



**Högt blodtryck hos vuxna:
stöd för engagemang i egenvård**
Hotus-vårdrekommendation®

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BUNDENHETER

Ordförande

ANNE OIKARINEN, sjukskötare, HVD, docent (vårdvetenskap), yrkeslärarexamen, universitetslektor, Forskningsenheten för medicinteknik och hälsovetenskaper, Medicinska fakulteten, Uleåborgs universitet.

Medlemmar

JONNA JUNTUNEN, sjukskötare, HVM, Uleåborgs universitet, Medicinska fakulteten, Forskningsenheten för medicinteknik och hälsovetenskaper

KIRSI KIVELÄ, sjukskötare, HVD, expert på kunskapsbaserat ledarskap, chef för vårdarbete, Norra Österbottens välfärdsområde.

MARJUT LOUHELAINEN, FD, FM, yrkeslärarexamen, lektor inom hälsovårdssektorn, yrkeshögskolan LAB

MINNA YLÖNEN, sjukskötare, HVD, yrkeslärarexamen, administrativ överskötare, social- och hälsovårdstjänster, Egentliga Finlands välfärdsområde. Post doc-forskare, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo universitet.

LEILA PAUKKONEN, HVD, Uleåborgs universitet (medlem i arbetsgruppen fram till december 2024)

EVA-LEENA ANTERO-JALAVA, hälsovårdare, HVM, specialist i kliniskt vårdarbete, Social- och hälsovårdscentraltjänster, öppen hälso- och sjukvård, Egentliga Finlands välfärdsområde (medlem i arbetsgruppen fram till januari 2024, därefter medlem i expertgruppen)

Experter

EVA-LEENA ANTERO-JALAVA, hälsovårdare, HVM, specialist i kliniskt vårdarbete, öppen hälso- och sjukvård, Egentliga Finlands välfärdsområde (medlem i expertgruppen från och med januari 2024)

MARI BLEK-VEHKALUOTO, expert, Hjärtförbundet

NINA KEMILÄ, hälsovårdare, HVM, Koordinator för hälsofrämjande, Hälсотjänster, förebyggande och behandling av sjukdomar, Lapplands välfärdsområde

SANNA KREKU, hälsovårdare, koordinerande företagshälsovårdare, Mehiläinen Ab, arbetslivstjänster

JUTTA PELTONIEMI, MD, specialistläkare i allmänmedicin, administrativ överläkare, ansvarig läkare för smittsamma sjukdomar, social- och hälsovårdstjänster och tjänster för äldre, Egentliga Finlands välfärdsområde

PETRA SUONNANSALO, FD, HVM, forskarstuderande, universitetslärare, Uleåborgs universitet

ERFARENHETSEXPERTER: två personer med blodtryckssjukdom som har personlig erfarenhet av egenvård av blodtryckssjukdom

BUNDENHETER: Medlemmarna i arbetsgruppen och expertgruppen har inga bindningar till det aktuella ämnet som kunde ge dem ekonomiska fördelar eller påverka rekommendationernas tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

Innehåll

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BUNDENHETER	2
Inledning	5
Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp	6
Rekommendationens syfte och mål	6
Målgrupper	6
Centrala begrepp	6
Rekommendationsfraser	8
1. Vårdrelationen	8
2. Att stödja förutsättningarna för egenvård	9
3. Individuella faktorer som påverkar engagemang i egenvård	12
4.Handledningsmetoder som stöder egenvården	13
5. Stöd för psykiskt välbefinnande	17
6. Socialt stöd	17
7. Blodtrycksmätning hemma	18
Källor	19

Inledning

Högt blodtryck är den största globala riskfaktorn för insjuknande och förtida död¹. Obehandlat högt blodtryck skadar artärerna och ökar risken för allvarliga sjukdomar som hjärtinfarkt och cerebrovasculära sjukdomar. Den optimala blodtrycksnivån är under 120/80 mmHg. Man talar om högt blodtryck när blodtrycksnivån överstiger 140/90 mmHg.^{2,3} Av finländarna i åldern 30–79 år har cirka 1,5 miljoner diagnostiserats med blodtryckssjukdom, varav endast under 30 procent når den blodtrycksnivå som är målet, det vill säga under 140/90 mmHg⁴. Högt blodtryck orsakas av både ärftliga och livsstilsrelaterade riskfaktorer. De viktigaste påverkbara riskfaktorerna som kan ändras är överdriven saltkonsumtion, ohälsosam kost, övervikt, låg fysisk aktivitet, hög alkoholkonsumtion, rökning, dålig sömnkvalitet och långvarig stress. En livsstilsförändring som berör de levnadsvanor som hör samman med riskfaktorerna spelar en central roll och är den första åtgärden för egenvård av högt blodtryck.^{2,3}

Delaktighet i egenvård är en central faktor för att uppnå behandlingsmålet för blodtryckssjukdom^{3,5}. Engagemang i egenvård förutsätter av en person med blodtryckssjukdom aktiv och mål-inriktad verksamhet för att främja den egna hälsan och behandla det höga blodtrycket. Delaktighet är kopplat med den egna motivationen, orken, mångsidig kunskap om sjukdomen och det sociala stödet personen får. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en central roll i att främja delaktighet i egenvård bland personer med blodtryckssjukdom.^{6,7,8} Hälso- och sjukvårdspersonalens stöd, ett fungerande vårdförhållande^{6,7,8}, en uppmuntrande attityd samt individuella möten främjar engagemanget i egenvård^{6,8,9}. Engagemanget i egenvård hos en person med blodtryckssjukdom omfattar förutom livsstilsförändringar även regelbunden uppföljning av blodtrycket samt fullföljande av läkemedelsbehandling, om man har påbörjat medicinering för behandling av blodtryckssjukdomen^{7,9,10,11,12,13}.

Denna Hotus-vårdrekommendation® riktar sig till vuxna med blodtryckssjukdom som har diagnostiserats med exogen hypertension; orsaken till det höga blodtrycket är en extern faktor, såsom livsstilsrelaterade faktorer (t.ex. salt, alkohol, övervikt, stress). I Rekommendationen behandlas metoder som stöder engagemang i icke-farmakologisk egenvård.

Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp

Rekommendationens syfte och mål

Syftet med denna vådrekommandation är att beskriva evidens som är baserad på systematiskt sammanställda och kritiskt utvärderade undersökningar om stöd för engagemang i icke-farmakologisk egenvård för personer över 18 år med blodtryckssjukdom. Den syftar även till att presentera rekommendationer som bygger på denna evidens för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som handleder och stöder personer med blodtryckssjukdom. Syftet med vådrekommandationen är att ge yrkesutbildade inom social- och hälsovården evidensbaserad information som kan användas för att stödja personer med blodtryckssjukdom i att engagera sig i egenvård, samt att främja användningen av meningsfulla och effektiva vårdmetoder som stärker detta engagemang. Det stöd som kunden får kan bidra till ökad delaktighet i egenvård av blodtrycket, förbättrat allmänt hälsotillstånd och minskad risk för allvarliga hjärt- och kärlincidenter.

Målgrupper

Vådrekommandationen är avsedd för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som i sitt arbete möter över 18-åringar med förhöjd blodtrycksnivå och stöder dem till delaktighet i egenvård. Vådrekommandationen kan tillämpas inom såväl den specialiserade sjukvården som primärvården samt till exempel inom företagshälsovården. Dessutom kan rekommendationen användas för att säkerställa vårdpersonalens kompetens samt för utbildning av personalen. Rekommendationen lämpar sig även bra som läromaterial och för utveckling av läroplaner inom den yrkesorienterade grundutbildningen och fortbildningen.

Centrala begrepp

Högt blodtryck och person med blodtryckssjukdom

Blodtrycket är förhöjt när det systoliska blodtrycket överstiger 140 mmHg och/eller det diastoliska blodtrycket överstiger 90 mmHg. Vanligtvis stiger blodtrycket med åldern och på grund av ohälsosamma levnadsvanor. Det genomsnittliga diastoliska blodtrycket ökar upp till cirka 55 års ålder och det systoliska upp till 80 års ålder.³ De viktigaste livsstilsrelaterade riskfaktorerna för högt blodtryck är överdrivet saltintag (natrium), ohälsosam kost, hög alkoholkonsumtion, rökning, låg fysisk aktivitet, övervikt, dålig sömnkvalitet och fetma samt långvarig stress^{2,3}. Diagnosen högt blodtryck baseras på den blodtrycksnivå som fastställts på mottagningen och hemma⁵. Det rekommenderade och i allmänhet tillräckliga sättet att följa upp blodtrycket är att mäta det hemma³. I denna vådrekommandation avses med personer med blodtryckssjukdom sådana som har exogen hypertension, det

vill säga orsaken till det höga blodtrycket är en extern faktor, såsom livsstilsrelaterade riskfaktorer (t.ex. högt saltintag, alkoholkonsumtion, övervikt)¹⁴.

Egenvård av blodtryckssjukdom och delaktighet i egenvård

Egenvård av blodtryckssjukdom omfattar en livsstil som främjar blodtryckshälsan, som hälsosamma levnadsvanor: hjärtvänlig kost, fysisk aktivitet, måttlig alkoholkonsumtion, rökfrihet, viktkontroll, psykiskt välbefinnande och sömnhälsa^{5,15}. Egenvård av blodtryckssjukdom omfattar regelbunden blodtrycksmätning i hemmet, deltagande i kontroller och att personen förbinder sig till ordinerad läkemedelsbehandling. I denna vådrekommandation granskas engagemang i icke-farmakologisk egenvård hos en person med blodtryckssjukdom.

Med engagemang i egenvård avses en aktiv och målinriktad insats av en person med blodtryckssjukdom för att vårda sig själv i samarbete med hälso- och sjukvårdspersonal. Faktorer som är kopplade till engagemang i egenvård är bland annat ansvar för den egna vården, samarbete med vårdpersonal, känsla av normalitet, motivation, tilltro till den egna förmågan, upplevt goda vårdresultat, rädsla för komplikationer och sjukdomsprogression, stöd från närstående samt från sjukskötare och läkare^{16,13,17,18,19}. Engagemang i egenvård påverkas av många faktorer; till exempel har motivation konstaterats vara en central drivkraft^{20,21}. Interaktiv och personcentrerad livsstilshandledning har visat sig främja engagemang i livsstilsförändringar⁷. Även tillgång till mångsidig information om sjukdomen och förståelse för betydelsen av insjuknandet underlättar engagemang i egenvård^{7,9,12}.

Ändring av levnadsvanor kopplade till riskfaktorer spelar en central roll för att engagera personer med blodtryckssjukdom i egenvård och utgör en förstahandsåtgärd för att sänka blodtrycket utan läkemedelsbehandling³. Med centrala, påverkbara riskfaktorer avses överdrivet saltintag (natrium), ohälsosam kost, övervikt, låg fysisk aktivitet, hög alkoholkonsumtion, dålig sömnkvalitet, rökning och långvarig stress^{5,22,15}.

Självförmåga

Med självförmåga avses i denna vådrekommandation att en person med blodtryckssjukdom har tilltro till sin egen förmåga att uppnå behandlingsmålet för sitt blodtryck. Självförmågan är starkt kopplad till individens motivation och ändrat hälsobeteende. Begreppet grundar sig på den socialkognitiva inlärningsteorin.²³ Känslan av självförmåga har visat samband med bättre fysisk funktionsförmåga och psykisk hälsa samt med lindrigare ångest. Den bidrar också till bättre anpassning till blodtryckssjukdomen²⁴ och förbättrad livskvalitet²⁵. En hög grad av självförmåga främjar i allmänhet engagemang i egenvård^{26,27,28}, livsstilsförändringar²⁹, kost som stöder blodtryckskontroll^{30,31,32,33}, viktkontroll^{30,33,34}, rökfrihet³³ och fysisk aktivitet^{31,33,34,35}.

