

Livsstilsförändringar

- Sjuksköterskans rådgivning till patienter med hypertoni

FÖRFATTARE	Joanna Norr
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp Omvårdnad – Eget arbete HT 2009
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Monica Kilebrand Winroth
EXAMINATOR	Ann Bengtson



Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
vid GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Livsstilsförändringar – Sjuksköterskans rådgivning till patienter med hypertoni
Titel (engelsk):	Lifestyle changes - The nurse's counselling to patients with hypertension
Arbetets art:	C-uppsats. Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN12
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Joanna Norr
Handledare:	Monica Kilebrand Winroth
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete innebär bland annat att främja hälsa och förebygga sjukdom. Sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och förebygga hälsorisker, identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård samt vid behov motivera, undervisa och stödja patienten till att förändra sin livsstil. Sjuksköterskans roll i vård av patienter med hypertoni är först och främst att undervisa och rådgiva om ickefarmakologisk behandling, motivera och stödja till livsstilsförändringar samt att mäta blodtrycket. Syftet med denna litteraturstudie är att klargöra de förutsättningar, möjligheter samt hinder som beskrivs i litteraturen för att sjuksköterskan ska kunna ge rådgivning som innefattar att informera, motivera och stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar i syfte att sänka blodtrycket. Litteraturstudien baseras på 15 vetenskapliga artiklar som söktes fram genom databaserna CINAHL och PubMed, samt genom manuell sökning. Vid sammanställning av studerade artiklar som analyserades utifrån syftet framkom sju teman. Livsstil, livsstilsförändringar, tid, relationen mellan sjuksköterska och patient, sjuksköterskans professionella egenskaper, patientens attityd och patientens empowerment. En förutsättning som har setts utgörs av att livsstil diskuteras då patienten med hypertoni besöker sjuksköterskan. Hinder som har beskrivits inkluderar tidsbrist, sjuksköterskans otillräckliga kunskaper i livsstilsrådgivning, att patienten inte bryr sig, ej tar hypertoni på allvar, anpassar sig till hypertoni, är frustrerad, att patienten inte har några symtom och att patienten har haft hypertoni under lång tid. Möjligheter som har framkommit utgörs av kontinuitet i behandlingen, att sjuksköterskan har ett patientcentrerat och motiverande förhållningssätt, har en professionell trovärdighet, pedagogisk kompetens och är medvetenhet om uttryck och attityder. En god relation mellan sjuksköterska och patient utgör också en möjlighet. En möjlighet är även då patienten tar sjukdomen seriöst, skapar mål för behandling, anser sig vara ansvarig för egenvård, har kunskap om hypertoni och behandling och är delaktig i sin vård.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
OMVÅRDNAD OCH HÄLSA	1
Orems egenvårdsteori	1
Omvårdnadsprofessionalitet	2
Relationen mellan sjuksköterska och patient	2
Patientcentrerat förhållningssätt	3
Motiverande förhållningssätt	4
Self-efficacy	5
Stage of change model	5
Story-centered care	6
Delaktighet	6
Empowerment	6
HYPERTONI	6
Ickefarmakologisk behandling vid hypertoni	8
<i>Fysisk aktivitet</i>	8
<i>Viktminskning</i>	8
<i>Kostförändringar</i>	9
<i>Minskat saltintag</i>	9
<i>Minskad alkoholkonsumtion</i>	9
<i>Stresshantering</i>	9
<i>Rökstopp</i>	9
Sjuksköterskans sjukdomsförebyggande arbete vid hypertoni	10
SYFTE	11
METOD	11
Inklusionskriterier	11
Exklusionskriterier	11
Sammanställning	12
RESULTAT	13
Livsstil	13
Livsstilsförändringar - med ett patientcentrerat och motiverande förhållningssätt	14
Livsstilsförändringar - med individuell rådgivning och/eller gruppundervisning	14
Tid	15
Relationen mellan sjuksköterska och patient	16

Sjuksköterskans professionella egenskaper	16
Patientens attityd	17
Patientens empowerment	18
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
REFERENSER	25
BILAGOR	
1 Litteratursökning	
2 Artikelpresentation	

