til pasientene. For å utarbeide f.eks. egenomsorgsplaner som inkluderer medikamenter er vi avhengig av å få fastlegen med på samarbeidet.

I ESC sine siste retningslinjer fra 2021 blir telemonitorering beskrevet som nyttig (Stubberud & By, 2022). Effekten i forhold til blant annet reinnleggelser er her beskrevet som noe uklar, og at det er behov for mer forskning på feltet. At livskvaliteten til pasienten øker er beskrevet som en effekt når det kombineres med tradisjonell oppfølging. Fairbrother et al. (2014), beskriver at Digital Hjemmeoppfølging er populært og at det fører til trygghet for pasientene. Samtidig er det en bekymring for om dette vil føre til økt arbeidsmengde for helsepersonell. Dette stemmer godt overens med egne erfaringer, både tverrfaglig, og innen personalgruppen i kommunen prosjektet ble utført. Ved å innføre digital hjemmeoppfølging som en arbeidsmetode bremses forverring av helsetilstand hos kronisk syke (Helsedirektoratet, 2022a).

Helsedirektoratets rapport om digital hjemmeoppfølging (2021) konkluderer med at følelse av tettere oppfølging og trygghet førte til mestring i hverdagen. Ifølge denne rapporten har vi fått et godt kunnskapsgrunnlag for å uttale oss om fordelene ved innføring av digital hjemmeoppfølging.

Digital hjemmeoppfølging viser seg å føre til en økt forståelse, og mestring av egen sykdom. I tillegg viser utprøvingen å gi økt trygghet og tilfredshet blant deltakerne. Disse fordelene kan ansees å være såpass store at de må vurderes opp imot ulempene med økt arbeidsmengde. En økt innsats kan trolig gi en positiv gevinst i andre enden, både for pasientene og samfunnsøkonomisk. Med bedre helsekompetanse og egne helsevurderinger følger mindre arbeidsbelastning på fastlegene. Det blir derfor viktig å kommunisere dette ut til helsepersonell for å øke motivasjonen til å gjøre en innsats for innføring.

En rykende fersk rapport, om gjennomgang av allmennlegetjenesten, ser blant annet på alternative løsninger som kan avlaste fastlegene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Her forslår de blant annet at en oppgaveforskyvning, og at enkelte arbeidsoppgaver kan utføres av annet helsepersonell, som er kompetente. Det henvises også til forsvarlighetskravet, som er med på å sette grenser for hvem som kan utføre hvilke oppgaver. Helsepersonell skal utføre faglig forsvarlig helsearbeid ut ifra kvalifikasjoner (Helsepersonellloven - hpl, 1999, § 4). At helse- og omsorgstjenester skal utøves forsvarlig er også beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 (1999). En AKS med breddekompetanse kan f.eks. gjøre egne vurderinger og dermed avlaste legene. Fållun et al. (2013) påpeker også dette behovet for spesialkompetanse ved oppfølging av hjertesviktpasienter. Alle som jobber inne helse- og omsorgstjenesten skal sørge for at virksomheten jobber for å bedre kvaliteten (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011, § 4-2). I et høringsvar til Helsekommisjonen anbefales det å se på AKS sine muligheter til utvidede rettigheter innen forskrivnings- og henvisningsrett (Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS), 2023). Her ber de helsekommisjonen se til internasjonale modeller for «Nurse Practitioners», for å kunne bidra med oppgaveavlastning for fastlegene.

Det er viktig at hjemmebaserte tjenester tilpasser sine retningslinjer ut ifra de eldre sine ønsker om å ta egne beslutninger (Silverglow et al., 2021). Tjenesten må lytte til de eldre og avdekke hvilke faktorer som fører til trygghet. Ifølge samme studie er det å kunne påvirke egenomsorg en faktor som bidrar til trygghet. Avstandsoppfølging kan bidra til å gi brukerne økt følelse av trygghet og egenkontroll i situasjonen (Hauvik & Eines, 2019).

Informantene i min studie var av ulike kjønn, alder og sivilstatus. I tråd med mine funn påvirket ikke kjønn og sivilstatus følelsen av trygghet, noe som underbygges av studien til Silverglow et al. (2021).