Rekommendationsfraser

1. Vårdrelationen

Kom överens med personen med blodtryckssjukdom om regelbundna, individuellt anpassade uppföljningsbesök för att säkerställa vårdens kontinuitet och skapa en förtroendefull vårdrelation, eftersom

- **upplevelsen av en förtroendefull vårdrelation kan stödja personens engagemang i egenvården av sin blodtryckssjukdom³⁶. (C)**
 - En förtroendefull vårdrelation bygger på ömsesidig respekt och erkännande av den patientens egen kunskap om sin livssituation. Engagemang för egenvård kräver aktivt deltagande från båda parter. En viktig faktor för att stärka patientens förmåga till egenvård är interaktion med samma vårdpersonal.^{37,38}
- **personer med blodtryckssjukdom kan uppleva att regelbundna uppföljningsbesök hos en läkare gör det enklare att uppnå behandlingsmålen³⁹. (C)**
 - Hälso- och sjukvårdspersonal anser att bristfällig information och dålig kommunikation är de främsta orsakerna till att kunder med blodtryckssjukdom inte följer vårdplanen⁴⁰.
 - När blodtrycket ligger på målnivån planeras uppföljningsbesökens frekvens individuellt utifrån medicinering och andra sjukdomar. När högt blodtryck har diagnostiserats och medicinering har påbörjats eller ändrats rekommenderas kontakt med 1-2 månaders mellanrum tills blodtrycket är på målnivå.³
 - Telefon- och distanshandledning kan också användas för att följa upp kunder med stabilt blodtryck. Personer som inte ligger inom behandlingsmålet ska hänvisas till mottagningen. Det rekommenderas att riskfaktorerna utvärderas minst vartannat år.³

2. Att stödja förutsättningarna för egenvård

En person med blodtryckssjukdom har bättre förutsättningar att engagera sig i egenvården om hen har god självförmåga, kunskap om sin egen sjukdom, god förmåga till egenvård och stark hälsolitteracitet.

Identifiera behovet av handledning och erbjud personer med blodtryckssjukdom handledning som stöder förmågan till egenvård, eftersom

- **handledning i egenvård sannolikt ökar kunskapen om sjukdomen hos personer med blodtryckssjukdom^{41,42,43,44}. (B)**
 - Vid bedömningen av behovet av handledning kan man till exempel utnyttja Duodecims digitala hälsoundersökning, som kan ifyllas i den nationella tjänsten Omaolo: www.omaolo.fi.
- **handledning som stärker självförmågan tycks öka på engagemanget i livsstilsförändring hos personer med blodtryckssjukdom^{45,46}. (B)**
- **användningen av digitala metoder kan minska osäkerheten kring sjukdomen hos personer med blodtryckssjukdom⁴⁷. (C)**
- **förändringsberedskap kan öka blodtryckspatienters engagemang i livsstilsförändringar^{48,49}. (C)**
 - I en randomiserad kontrollerad studie ökade handledningen i egenvård med fokus på att bedöma kognitiv beteendeförändringsberedskap (dvs. en individs beredskap och förmåga att granska och förändra sitt tänkande och beteende på ett målinriktat sätt) den fysiska aktiviteten bland personer med högt blodtryck och minskade risken för hjärt- och kärlsjukdomar samt minskade kvinnornas saltintag. Resultaten av studien var mätbara ett år efter interventionen.⁴⁸
 - I en randomiserad kontrollerad studie sänkte digital handledning i egenvård som inriktad på egen förändringsförmåga blodtrycket och kolesterolvärdena hos personer med högt blodtryck, särskilt hos män. Resultaten var mätbara ett år efter interventionen.⁴⁹
- **handledning som fokuserar på blodtryckskontroll kan förbättra personer med blodtryckssjukdoms engagemanget i icke-farmakologiska egenvårdsmetoder⁵⁰. (C)**

Erbjud personer med blodtryckssjukdom individuell handledning, eftersom

- **handledning i egenvård som anknyter till levnadsvanor uppenbarligen hjälper personer med blodtryckssjukdom att förbinda sig till hälsosamma levnadsvanor^{51,52}. (B)**
 - Kosthandledning för personer med blodtryckssjukdom hjälper dem att välja en saltfattig kost. I studien gavs handledningen hemma hos en person med blodtryckssjukdom.⁵³
- **handledning som inte är anpassad till individuella behov kan försvaga engagemanget i livsstilsförändringar hos personer med blodtryckssjukdom³¹. (C)**

Stöd förmågan till egenvård hos personer med blodtryckssjukdom genom att stärka deras förtroende för sin egen förmåga att behandla sin sjukdom, eftersom

- **bättre självförtroende hos personer med blodtryckssjukdom uppenbarligen främjar engagemanget i egenvård^{26,28,29,30,31,32,33,34,35}. (B)**
 - Med självförtroende avses i detta sammanhang att en person med blodtryckssjukdom tror på sina egna förmågor för att uppnå behandlingsmålet för sitt blodtryck. Självförtroendet är starkt kopplat till individens motivation och livsstilsförändring. Begreppet baserar sig på den socialkognitiva inlärningsteorin²³.
 - Känslan av självförtroende har konstaterats ha ett samband med bättre fysisk funktionsförmåga och psykiskt välbefinnande samt minskat ångest. Känslan av självförtroende främjar också anpassningen till blodtryckssjukdomen²⁴ och förbättrar livskvaliteten²⁵.
 - En högre självförtroende främjar generellt engagemang i egenvård^{26,27,28}, livsstilsförändringar²⁹, kost som stöder blodtryckskontroll^{30,31,32,33}, viktkontroll^{30,33,34}, rökfrihet³³ och fysisk aktivitet^{31,33,34,35}.
- **Personer med högt blodtryck som har förtroende för sin egen förmåga att sköta sin hälsa kan vara mer benägna att engagera sig i egenvård⁵¹. (C)**
- **negativa uppfattningar och attityder som anknyter till sjukdomen och dess behandling kan försvaga engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom^{52,54}. (C)**