INLEDNING

Hur gör man för att få en annan människa att förändra sin livsstil? Många sjuksköterskor upplever att de har tillräcklig kunskap om olika livsstilsfaktorer, deras påverkan på hälsan och om vikten av att göra livsstilsförändringar för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Svårigheten ligger i att informera och förmedla denna kunskap på ett sätt som gör att patienter med ett riskbeteende genomför förändringar i livsstilen (1). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete ska bland annat syfta till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska sjuksköterskan ha förmåga att identifiera och förebygga hälsorisker samt vid behov motivera, undervisa och stödja patienten till att förändra sin livsstil (2). Hypertoni är en av de vanligaste diagnoserna inom sjukvården (3) och omkring 27 % av Sveriges vuxna befolkning uppskattas ha hypertoni (4). Patienter med hypertoni är därför en patientgrupp som sjuksköterskan möter i alla typer av vårdformer. Riktlinjer för patienter med hypertoni, vilka gäller för samtliga länder i världen är enade om att icke-farmakologisk behandling, det vill säga livsstilsförändringar, ska utgöra grunden i all hypertoni behandling. Livsstilsförändringar kan sänka blodtrycket och minska behovet av farmakologisk behandling (4). Att arbeta med förändringar av livsstilen hos patienter med hypertoni är en stor utmaning för sjukvården och för den enskilda sjuksköterskan. Därför behövs kunskap om hur sjuksköterskan på bästa sätt kan bidra till att skapa livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni i syfte att sänka blodtrycket och förebygga hjärtkärlsjukdom.

BAKGRUND

OMVÅRDNAD OCH HÄLSA

Omvårdnad omfattar att främja hälsa, förebygga sjukdom och vård av sjuka, funktionshindrade och döende människor (5). Viktiga begrepp i sjuksköterskans omvårdnadsarbete förutom omvårdnad är människa, miljö och hälsa (6). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är hälso- och sjukvårdens mål en god hälsa (7). Hälsa utgör därför ett av omvårdnadens centrala begrepp och är även omvårdnadens mål (8). Det finns flera beskrivningar av begreppet hälsa. Hälsa kan beskrivas som frånvaro av sjukdom eller ur ett mer humanistiskt perspektiv som utgår från en holistisk syn på människan (9). World Health Organization (WHO) har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp (10).

Orems egenvårdsteori

Omvårdnadsteorins grundantagande är att människan har den förmåga och motivation som krävs för att tillvarata och främja den egna hälsan, förebygga sjukdom eller för att utföra åtgärder som motverkar sjukdom (11). Egenvård är ett centralt begrepp i Orems omvårdnadsteori. Egenvård beskrivs som utförandet av aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför i syfte att uppehålla liv, hälsa och välbefinnande (12). Ibland överstiger egenvårdskraven individens egen förmåga att utföra dessa handlingar och individen är då i behov av omvårdnad. Orem betraktar omvårdnad som en ersättning för hälsorelaterade aktiviteter, det vill säga egenvård, som patienten ej själv kan utföra. Omvårdnadens mål är att, så långt som det är möjligt, hjälpa patienten till självständighet i dessa aktiviteter för att individer ska kunna återvinna sin

egenvårdskapacitet (11). Patientdelaktighet har Orem beskrivit som patientens engagemang i sina egenvårdsbehov, vilket förutsätter intresse och kunskap. Att sjuksköterskan ska kunna förstå patientens omvårdnadsbehov och kunna förmedla kunskap till patienten förutsätter kommunikation. Denna kommunikation uppstår i en mellanmännisklig relation mellan sjuksköterska och patient (13).

Det finns fem hjälpmetoder som enligt Orem en hjälpare person kan använda för att tillgodose den hjälpbehövande individens egenvård. Sjuksköterskan använder sig av alla dessa i omvårdnadsarbetet genom att välja och kombinera metoderna utifrån patientens behov. Metoderna inbegriper;

- handla eller utföra åt någon annan
- vägleda
- ge fysiskt eller psykiskt stöd
- skapa en utvecklande miljö
- undervisa (12).

Det finns tre olika omvårdnadssystem för att möta patientens egenvård; fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande omvårdnadssystem. I det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet har patienten förmåga att utföra egenvården på egen hand, men för att klara detta behöver patienten assistans. Hjälpmetoder inkluderar i dessa situationer kombinationer av stöd, vägledning, skapande av en utvecklande miljö och undervisning. Sjuksköterskan kan i detta fall bidra med omvårdnad i form av att delta i patientens strävanden att uppnå sitt mål genom att handleda, motivera, uppmuntra och stödja. Sjuksköterskan kan också bidra med undervisning, det vill säga tillföra patienten nya färdigheter, kunskaper, metoder och strategier för att tillgodose sitt egenvårdsbehov (12).