6.3 En annerledes hverdag.

En av informantene opplevde en bedre omsorgsevne etter deltakelse i prosjektet. Dette støttes av forskning, som viser at strukturert oppfølging, med pasientdeltakelse, fører til en bedre egenomsorgsatferd (Näsström et al., 2014; Näsström et al., 2015).

Det å vurdere egen helsetilstand kan sees på som egenomsorg, og er tett knyttet opp mot begrepet helsekompetanse. Det å ha dårlig helsekompetanse viser seg å øke både mortalitet og risiko for sykehusinnleggelse (Fabbri et al., 2020). I min studie var flere av informantene preget av alvorlig sykdom og samtidig komorbiditet. Man kan derfor stille spørsmål ved om de kunne nyttiggjøre seg målingene til å vurdere egen helsetilstand. Målet må være å øke helsekompetansen blant befolkningen generelt for å forhindre unødvendig bruk av ressurser og for tidlig død.

For å øke helsekompetanse er det viktig å etablere begrepet «Helsekompetanse», og kartlegge helsekompetansen blant befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Deretter må det økes kunnskap om helsekompetanse blant helsepersonell ved å drive opplæring, og inkludere dette i helsefaglige grunnutdanninger. Det kan samtidig være utfordrende for eldre å vurdere egen helsetilstand da årsakene ofte er sammensatte (Brodtkorb, 2014). Det kan være vanskelig å forstå hva som forårsaker symptomene. Dickson et al. (2011) sin forskning viser at komorbide hjertesviktpasienter er sårbare for redusert egenomsorg, og det er behov for å øke ferdigheter for å ivareta sin egen helse. Videre skriver Brodtkorb (2014) at puls og blodtrykk vil øke om hjertesvikt ikke behandles, samtidig som arytmi kan palperes og være en årsak til forverring av sykdom. Digital hjemmeoppfølging kan være en slik ferdighet, som ifølge Hoban et al. (2013) fører til færre reinnleggelser. Samtidig viser Stubberud & By (2022) til at effekten på dette området er noe usikker.

Egenomsorg avhenger også av motivasjon (Kirkevold, 2014). Videre skriver Kirkevold at for mange syke eldre er det å kunne bo hjemme, og være selvhjulpen, er en motivasjon for god egenomsorg (2014). Samtidig viser forskning (Jaarsma et al., 2021) at det kan være vanskelig å følge gode råd og opprettholde god egenomsorg for disse pasientene. Dette kan være på grunn av manglende motivasjon, evne eller støtte. Det blir viktig å kommunisere ut de positive helsegevinstene og fordelene med digital hjemmeoppfølging, for å øke motivasjonen.

Det kom tidlig fram i intervjuene at grad av digital kompetanse fra tidligere var lite avgjørende for hvordan mestring av de daglige oppgavene ble utført. Alle informantene fikk samme informasjon og opplæring ved oppstart av prosjektet. Hvordan resultatene ble utnyttet og tolket av den enkelte var derimot noe ulikt. Det var frykt for å trykke på noe feil, og uvitenhet rundt funksjoner, som oftest hindret informantene i å involvere seg mer enn nødvendig. En informant kunne bedre planlegge dagen sin ut ifra vitale målinger utført på morgenen. H*n lært seg bedre hva kroppen kunne tåle, og ervervet seg en bedre egenomsorg og helsekompetanse.