Använd om möjligt olika handledningsmetoder för att stödja självtilliten hos personer med blodtryckssjukdom, eftersom

- **handledning i egenvård stöder självförmågan hos personer med blodtryckssjukdom^{42,46,50,55,56,57,58}. (A)**

Diskutera blodtryckssjukdomen som sjukdom och vikten av egenvård med personer som har blodtryckssjukdom, eftersom

- **kunskap om blodtryckssjukdom främjar engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom^{28,29,32,52,59,60,61,62}. (A)**
 - Engagemanget i egenvård främjas av att man förstår att kostförändringar är nödvändiga trots medicinering³² och förstår sambandet mellan hög salthalt i kosten och högt blodtryck⁶¹.
 - Att förbinda sig till läkemedelsbehandlingen är en central del av egenvården för personer med blodtryckssjukdom, särskilt om livsstilsförändringar inte ger någon nytta³.
 - De viktigaste riskfaktorerna för högt blodtryck är överdrivet saltintag (natrium) och livsstilsrelaterade riskfaktorer som ohälsosam kost, hög alkoholkonsumtion, rökning, låg fysisk aktivitet, övervikt, dålig sömnkvalitet, fetma och långvarig stress^{2,3}.
 - En hjärtvänlig kost som är rik på grönsaker, frukt och bär sänker blodtrycket. Effekten förstärks om man minskar natriumintaget och ökar användningen av fiberrika produkter.^{2,3,63}
- **Viljan att ändra sin livsstil kan bidra till att uppnå en balanserad behandling hos personer med blodtryckssjukdom⁶¹. (C)**

Anpassa handledning i egenvård till blodtryckspatientens förmåga att ta till sig information, eftersom

- **Hälso- och sjukvårdslitteracitet hos personer med blodtryckssjukdom kan vara kopplad till engagemang i egenvård⁶⁴. (C)**
 - Hos yngre personer med blodtryckssjukdom har hälsolitteraciteten konstaterats vara starkare än hos äldre⁶⁴.

3. Individuella faktorer som påverkar engagemang i egenvård

Beakta de individuella faktorer som är förknippade med engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom, eftersom

- **kvinnor med blodtryckssjukdom är mer benägna än män att engagera sig i livsstilsförändringar^{29,31,34,51,65,66,67}. (B)**
 - Kvinnor engagerar sig oftare än män i egenvård generellt^{29,51,65} samt exempelvis i att avstå från alkohol och rökning^{66,67} och i att följa en låg-salt diet⁶⁶. Å andra sidan är kvinnors engagemang i fysisk aktivitet lägre än männens^{31,34}.
 - I en tvärsnittsstudie löpte män med blodtryckssjukdom större risk att få okontrollerad blodtryckssjukdom än kvinnor⁶⁸.
- **Medvetenhet om genetisk risk kan öka engagemanget i viktkontroll hos personer med blodtryckssjukdom³⁴. (C)**
- **beviset på sambandet mellan ålder och engagemang i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom är motstridigt^{28,29,34,52,60,64,65,66,67,69}. (C)**
 - Enligt resultaten från en tvärsnittsstudie kan personer med blodtryckssjukdom som är 50 år eller äldre löpa större risk att få okontrollerad blodtryckssjukdom än personer under 50 år med blodtryckssjukdom⁶⁸.
 - Enligt undersökningar verkar äldre personer med blodtryckssjukdom dock engagera sig bättre än yngre i till exempel blodtrycksuppföljning⁶⁶, rökfrihet⁶⁷, alkoholfrihet⁶⁷ och motion³⁴.
- **boendemiljön kan ha ett samband med engagemanget i viktkontroll hos personer med blodtryckssjukdom³⁴. (C)**
 - I en tvärsnittsstudie engagerade sig personer med blodtryckssjukdom som bodde på landsbygden sämre i viktkontroll än personer som bodde i städer³⁴.
- **en högre utbildningsnivå hos personer med blodtryckssjukdom kan ha samband med ett bättre engagemang i egenvård^{34,54,67}. (C)**
- **en positiv upplevelse av den egna hälsan hos personer med blodtryckssjukdom kan ha samband med bättre kvalitet på kosten³⁰. (C)**

Beakta följsjukdomar i handledningen i egenvård för personer med blodtrycks-sjukdom, eftersom

- **associerade sjukdomar uppenbarligen försämrar uppnåendet av god blodtryckskontroll hos personer med blodtryckssjukdom^{61,68}. (B)**
- **beviset på sambandet mellan associerade sjukdomar och engagemang i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom är motstridigt^{29,54,70}. (C)**

Beakta sjukdomens varaktighet vid handledning i egenvård för personer med blodtryckssjukdom, eftersom

- **personer med blodtryckssjukdom uppenbarligen i början engagerar sig sämre i egenvård än de som har haft blodtryckssjukdom längre^{29,31,65,67}. (B)**
 - Som undantag visade en tvärsnittsstudie att personer med blodtryckssjukdom i högst tre månader troligen var mer fysiskt aktiva än de som haft sjukdomen längre³¹.

4. Handledningsmetoder som stöder egenvården

Välj lämpliga handledningsmetoder i samarbete med personen med blodtryckssjukdom, eftersom flera olika metoder och kombinationer av dem kan stödja engagemanget i egenvården och engagemanget hos en person med blodtryckssjukdom. Vid handledning i egenvård är det dessutom viktigt att säkerställa att personen med blodtryckssjukdom förstår innehållet i handledningen. I handledningen kan du utnyttja teach-back-handledningsmetoden, som stöder personens förmåga att ta till sig information om blodtryckssjukdom som en sjukdom. Med hjälp av metoden kan båda försäkra sig om att informationen är begriplig och identifiera möjliga behov av tilläggsinformation eller repetition⁷¹.