Omvårdnadsprofessionalitet

Den professionella omvårdnadsrelationen karaktäriseras av empati, yrkeskunskap och målorientering. Dessa tre begrepp är förutsättningar för god kommunikation och omvårdnad. Empati innebär förmågan att lyssna, förstå den andres känslor och reaktioner samt att kunna sätta sig in i någon annans situation. Yrkeskunskap är också viktig för att kunna förstå patienten. En god kunskap om den andres tillstånd och situation och metodisk skicklighet gör det lättare att förstå och kunna hjälpa patienten. Med målorientering innebär att omvårdnadsarbetet och kommunikationen ska styras av övergripande mål, som är att ge god omvårdnad (14).

Relationen mellan sjuksköterska och patient

En god mellanmännisklig relation mellan sjuksköterska och patient är av stor betydelse för omvårdnaden (15). Omvårdnaden utgår från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn (2). Detta innebär tron på att människan i grunden är god, att människan är unik samt har ett egenvärde och likavärde. Enligt svensk lag ska vård ges med respekt för alla människors lika värde (7). Omvårdnaden ska också vara altruistisk, det vill säga oegennyttig. Altruism innebär att göra något gott för en annan människa för den andres skull (15). Sjuksköterskan ska i sitt arbete visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (2). Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska också främja goda kontakter mellan patienten och vårdpersonal för att kunna uppfylla kraven på god vård (7).

Løgstrup (16) har utvecklat en teori om den etiska grunden för kommunikation och samarbete. Som människor är vi utelämnade åt varandra i ett ömsesidigt mänskligt beroende. Varje relation är också en maktrelation. Det ömsesidiga beroendet och maktförhållandet innebär ett etiskt krav för den enskilde. En enskild människa har aldrig med en annan människa att göra utan att hon håller något av dennes liv i sin hand (16).

Även om sjuksköterskan och patienten som människor har ett lika värde är de inte jämställda. Patienten befinner sig i en beroendeställning där han/hon är i behov av hjälp och vård. Att vara sjuk fysiskt eller psykiskt kan innebära att patienten inte kan uttrycka sina önskemål och fatta beslut självständigt. Patienten är beroende av sjuksköterskans kompetens, medmänsklighet och vilja att hjälpa. Detta skapar en asymmetrisk relation mellan sjuksköterskan och patienten. Situationen gör patienten sårbar i förhållande till sjuksköterskans handlingar. Omvårdnadshandlingarna måste utföras med respekt för patientens människovärde och av sjuksköterskan krävs att denne har förmågan att leva sig in i och förstå patientens situation. Brist på empati och lyhördhet för patientens situation kan leda till maktmissbruk och kränkningar av patientens integritet och människovärde. En viktig faktor som påverkar relationen mellan sjuksköterska och patient är den externa faktorn, tid. Tid har ett värde och krävs för att skapa utrymme för god omvårdnad. Vid brist på tid påverkar detta vårdrelationen negativt (15).

Flera omvårdnadsteoretiker fokuserar på omvårdnad som en interaktionsprocess. Gemensamt för dessa teoretiker är att de uppfattar kommunikationen mellan sjuksköterska och patient som central i omvårdnadsprocessen. I boken *Omvårdnadsorienterad kommunikation* (14) beskrivs omvårdnadsteoretikerna Peplau, Orlando och Travelbees syn på relationen, där kommunikationen beskrivs som en process och ett instrument i omvårdnadssituationer. Kommunikationen är också ett medel för att bli bekant med patienten, förstå och möta patientens behov och hjälpa patienten att undvika eller bemästra sjukdom och lidande (14).

Patientcentrerat förhållningssätt

Rogers patientcentrerade terapi som är en humanistisk psykologisk relationsteori som redogör för kommunikationen mellan sjuksköterska och patient beskrivs i boken *Omvårdnadsorienterad kommunikation* (14). I teorin beskrivs fyra grundförutsättningar för god kommunikation: empati, ovillkorlig respekt, värme och äkthet. Att skapa en god relation är viktig vid förändringshandledning och relationen kan vara avgörande för behandlingsresultatet. En god relation kan skapas genom att sjuksköterskan använder sin förmåga att lyssna, att leva sig in i patientens situation, försöka förstå, tolka och kommunicera med patienten. En god relation är en viktig och ofta avgörande faktor för att motivera för förändring och utveckling (14).