Det å få en struktur på hverdagen opplevdes av informantene som noe positivt, og de følte de bidro med noe nyttig for seg selv, og ikke minst for andre. Strukturert og personsentret omsorg er forbundet med bedre egenomsorgsadferd (Näsström et al., 2015). Det å føle seg sett, og til nytte for seg selv og andre, kan muligens motvirke depresjon, og dermed gi en bedring i livskvaliteten til deltakerne. Hjertesvikt reduserer til en viss grad livskvaliteten, og depresjon kan oppstå som en følge av somatisk sykdom (Stubberud & By, 2022). Lett depresjon kan i tillegg til å begrense livsutfoldelsen, forsterke patofysiologiske prosesser i kroppen og dermed forverre sykdommen (Stubberud & By, 2022). Forskning tilsier at depresjonssymptomer direkte kan påvirke selve utviklingen av hjerte- og karsykdommer, og at det kan ha sammenheng med livsstil (Gustad, 2015). Usunt kosthold, røyking, alkohol og lite aktivitet bidrar til hypertensjon, økt BMI og hyperkolesterolemi. Dette er de viktigste faktorene i utvikling av inflammasjon og aterosklerotiske prosesser i kroppen som bidrar til blant annet hjerte- og karsykdommer. Depresjon og angst påvirker biologiske prosesser for kardiovaskulær funksjon hos pasienter med hjertesvikt (Chapa et al., 2014). Via aktivering av hypothalamus-hypofyse-binyreaksen, autonom dysregulering og aktivering av cytokinkaskader og blodplater endres nevrohormonell funksjon (Chapa et al., 2014). Depresjon og hjertesvikt har noen av de samme symptomene, som f.eks. tretthet og energitap. Flere somatiske sykdommer, og bruk av legemidler øker i tillegg risikoen for utvikling av depresjon (Wyller, 2015). Hjertesvikt nevnes av Wyller (2015) blant disse. Bruk av betablokker, som de fleste hjertesviktpasienter erfaringsmessig benytter, disponerer også for utvikling av depresjon skriver Wyller (2015). Videre skriver han at så mange som 12-19 % av eldre har depressive symptomer, og at dette ofte kan relateres til tap. Tap av funksjon og helse kan sees på som årsak. Eldre er mer sårbare, og dermed dårligere rustet til å håndtere tapene de påføres (Wyller, 2015). Det blir derfor viktig å være oppmerksom på at symptomer som ofte kan ha somatisk årsak kan være tegn på depresjon. På denne måten kan depresjon kartlegges og behandles. Ubehandlet depresjon kan

føre til at den kronifiseres, og er assosiert med 2-3 ganger økt mortalitet (Wyller, 2015). I Gustad (2015) sin doktorgradsavhandling konkluderes det også med viktigheten av å vurdere symptomer på depresjon for å forebygge hjerte- og karsykdommer. Informantene i denne studien hadde allerede diagnosen hjertesvikt, og de kunne derfor ikke forebygge dette. Ved å føle seg til nytte og sett av andre, som flere oppgir i denne studien, kan dermed påvirke den psykiske helsen. Deltakelsen kunne dermed om mulig forebygge forverring av hjertesvikt, og fare for død.

I Helsedirektoratet (2021) sin rapport fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging konkluderes det med at deltakerne som er fulgt har opplevd økt trygghet og bedret mestring av sin situasjon. I samme rapport er det gitt uttrykk for at egenbehandlingsplan har vært til stor nytte for å holde seg friske. Ifølge Stubberud & By (2022), kan også nære pårørende oppleve en mestring i å vurdere dette sykdomsbildet. Pårørende får økt kunnskap om tilstanden, også når det gjelder legemidler og sykdomsbildet. Helsedirektoratets rapport (2021), underbygger denne påstanden. Pårørende opplever både avlastning og støtte ved at sine nærmeste følges opp. Dette føles trygt, og de opplever å få en bedre forståelse for situasjonen.

I en nyere studie utført av Ina Marie Thon Aamodt (2021), gjennomført i Norge og Litauen, var hovedhensikten å øke kunnskapen om helsepersonell og hjertesviktpasienters erfaring med telemonitorering som støtte til egenomsorg. Denne studien innebar bruk av telemonitorering i tillegg til å føre en symptomdagbok i 30 dager etter hjemkomst fra sykehuset. Helsepersonell som deltok hadde ingen erfaring med digital hjemmeoppfølging, og hun henviser til flere undersøkelser blant annet i Sverige og Japan som antyder det samme. Med det faktum at det er viktig med helsefaglig oppfølging for disse pasientene, vil det si at denne kompetansen blant helsepersonell må økes. Ingen av pasientene som deltok i hennes studie hadde erfaring med telemonitorering fra tidligere. Interessant var det at de ved utskrivelse fra sykehuset hadde en lavere egenomsorg enn forventet, men at de etter 30 dager hadde økt egenomsorgsatferd. En mulig forklaring på dette kan ifølge Thon Aamodt (2021) være at deltakelsen førte til økt refleksjon og beslutningstaking i løpet av prosessen. Thon Aamodt (2021) påpeker også viktigheten av å innføre nye intervensjoner da det blir utfordrende med tradisjonell oppfølging med økende antall pasienter, og mangel på helsepersonell. Konklusjonen var at pasientene som deltok i denne studien bedret sin egenomsorgsatferd, noe som også var av hensikt å belyse i min studie.