Utnyttja digitala metoder i handledning av egenvård hos personer med blodtryckssjukdom när det är möjligt, eftersom

- **utnyttjandet av digitala metoder främjar engagemanget i egenvård⁷² och en hälsosam kost^{55,72} hos personer med blodtryckssjukdom. (A)**
 - Distanshandledning främjar egenvården och egenuppföljningen av en långtidssjukdom minst lika bra som vanlig vård eller handledning. Distanshandledning och -uppföljning har uppenbart en gynnsam effekt på blodtrycket hos personer med blodtryckssjukdom⁷³.

- Risken för okontrollerad blodtryckssjukdom är större hos de personer med blodtryckssjukdom som inte följer en rekommenderad diet. I studien avsågs med okontrollerat blodtryck RR $\geq$ 150/90 mmHg hos personer över 60 år och äldre eller $\geq$ 140/90 mmHg hos personer under 60 år och alla personer med diabetes eller kronisk njursjukdom, såvida man inte kommit överens om en annan målnivå.⁶⁸

➤ **användning av digitala metoder stöder blodtryckskontrollen hos personer med blodtryckssjukdom^{47,72,74,75,76}. (A)**

➤ **användningen av digitala metoder verkar främja den fysiska aktiviteten⁵⁵ och viktkontrollen^{55,75} hos personer med blodtryckssjukdom. (B)**

- Risken för okontrollerad blodtryckssjukdom är större hos personer med blodtryckssjukdom som är fysiskt inaktiva. I studien avsågs med okontrollerat blodtryck RR $\geq$ 150/90 mmHg hos personer över 60 år och äldre eller $\geq$ 140/90 mmHg hos personer under 60 år och alla personer med diabetes eller kronisk njursjukdom, såvida man inte kommit överens om att denna blodtryckskontroll är okej.⁶⁸

➤ **personer med blodtryckssjukdom verkar uppleva att digitala metoder är betydelsefulla i stödet av egenvården^{77,78}. (B)**

➤ **användningen av digitala metoder kan främja egenvården hos personer med blodtryckssjukdom⁴⁷. (C)**

Utnyttja om möjligt handledning i egenvård som sker personligen på mottagningen, eftersom

➤ **handledning i egenvård som genomförs personligen kan främja blodtryckskontrollen hos personer med blodtryckssjukdom⁷⁹. (C)**

➤ **Individuellt anpassad handledning personligen kan hjälpa personer med blodtryckssjukdom att följa en regelbunden måltidsrytm⁵⁸. (C)**

- Handledning som sker personligen kan vara ett mer lämpligt alternativ än andra metoder särskilt om patienten har utmaningar med kommunikationen (bl.a. främmande språk). Dessutom kan karaktären av handledningsbehovet hos en person med långtidssjukdom (bland annat hur nytt och komplext eller känsligt ärendet är) påverka lämpligheten för distanshandledning⁷³.

Utnyttja smågrupper i mån av möjlighet vid handledning av egenvård för personer med blodtryckssjukdom, eftersom

- **smågruppsundervisning som är anpassad för personer med blodtryckssjukdom tycks tydligt stödja rökfrihet⁵⁸. (B)**
 - I en tvärsnittsstudie förverkligades egenvården hos icke-rökande vuxna med blodtryckssjukdom bättre än hos rökare⁶⁴.
- **deltagande i inkluderande handledning i små grupper verkar sänka blodtrycksvärdena hos personer med blodtryckssjukdom^{44,46,56}. (B)**
- **handledning i små grupper verkar främja den fysiska aktiviteten hos personer med blodtryckssjukdom^{41,44,58}. (B)**
- **Smågruppsundervisning kan främja personer med blodtryckssjukdoms engagemang i egenvård⁸⁰ och kostbehandling^{41,44}. (C)**
- **deltagande i smågruppsundervisning kan förbättra näringsvanorna hos överviktiga kvinnor med blodtryckssjukdom⁵⁶. (C)**
- **ett program som förbättrar hälsolitteraciteten och som genomförs i små grupper kan främja engagemanget i att förbinda sig till en hälsosam kost hos personer med blodtryckssjukdom⁸¹. (C)**

Överväg möjligheten att kombinera olika metoder vid handledning av egenvård för personer med blodtryck, eftersom

- **kombinationen av handledning i egenvård som genomförs personligen på mottagningen och handledning med hjälp av sms verkar främja engagemanget i en personlig motionsplan hos personer med blodtryckssjukdom⁸². (B)**
- **kombinationen av handledning i egenvård som genomförs hemma och per telefon kan främja engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom⁸³. (C)**
 - I en randomiserad kontrollerad studie främjade ett tre månader långt stödprogram för egenvård lett av vårdare, som innefattade ett hembesök med handledning i egenvård och telefonuppföljning varannan vecka, deltagarnas engagemang i motion, minskad saltanvändning och blodtrycksmätningar hemma⁸³.

- **kombinationen av handledning i egenvård som genomförs personligen och via e-post kan främja engagemanget i livsstilsförändringar hos personer med blodtryckssjukdom⁸². (C)**
 - I en randomiserad kontrollerad studie ökade kombinationen av handledning i egenvård som gavs personligen och via sms den fysiska aktiviteten och engagemanget i kostbehandling hos personer med blodtryckssjukdom som hade dålig blodtryckskontroll⁸².
- **En kombination av individuellt anpassad handledning personligen och per telefon kan hjälpa personer med högt blodtryck att sänka sitt blodtryck⁸⁴. (C)**
- **kombinationen av skriftligt material, videor och gruppdiskussioner kan öka engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom⁴³. (C)**
 - I en studie fick deltagarna i en interventionsgrupp skriftligt material och videomaterial samt deltog i professionellt ledd grupphandledning och gruppdiskussioner om blodtryckssjukdom och dess egenvård. Grupphandledningen varade 60 minuter per vecka i 12 veckor. Interventionen ledde till att deltagarna mätte sin blodtryck oftare hemma, åt hälsosammare, rörde sig mer och blev mer medvetna om högt blodtryck, samt minskade sin tobaks- och alkoholkonsumtion.⁴³
- **kombinationen av handledning i egenvård som genomförs per telefon och sms kan öka engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom⁵⁷. (C)**
- **att kombinera handledning i egenvård i smågrupper och per telefon kan hjälpa personer med blodtryckssjukdom att kontrollera blodtrycket⁸⁵. (C)**
- **att kombinera blodtrycksmätningar hemma med ett träningsprogram för personer med högt blodtryck kan främja engagemanget för träning⁸⁶. (C)**
- **en kombinationen av blodtrycksmätning i hemmet och telefonrådgivning som stöder egenvård verkar öka sannolikheten för att personer med högt blodtryck når sina blodtrycksmål⁸⁷. (C)**