Sjuksköterskan kan vid hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete känna ett stort ansvar för att informera om risker, konsekvenser och sjukdomar som relateras med olika riskbeteenden. Rådgivning om livsstilsförändringar handlar inte enbart om att undervisa och förmedla kunskap utan det är även betydelsefullt att utgå från patienten (1). Kunskap är nödvändigt för beteendeförändringar, men även attityder och emotionella faktorer har betydelse (17). Vid individuell hälsorådgivning kan inte sjuksköterskan ändra patientens beteende utan patienten måste själv ta ställning till sina levnadsvanor. För att lyckas med det preventiva arbetet måste sjuksköterskan ha ett patientcentrerat förhållningssätt, där respekten för patientens autonomi står i centrum

(1). Att ha ett patientcentrerat förhållningssätt innebär att sjuksköterskan är inställd på att inte styra patienten mot ett i förväg bestämt mål. Istället utgår samtalet från patientens situation och genom diskussion kommer sjuksköterska och patient fram till vad som passar för just denna patient. Viktigt är också att ta hänsyn till patientens uppfattningar och värderingar. Att ta reda på patientens föreställningar och synpunkter kring sin hälsa och sina levnadsvanor är också centralt (17).

Motiverande förhållningssätt

Ett motiverande förhållningssätt har utvecklats av Miller & Rollnick (18) genom metoden Motiverande samtal (MI). MI definieras som en patientcentrerad, styrande metod för att höja den inre motivationen mot förändring genom att utforska och lösa ambivalens. Med styrande innebär att motiverande samtal är avsiktligt inriktat på att lösa ambivalens och rådgivaren svarar selektivt på uttalanden som gör att patienten rör sig mot en förändring (18). Grunden för MI är att samtalet alltid är patientcentrerat och utgår från patientens autonomi. Detta innebär att samtalet utgår från patientens uppfattningar, tankar och upplevelser. En förutsättning för att samtalet ska leda till utveckling och förändring är att samtalet hålls på en reflekterande nivå. Samtalet syftar till att bidra till förändring, det vill säga att det är förändringsinriktat och tillvägagångssättet utgörs av att hämta fram och förstärka patientens egen motivation (19).

Andan i motiverande samtal är byggt på samarbete, att framkalla och autonomi. Rådgivaren undviker att framstå som en auktoritet och försöker istället skapa ett samarbete och kommunicera i en partnerliknande relation. MI innebär utforskning mer än uppmaning och stöd snarare än övertalning eller bevisföring. Rådgivarens roll är inte att förmedla kunskap utan att framkalla de resurser och den motivation till förändring som förutsätts finnas inom patienten. En respekt måste finnas för personens autonomi. I MI ligger ansvaret för förändring hos patienten. Målet med MI är att öka den inre motivationen, så att förändring kommer ur det inre snarare än påtvingas utifrån. Detta så att förändringen tjänar personens egna mål och värderingar. Det vill säga patienten snarare än rådgivaren formulerar skälen för förändring (18).

Allmänna principer i MI är empati, att utveckla diskrepans, att rulla med motstånd och att stödja självkompetens. Empati förmedlas genom ett skickligt genomfört reflektivt lyssnande där rådgivaren försöker förstå patientens känslor och perspektiv utan att döma, kritisera eller skuldbelägga. Rådgivaren accepterar patienten och har en önskan att förstå hans/hennes perspektiv. MI är avsiktligt styrande mot att lösa ambivalensen i förändringens tjänst, det vill säga att hjälpa människor från att bli fria från sina låsningar och komma förbi ambivalensen mot en förändring. En allmän princip i MI är därför att utifrån patientens perspektiv skapa och förstärka en diskrepans mellan det nuvarande beteendet och hans/hennes vidare mål och värderingar. Ett motstånd till förändring ska inte bekämpas direkt och rådgivaren ska undvika att argumentera för förändring. Rådgivaren kan inbjuda personen till att överväga ny kunskap och nya perspektiv eller vända en fråga eller ett problem tillbaka till personen, så att denne kan finna egna svar och lösningar. Motståndet kan på detta sätt vändas och skapa en ny rörelse mot förändring. Självkompetens innebär att personen har en tro på sin förmåga att genomföra och lyckas med en förändring. Personen är ansvarig för att bestämma och styra sin förändring och personen har också kapacitet att göra detta. Rådgivarens egen tro på personens förmåga att göra en förändring stärker personens tro på sig själv (18).