6.4 Diskusjon av metode.

Metoden som ble valgt er ansett som godt egnet til å få svar på problemstillingen. Det kan trekkes konklusjoner ut ifra resultater og diskusjon av disse, opp imot erfaringer og faglitteratur. Noe som blir synlig i etterkant er at informantene med fordel kunne blitt intervjuet tidligere i prosessen, for så å gjenta etter endt prosjekt. Samtidig hadde jeg som prosjektleder og forsker da kunnet påvirket resultatet. Allikevel ville det vært mulig å rette opp i misforståelser og dermed kunne utnyttet flere av mulighetene og funksjonene som finnes innen digital hjemmeoppfølging, som f.eks. symptomdagbok, eller bruk av egenbehandlingsplaner. Rekrutteringen kunne, hvis tidsperspektivet var lengre, med fordel blitt gjort på en annen måte. Da forsker ringte mulige informanter kan de ha følt seg presset til å delta, selv om dette ble forsøkt ivaretatt. Dette kan ha vært uheldig og påvirket muligheten for frivillig deltakelse. Samtidig ble de informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien så det ansees allikevel som ivaretatt. Mulige informanter ble ringt allerede før prosjektet var over da forsker fikk begrenset mulighet til å gjennomføre intervjuer første uken i januar 2022. Prosjektet nærmet seg slutten, og selve gjennomføringen ble trolig ikke påvirket av denne telefonkontakten. De forskningsetiske prinsippene ansees som ivaretatt gjennom studien. Intervjuteknikken kunne vært forbedret ved å gjennomføre et intervju, for så å gjennomføre resten etter tilbakemelding fra veileder. Etter transkribering valgte jeg å skrive ut kodet tekst med ulike skriftfarger. Disse klippet jeg så fra hverandre for å sortere i ulike temaer. I ettertid ser jeg at valg av gul skriftfarge, og skriftstørrelsen 12, ikke var helt heldig. Det ble vanskelig materiale å håndtere. Grunnet skrøpeligheit, og ulik alvorlighetsgrad av sykdommen, er nok ikke digital hjemmeoppfølging noe som passer for alle. Det opplevdes belastende, og mulighet for økt helsekompetanse kan være noe begrenset.

Reliabilitet ansees som godt ivaretatt i denne studien. Forskningsprosessen føles å være godt gjort rede for, og dermed transparent.

Validitet kan ansees som begrenset da dette er et lite prosjekt med få deltakere. Samtidig var informantene godt fordelt med tanke på alder, kjønn og sivilstatus. Dette kan styrke generaliserbarheten av studien. Resultatene underbygges i stor grad av forskning og faglitteratur på området.

7 Konklusjon

For å kunne ta egne valg, og bruke vitale målinger til vurdering av egen helsetilstand, viser det seg å være viktig med god egenomsorg som er korrelert med begrepet helsekompetanse. For å bedre helsekompetansen kan det innføres systemrettede tiltak, som har indirekte påvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Man kan bruke frivillige og pasientorganisasjoner for å få tiltak bedre tilpasset målgruppen. På individnivå er det ulike kampanjer om livsstilsråd, eller direkte rettet mot ulike pasientgrupper, som kan styrke helsekompetansen.

Det er noe usikkert i hvor stor grad digital kompetanse er avgjørende, samtidig som alvorlighetsgrad av sykdom kan virke å være utslagsgivende på gjennomførbarheten, og evnen til å tilegne seg bedre helsekompetanse. Forskning på fagområdet, og denne studien, viser at digital hjemmeoppfølging fører til en viss grad av forbedret egenomsorgsevne og økt trygghet ved at man blir fulgt opp tettere av tjenesten. Erfaringer fra studien viser at informantene kunne hatt behov for mer oppfølging i starten for å kunne nyttiggjøre seg bredden i tjenesten bedre. Misforståelser kunne vært rettet opp på et tidligere tidspunkt, men samtidig hadde ikke forsker mulighet å være tettere på i denne fasen for å ikke påvirke studien som skulle gjennomføres i etterkant.