5. Stöd för psykiskt välbefinnande

Stöd personer med blodtryckssjukdom i hanteringen av sjukdomsrelaterad rädsla, ångest och depression, eftersom

- depressionssymtom uppenbarligen är kopplade till ett sämre engagemang i livsstilsförändringar hos personer med blodtryckssjukdom^{28,30,59,60}. (B)
- rädsla för sjukdomsrelaterade komplikationer hos personer med blodtryckssjukdom kan förhindra att man når behandlingsmålet⁶¹. (C)
- sjukdomsrelaterad ångest kan försämra engagemang för en hälsosam livsstil hos personer med blodtryckssjukdom³¹. (C)
 - I en tvärsnittsstudie ökade sjukdomsrelaterad ångest risken för fysisk inaktivitet och låg konsumtion av frukt och grönsaker hos personer med blodtryckssjukdom³¹.

6. Socialt stöd

Diskutera betydelsen av socialt stöd med personer med blodtryckssjukdom i samband med handledning i egenvård, eftersom

- socialt stöd förbättrar engagemanget i egenvård hos personer med blodtryckssjukdom^{29,30,35,54,59,70}. (A)

7. Blodtrycksmätning hemma

Uppmuntra personer med blodtryckssjukdom att regelbundet mäta sitt blodtryck hemma, eftersom

➤ **blodtrycksmätningar i hemmet kan öka medvetenheten hos personer med blodtryckssjukdom om sambandet mellan blodtryck och levnadsvanor^{40,88}. (C)**

- Personer med blodtryckssjukdom upplever att blodtrycksmätning i hemmet stärker samarbetet med hälso- och sjukvårdspersonalen. Å andra sidan kan en negativ konsekvens av blodtrycksmätning i hemmet vara att personer med högt blodtryck fattar beslut om huruvida de ska följa läkarens anvisningar utifrån de blodtrycksvärden som uppmätts i hemmet. Dessa beslut kan till exempel handla om att på eget initiativ påbörja eller avsluta medicinering och följa anvisningar om livsstilsförändringar.⁸⁸
- Personer med blodtryckssjukdom kan uppleva osäkerhet kring hur ofta blodtrycket bör mätas hemma och hur tillförlitliga mätresultaten är.⁸⁸
- Den lämpliga frekvensen för hemmamätning av blodtrycket beror på blodtrycksnivån och det individuella vårdmålet. När blodtrycket är i behandlingsbalans räcker det med mätning 2–4 dagar per månad^{3,89}. Inför ett vårdbesök på mottagningen genomförs en tätare mätperiod för att bedöma vårdbehovet enligt följande: blodtrycket mäts före medicinering på morgonen kl. 6–9 och på kvällen kl. 18–21, två gånger med 1–2 minuters mellanrum under 4–7 dagar. Medelvärdena för morgon- och kvällsmätningarna beräknas och dokumenteras.³
- Mätningar som görs hemma beskriver blodtrycksnivån mer tillförlitligt än mätningar som görs på mottagningen. En halvtimme före mätningen ska man undvika tung fysisk ansträngning, rökning och intag av koffeinhaltiga drycker (kaffe, te, coladrycker och energidrycker) undvikas.³

➤ **regelbunden blodtrycksmätning hemma kan hjälpa äldre att uppnå sina behandlingsmål för blodtrycket⁹⁰. (C)**

- I en randomiserad kontrollerad studie ökade automatisk registrering av hemmamätningar engagemanget hos personer med blodtryckssjukdom att mäta blodtrycket hemma. Bland de som använde automatisk registrering mätte 76,5 % blodtrycket vid samtliga uppföljningstillfällen, jämfört med 25,4 % bland de som använde vanlig registrering.⁹¹

Källor

1. Maailman terveysjärjestö (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities. Saatavilla <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>, 2023.
2. Pelttari H. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Saatavilla www.terveyskirjasto.fi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 16.5.2023.
3. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Saatavilla www.kaypahoito.fi.
4. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Koponen P, Borodulin K, Kundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Raportti 4/2018. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>, 2018.
5. Ferrari AJ SD, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H, Abd ElHafeez S, Abdelmasseh, M A-ES, Abdollahi A, Abdullahi A, Abegaz, KH AZR, Aboagye RG, Abolhassani H, Abreu LG, Abualruz H, Abu-Gharbieh E., et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403: 2133-2161.
6. Kähkönen O, Oikarinen A, Miettinen H, et al. Perceived health among percutaneous coronary intervention patients over a six-year follow-up period. *Journal of Clinical Nursing* 2023; 32: 4816-4826.
7. Oikarinen A, Engblom J, Kyngäs H, et al. A study of the relationship between the quality of lifestyle counselling and later adherence to the lifestyle changes based on patients with stroke and TIA. *Clinical Rehabilitation* 2018; 32: 557-567.
8. Saenyabutr C, Lagampan S, Powwattana A, et al. Understanding perspective on community health literacy for promoting the health of older adults with hypertension: a qualitative descriptive study. *Jurnal Ners (Surabaya)* 2024; 19: 144-155.
9. Kyngäs H, Duffy ME and Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 5-12.
10. Kivelä K. Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveystalvueluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa [väitöskirja]. Oulu: University of Oulu, 2019.
11. Chopra HK and Ram CVS. Recent guidelines for hypertension: A clarion call for blood pressure control in India. *Circulation Research* 2019; 124: 984-986.
12. Kähkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, et al. Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27: 989-1003.
13. Oikarinen A, Engblom J, Paukkonen L, et al. Effects of a lifestyle counselling intervention on adherence to lifestyle changes 7 years after stroke – A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2023; 37: 163-172.
14. Charles L, Triscott J and Dobbs B. Secondary hypertension: Discovering the underlying cause. *American Family Physician* 2017; 96: 453-461.
15. Henry JA, Jebb SA, Aveyard P, et al. Lifestyle advice for hypertension or diabetes: trend analysis from 2002 to 2017 in England. *British Journal of General Practice* 2022; 72: e269-e275.
16. Kyngäs H. A theoretical model of compliance in young diabetics. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 73-80.
17. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, et al. Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2015; 49: 307-318.