I MI används ett reflexivt lyssnande, öppna frågor och sammanfattningar som metoder i samtalet. Reflektion innebär att göra en tolkning av det viktigaste eller den egentliga innebörden. Reflektionen visar att rådgivaren lyssnar och reflektionen kan locka fram nya insikter hos patienten. En öppen fråga det vill säga en fråga som ej kan besvaras med enbart ja eller nej har inget givet, avgränsat svar utan inbjuder till en berättelse eller redogörelse. Det finns här inga riktiga eller felaktiga svar. Detta ger möjlighet åt patienten att själv utforska och sätta ord på sina tankar, känslor och uppfattningar. Sammanfattning innebär en uppräknig av det mest väsentliga i det sagda. Sammanfattningar ger struktur, överblick och tydlighet (19).

Self-efficacy

Bandura (20) definierar self-efficacy som förväntan om att man kommer att lyckas med de handlingar som är nödvändiga för att uppnå ett visst mål. Människans tro på den egna förmågan är en avgörande faktor för hur man tänker, handlar och reagerar i olika situationer. Det är en tro eller förväntan som har uppstått ur tidigare erfarenheter (21). På svenska översätts self-efficacy till ordet självkompetens. För att börja en process mot förändring handlar det om att man måste ha en viss tro på att man kommer att lyckas. Självkompetens är en central del i motivationen till förändring. Trots att självkompetens är ett relativt nytt begrepp har det länge varit känt att tro och hopp är viktiga beståndsdelar i förändring. Tro på att en behandling ska lyckas brukar i medicinska termer även kallas placeboeffekt (18).

Stage of change model

The Stage of change model (SOC-modellen) har utarbetats av Prochaska & DiClemente (22) för att vara användbar vid många olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete där förändringar av beteendet ingår. Modellen beskriver människans naturliga beteende vid förändringar. Genom att identifiera i vilken förändringsfas patienten befinner sig i kan patientens behov bedömas samt lämpliga åtgärder i form av information och rådgivning sättas in (23). Modellen beskriver fem faser som individen genomgår under processen mot en beteendeförändring.

- Precontemplation/före övervägande: I denna fas finns ingen avsikt att förändra beteendet den närmaste framtiden. Patienten är inte medveten om att en förändring behöver göras eller vill inte acceptera det. Patienten saknar motivation till förändring.
- Contemplation/övervägande: Patienten är i denna fas medveten om problemet och överväger att göra något åt det men har ännu inte bestämt sig för att agera.
- Preparation/beslut: Patienten har nu beslutat sig för att göra en förändring.
- Action/handling: I denna fas förändrar patienten sitt beteende och/eller omgivningen för att övervinna problemet.
- Maintenance/upprätthållande: Patienten arbetar i denna fas med att upprätthålla förändringen och förhindra återfall genom handling (22).

Då återfall till problemet är en regel snarare än ett undantag är denna modell inte linjär utan beskrivs som en spiral eller cirkel där patienten kan falla tillbaka till tidigare stadier och genomgå stadierna flera gånger (22).

Story-centered care

Enligt Liehr & Smith (24) innebär teorin om story-centered care att patientens berättelse sätts i fokus. Den bygger på en patientcentrerad kommunikation som innebär att sjuksköterskan har en äkta närvaro och en vilja att försöka förstå berättelsen från patientens perspektiv. Under processen att berätta och lyssna till en berättelse kommer ofta patienten till nya insikter och får en djupare förståelse av sig själv. Berättelsen utgör en process som har en komplicerad, en utvecklande och en lösande del. Den komplicerade delen handlar om hälsoproblemet som har uppkommit och förändrat patientens liv, den utvecklande delen innebär att försöka förstå och finna mening, den sista delen handlar om att finna en lösning och underlätta ny förståelse (24).