Når informantene var trygge på den praktiske delen av å gjennomføre vitale målinger kunne man med fordel lagt til en symptomdagbok, og/eller egenbehandlingsplaner. Dette ville ført til en mer involvering i egen sykdom. Dette kan og bør jobbes videre med, og studien er derfor en viktig implikasjon for videre praksis. Informantene er skrøpelige, eldre og med alvorlig sykdom. Dette fører kanskje til noen begrensninger i hvilke resultater som kunne forventes å oppnå. Samtidig ser vi at bedre psykisk helse forebygger, og kan hindre forverring av kronisk sykdom. I forhold til problemstillingen og hensikten med studien vil jeg si at informantene opplevde en viss grad av økt trygghet og egenomsorg ved å bruke en ny intervensjon. Økt fokus på egen helse, og egenomsorg, kan dermed gjøre at disse pasientene får økt helsekompetanse. Funnene ansees derfor som klinisk relevante. En bedre tverrfaglig samhandling rundt denne arbeidsmetoden vil i framtiden være en stor fordel. Velferdsteknologi, og digital hjemmeoppfølging, vil i årene som kommer bli et viktig bidrag for å møte det økte behovet for helsetjenester.

Referanser/litteraturliste

- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brodtkorb, K. (2014). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Chapa, D. W., Akintade, B., Son, H., Woltz, P., Hunt, D., Friedmann, E., Hartung, M. K. & Thomas, S. A. (2014). Pathophysiological relationships between heart failure and depression and anxiety. *Crit Care Nurse*, 34(2), 14-25. <https://doi.org/10.4037/ccn2014938>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Dickson, V. V. P. C., Buck, H. P. R. N. C. & Riegel, B. D. R. N. F. F. (2011). A Qualitative Meta-Analysis of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions. *J Card Fail*, 17(5), 413-419. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.11.011>
- Dudas, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M. & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521-528. <https://doi.org/10.1177/1474515112472270>
- Echeverry, L. M., Lamb, K. V. & Miller, J. (2015). Impact of APN Home Visits in Reducing Healthcare Costs and Improving Function in Homebound Heart Failure. *Home Healthc Now*, 33(10), 532-537. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000304>
- Fabbri, M., Murad, M. H., Wennberg, A. M., Turcano, P., Erwin, P. J., Alahdab, F., Berti, A., Manemann, S. M., Yost, K. J., Finney Rutten, L. J. & Roger, V. L. (2020). Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail*, 8(6), 451-460. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.11.007>
- Fagerström, L. M. (Red.). (2019). *Avansert Klinisk Sykepleier*. Gyldendal Oslo.
- Fairbrother, P., Ure, J., Hanley, J., McCloughan, L., Denvir, M., Sheikh, A. & McKinstry, B. (2014). Telemonitoring for chronic heart failure: the views of patients and healthcare professionals - a qualitative study. *J Clin Nurs*, 23(1-2), 132-144. <https://doi.org/10.1111/jocn.12137>
- Fålnun, N., Instenes, I. & Norekvål, T. M. (2013). Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Sykepleien*, 101(13), 68-70. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0127>
- Global Self-Care Federation. (2022). *What is self-care?* <https://www.selfcarefederation.org/what-is-self-care>
- Gullestad, L. (2015). Hjertesvikt. Hva er nytt? *Indremedisineren*, 03. <https://indremedisineren.no/2015/10/hjertesvikt-hva-er-nytt/>
- Gustad, L. T. (2015). *Associations of depression and anxiety symptoms with cardiac function and cardiovascular disease in the general population A linkage between the HUNT population study, hospital data and cause-of death register* [Philosophiae doctor, NTNU].
- Hauvik, S. & Eines, T. F. (2019). Slik kan ny teknologi gi økt trygghet i hjemmet. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (76626), e-76626. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76626>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Gjennomgang av allmennlegetjenesten. https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/forord>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Digital hjemmeoppfølging bremser forverring i helsetilstanden hos personer med kronisk sykdom.* <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/digital-hjemmeoppfolging-bremser-forverring-i-helsetilstanden-for-personer-med-kronisk-sykdom>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Hurdalsplattformen - for en regjering utgått fra arbeiderpartiet og senterpartiet 2021-2025.* <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>
- Helseforskningsloven - hforskn. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonellloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hoban, M. B., Fedor, M., Reeder, S. & Chernick, M. (2013). The Effect of Telemonitoring at Home. 368. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e31829>