18. Paukkonen L, Oikarinen A, Kähkönen O, et al. Adherence to self-management in patients with multimorbidity and associated factors: A cross-sectional study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* 2022; 31: 2805-2820.
19. Kähkönen O KH, Saaranen T, Kankkunen P, Miettinen H, Oikarinen A. Support from next of kin and nurses are significant predictors of long-term adherence to treatment in post-PCI patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2020; 19: 339-350.
20. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, et al. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71: 2364-2373.
21. Kähkönen O, Vähänikkilä H, Paukkonen L, et al. Extension of the theory of adherence to treatment in patients with coronary heart disease. *Chronic Diseases and Translational Medicine* 2023; 10: 227-237.
22. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, et al. Life's essential 8: Updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: A presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2022; 146: e18-43.
23. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. *New York: WH Freeman* 1997.
24. Eller LS, Lev EL, Yuan C, et al. Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. *Int J Nurs Knowl* 2018; 29(1): 38-48.
25. Selzler A-M HR, Robson L, Lenton E, Goldstein R, Brooks D. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 682-692.
26. Ding W, Li T, Su Q, et al. Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation model: a cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence* 2018; 12: 2169-2178.
27. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, et al. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC Family Practice* 2021; 22: 44-44.
28. Tebelu DT, Tadesse TA, Getahun MS, et al. Hypertension self-care practice and its associated factors in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2023; 16: 20.
29. Tibebe A, Mengistu D and Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Preference and Adherence* 2017; 11: 323-330.
30. Chen TY, Kao CW, Cheng SM, et al. Factors influencing self-care among patients with primary hypertension: path analysis of mediating roles of self-efficacy and depressive symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2023; 22: 620-627.
31. Doubova SV, Martinez-Vega IP, Aguirre-Hernandez R, et al. Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine* 2017; 22: 51-64.
32. Shim J-S, Heo JE and Kim HC. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. *Clinical Hypertension* 2020; 26: 5.
33. Warren-Findlow J, Seymour RB and Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health* 2012; 37: 15-24.
34. Haung Z, Hong SA, Tejavataddhana P, et al. Multiple self-care behaviors and associated factors in community-dwelling patients with hypertension in Myanmar. *Nagoya Journal of Medical Science* 2020; 82: 363-376.
35. Hu HH, Li G and Arao T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension* 2015; 29: 198-203.

36. Zhou C, Chen J, Tan F, et al. Relationship between self-care compliance, trust, and satisfaction among hypertensive patients in China. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 1085047.
37. Lönnberg L DM, Revenäs Å. Lifestyle counselling – a long-term commitment based on partnership. *BMC Primary Care* 2022; 23.
38. Walseth LT AE, Schei E. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29: 99-103.
39. Lauffenburger JC, Barlev RA, Khatib R, et al. Clinicians' and patients' perspectives on hypertension care in a racially and ethnically diverse population in Primary Care. *JAMA network open* 2023; 6: e230977.
40. Bengtsson U, Kasperowski D, Ring L, et al. Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 1: patient and professional perspectives. *Blood Pressure* 2014; 23: 288-295.
41. Babaee Beigi MA, Zibaeenezhad MJ, Aghasadeghi K, et al. The effect of educational programs on hypertension management. *International Cardiovascular Research Journal* 2014; 8: 94-98.
42. Kim KB, Han HR, Huh B, et al. The effect of a community-based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *American Journal of Hypertension* 2014; 27: 1199-1208.
43. Ozoemena EL, Iweama CN, Agbaje OS, et al. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study. *Archives of Public Health* 2019; 77: 23.
44. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, et al. Effectiveness of a self-management program for Thais with essential hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2011; 15: 97-110.
45. Fatemeh F, Zahra Emami M, Fatemeh Heshmati N, et al. Effect of self-care education designed based on bandura's self-efficacy model on patients with hypertension: A randomized clinical trial. *Evidence-based Care Journal* 2019; 9: 44-52.
46. Shin DS, Kim CJ and Choi YJ. Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *Australian Journal of Rural Health* 2016; 24: 213-219.
47. Yang Y and Li R. The application value of internet health popularization for community patients with hypertension. *Alternative Therapies in Health And Medicine* 2024; 30: 34-39.
48. Liu S, Tanaka R, Barr S, et al. Effects of self-guided e-counseling on health behaviors and blood pressure: Results of a randomized trial. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 635-641.
49. Nolan RP, Feldman R, Dawes M, et al. Randomized controlled trial of e-counseling for hypertension: REACH. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes* 2018; 11: e004420.
50. Zhu X, Wong FKY and Wu CLH. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 77: 171-178.
51. Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, et al. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Preference and Adherence* 2019; 13: 577-585.
52. Heymann AD, Gross R, Tabenkin H, et al. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *Israel Medical Association Journal* 2011; 13: 553-557.
53. Hazrati Gonbad S, Zakerimoghadam M, Pashaeypoor S, et al. The effects of home-based self-care education on blood pressure and self-care behaviors among middle-aged patients with primary hypertension in Iran: A randomized clinical controlled trial. *Home Health Care Management & Practice* 2022; 34: 9-16.
54. Melaku T, Bayisa B, Fekeremariam H, et al. Self-care practice among adult hypertensive patients at ambulatory clinic of tertiary teaching Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2022; 15: 23.

55. Chen TY, Kao CW, Cheng SM, et al. A web-based self-care program to promote healthy lifestyles and control blood pressure in patients with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship* 2022; 54: 678-691.
56. Daniali SS, Eslami AA, Maracy MR, et al. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atherosclerosis* 2017; 13: 20-28.
57. Kim M. Effects of customized long-message service and phone-based health-coaching on elderly people with hypertension. *Iranian Journal of Public Health* 2019; 48: 655-663.
58. Zhang Y, Liu S, Sheng X, et al. Evaluation of a community-based hypertension self-management model with general practitioners. *International Journal of Health Planning and Management* 2019; 34: 960-974.
59. Abdisa L, Balis B, Shiferaw K, et al. Self-care practices and associated factors among hypertension patients in public hospitals in Harari regional state and Dire Dawa City administration, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 911593.
60. Adinkrah E, Bazargan M, Wisseh C, et al. Adherence to hypertension medications and lifestyle recommendations among underserved african american middle-aged and older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17: 1-15.
61. Gu J, Zhang XJ, Wang TH, et al. Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China. *Cardiology* 2014; 127: 96-104.
62. Wondmieni A, Gedefaw G, Getie A, et al. Self-care practice and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Hypertension* 2021; 2021: 5582547.
63. Valtion ravitsemusneuvottelukunta Tjht. Kestävää terveyttä ruoasta - kansalliset ravitsemussuosituks 2024.
64. Esen K and Kolcu M. The relationship between health literacy and self-care management in patients with hypertension attending primary healthcare centers. *Journal of Public Health* 2024; 32: 175-183.
65. Gebremichael GB, Berhe KK, Beyene BG, et al. Self-care practices and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Research Notes* 2019; 12: 489-496.
66. Hu H, Li G, Arao T, et al. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: A Questionnaire Survey. *International Journal of Hypertension* 2013; 2013: 282-289.
67. Warren-Findlow J and Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *Journal of the National Medical Association* 2011; 103: 503-512.
68. Abdisa L, Girma S, Lami M, et al. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at public hospitals, Eastern Ethiopia: A multicenter study. *SAGE Open Medicine* 2022; 10.
69. Innab A, Kerari A, Alqahtani N, et al. Patient activation, adherence to hypertension treatment plans and blood pressure control in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2023; 13: e067862.
70. Abza LF, Yesuf MA, Emrie AA, et al. Self-care adherence and associated factors among hypertensive patients at Guraghe Zone, 2023. *Heliyon* 2024; 10: e36985.
71. Hotus. Näyttövinkki®: Millaiseen ohjaukseen teach-back-menetelmä soveltuu terveydenhuollossa ja mitä toteutuksessa on tärkeää huomioida? Näyttövinkki 6/2024. Laatijat: Virtanen H, Palonen M, Eskolin S-E. Hoitotyön tutkimussäätiö. 2024.
72. Hwang M and Chang AK. The effect of nurse-led digital health interventions on blood pressure control for people with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship* 2023; 55: 1020-1035.
73. Hotus-hoitosuositus. 2022. Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Virtanen H, Marin M, Hiltunen A-M, Kaila A,

Kajula O, Kesänen J. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset>.

74. Glaser E, Richard C and Lussier M-T. The impact of a patient web communication intervention on reaching treatment suggested guidelines for chronic diseases: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2017; 100: 2062-2070.
75. Liu F, Song T, Yu P, et al. Efficacy of an mHealth app to support patients' self-management of hypertension: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2023; 25: e43809.
76. Thiboutot J, Sciamanna CN, Falkner B, et al. Effects of a web-based patient activation intervention to overcome clinical inertia on blood pressure control: Cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2013; 15: e158.
77. Allen ME, Irizarry T, Einhorn J, et al. SMS-facilitated home blood pressure monitoring: A qualitative analysis of resultant health behavior change. *Patient Education and Counseling* 2019; 102: 2246-2253.
78. Hallberg I, Ranerup A and Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *Journal of Human Hypertension* 2016; 30: 141-146.
79. Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, et al. Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial. *Advanced Biomedical Research* 2015; 4: 204.
80. Tankumpuan TA-O, Anuruang S, Jackson D, et al. Improved adherence in older patients with hypertension: An observational study of a community-based intervention. *International Journal of Older People Nursing* 2019; 14: e12248.
81. Warren-Findlow J, Coffman MJ, Thomas EV, et al. ECHO: A pilot health literacy intervention to improve hypertension self-care. *Health Literacy Research and Practice* 2019; 3: e259-e267.
82. Aghakhani N, Parizad N, Soltani B, et al. The effect of the blended education program on treatment concordance of patients with hypertension: A single-blind randomized, controlled trial. *Journal of Vascular Nursing* 2019; 37: 250-256.
83. Miao JH, Wang HS and Liu N. The evaluation of a nurse-led hypertension management model in an urban community healthcare: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99: e20967.
84. Delavar F, Pashaeypoor S and Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 336-342.
85. Farahmand F, Khorasani P and Shahriari M. Effectiveness of a self-care education program on hypertension management in older adults discharged from cardiac-internal wards. *ARYA Atherosclerosis* 2019; 15: 44-52.
86. Zaleski AL, Taylor BA, Park CL, et al. Using the immediate blood pressure benefits of exercise to improve exercise adherence among adults with hypertension: A randomized clinical trial. *Journal of Hypertension* 2019; 37: 1877-1888.
87. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2009; 151: 687-695.
88. Abdullah A and Othman S. The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2011; 12: 143.
89. Blek-Vehkaluoto M. Suomen Sydänliitto ry. Verenpaineen kotimittaus. Saatavilla: <https://sydan.fi/fakta/verenpaineen-omaseuranta/>. Päivitetty 28.4.2025.
90. Tzourio C, Hanon O, Godin O, et al. Impact of home blood pressure monitoring on blood pressure control in older individuals: a French randomized study. *Journal of Hypertension* 2017; 35: 612-620.
91. Lee P, Liu JC, Hsieh MH, et al. Cloud-based BP system integrated with CPOE improves self-management of the hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 2016; 132: 105-113.