- Imsen, G. (2020). *Elevers verden : innføring i pedagogisk psykologi* (6. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Ivynian, S. E., Ferguson, C., Newton, P. J. & DiGiacomo, M. (2020). Factors influencing care-seeking delay or avoidance of heart failure management: A mixed-methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 108, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103603>
- Jeon, Y.-H., Kraus, S. G., Jowsey, T. & Glasgow, N. J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*, 10(1), 77-77. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-77>
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H.-P. B., Castiello, T., Celutkiene, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., Riegel, B., Rutten, F. H., Ben Gal, T., Bauersachs, J., Coats, A. J. S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L. H., Lainscak, M., Moura, B., Mullens, W., Piepoli, M. F., Rosano, G., Seferovic, P. & Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 23(1), 157. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Kirkevold, M. (2014). Personsentert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Martín-Lesende, I., Orruño, E., Bilbao, A., Vergara, I., Cairo, M. C., Bayón, J. C., Reviriego, E., Romo, M. I., Larrañaga, J., Asua, J., Abad, R. & Recalde, E. (2013). Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). *BMC health services research*, 13(1), 118. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-118>
- Matsuoka, S., Tsuchihashi-Makaya, M., Kayane, T., Yamada, M., Wakabayashi, R., Kato, N. P. & Yazawa, M. (2016). Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. *Patient Educ Couns*, 99(6), 1026-1032. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.003>
- Meraz, R. (2020). Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older Adults With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 35(1), 26-34. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000616>
- Mildestvedt, T., Meland, E., Hunskår, S. & Straand, J. (2013). Hjerte og kretsløp. I S. Hunskår (Red.), *Allmenntidning* (3. utg., s. 304-347). Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for avanserte kliniske allmenntidning (AKS). (2023, 22.04.2023). *Høringssvar til NOU: 2023-4 "Tid for handling" (Helsepersonellkommisjonen)*. <https://www.nsf.no/fg/avansert-klinisk-allmenntidning/nyheter/horingssvar-til-nou-2023-4-tid-handling>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrik vurdering og behandling - tverrfaglig samarbeid. I H. A. Nygaard & M. Bondevik (Red.), *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (3. utg.). Fagbokforl.
- Näsström, L., Jaarsma, T., Idvall, E., Årestedt, K. & Strömberg, A. (2014). Patient participation in patients with heart failure receiving structured home care--a prospective longitudinal study. *BMC health services research*, 14, 633. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0633-y>
- Näsström, L. M., Idvall, E. A. C. & Strömberg, A. E. (2015). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(5), 1384-1396. <https://doi.org/10.1111/hex.12120>
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pbl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2023-04-28-9). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Renpenning, K. M., Taylor, S. G. & Orem, D. E. (2003). *Self-care theory in nursing : selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.
- Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L. & Wijk, H. (2021). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nurs Open*, 8(1), 191-199. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>
- Skogli E., Halvorsen C. Aa., Vennerød Ø., Stokke O.M., Vikøren S. & E., K. (2021). *Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidige etterspørsel* (MENON-PUBLIKASJON NR. 142/2020). M. Economics. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-02/forberedt-pa-neste-krise-menon-rapport-2021.pdf>
- St.meld. nr. 28 (2014-2015). (2014). *Legemiddelmeldingen Riktig bruk - bedre helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>

- St.meld. nr. 29 (2012-2013). (2012). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Stubberud, D. G. & By, K. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I D. G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg., s. 401-430). Cappelen Damm AS, Oslo.
- Universitetet i Sør-Øst-Norge. (2023). *Datainnsamling og behandling av personopplysninger i studentprosjekter*, . Hentet 30.03.23. fra <https://min.usn.no/startside-student/tjenester-for-studenter/oppgaveskriving/datainnsamling-og-behandling-av-personopplysninger-i-studentprosjekt/>
- World Health Organization. (2019). *WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: sexual and reproductive health and rights*.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Aamodt, I. M. T. (2021). *Telemonitoring in Heart Failure to support Self-care - Perspectives of patients and health care professionals* [Philosophiae doctor, University of Oslo].