Delaktighet

Patientens rätt till delaktighet i sin vård, i beslut och behandling understryks i Hälso- och sjukvårdslagen. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Genom att ge patienten individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om metoder för undersökning, vård och behandling ges patienten möjlighet till delaktighet (7). Yrkesetiska riktlinjer för sjuksköterskor understryker att omvårdnad ska ges med respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (2).

Empowerment

Empowerment kan översättas till bemyndigande, patientkraft, egenmakt och delaktighet. Eftersom de svenska översättningarna inte helt täcker innehållet i det engelska ordet empowerment har begreppet inte någon direkt översättning. Egenmakt har dock föreslagits, men det engelska ordet används i stor utsträckning. En definition av empowerment är när patienten har den kunskap, färdigheter, attityder och självmedvetenhet som krävs för att påverka det egna beteendet i syfte att förbättra livskvalitén (17). Delaktighet är en central del i begreppet. I hälsofrämjande arbete handlar empowerment om att tillförsäkra individer och samhällen kapacitet att ta den makt de är berättigade till. Ur ett ledarperspektiv kan empowerment innebära att ge kraft åt någon att hantera sin situation. Begreppet kan också innebära hjälp till självhjälp, där makt betyder möjlighet att påverka. Empowerment i hälsoarbete innebär att alla människor betraktas som subjekt och är kapabla att styra sina egna liv under förutsättning att den omgivande sociala, kulturella och fysiska miljön stödjer hälsosamma val (25).

HYPERTONI

Hypertoni, det vill säga högt blodtryck, är en av de vanligaste diagnoserna inom sjukvården (3). Omkring 27 % av Sveriges vuxna befolkning uppskattas ha hypertoni vilket innebär ungefär 1,8 miljoner personer. Hypertoni är lika vanligt hos kvinnor som män och förekomsten ökar med stigande ålder (4). I Sverige behandlas för närvarande cirka 800 000 personer farmakologiskt för hypertoni (3). Dock är hypertoni hos de flesta personer med högt blodtryck oupptäckt, obehandlad och/eller har en otillräcklig behandling som ej uppnår det terapeutiska målvärdet (26).

Hypertoni definieras som ett systoliskt blodtryck över 140 mmHg och/eller ett diastoliskt blodtryck över 90 mmHg. Blodtrycket ska vara uppmätt i vila och upprepade mätningar bör göras innan diagnosen fastställs (27).

Olika klassificeringar av hypertoni

Kategori	Systoliskt blodtryck (mmHg)	Diastoliskt blodtryck (mmHg)
Optimalt	<120	<80
Normalt	<130	<85
Högt normalt	130-139	85-89
Mild hypertoni	140-159	90-99
Måttlig hypertoni	160-179	100-109
Svår hypertoni	>180	>110
Isolerad systolisk hypertoni	>140	<90

(4).

Målblodtrycket vid behandling för hypertoni bör ligga under 140 mmHg systoliskt och 90 mmHg diastoliskt. För patienter med diabetes, njursjukdom och vid hög kardiovaskulär risk, till exempel vid ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, tidigare TIA/stroke eller perifer kärlsjukdom bör behandlingsmålet vara under 130/80 mmHg. För närvarande uppnår endast mellan 20-30 % av de patienter som behandlas för hypertoni målblodtrycket (28).

För de flesta patienter med hypertoni, omkring 95 %, finns ingen enskild orsak till hypertoni. Denna typ av hypertoni kallas för primär eller essentiell hypertoni. Ärftliga faktorer, omgivningsfaktorer och levnadsvanor kan här utgöra bidragande faktorer. De resterande cirka 5 % utgörs av sekundär hypertoni som innebär att hypertoni har orsakats av annan sjukdom eller som en läkemedelsbiverkning. När grundorsaken är åtgärdad stabiliserar blodtrycket till normalvärden (3).

Högt blodtryck ger oftast inga eller lindriga symtom, vilket leder till att många personer är ovetande om att de har ett förhöjt blodtryck. Eventuella symtom kan utgöras av trötthet, yrsel och huvudvärk (29).

En stor del av alla insjuknanden i hjärt-kärlsjukdom är orsakade av högt blodtryck (4). Högt blodtryck ökar risken för dödliga och ickedödliga kardiovaskulära komplikationer (26). De komplikationer som är starkast förknippade med ett förhöjt blodtryck är;

- stroke
- kranskärlssjukdom som innefattar hjärtinfarkt, kärlkramp och hjärtsvikt
- njurpåverkan
- andra hjärtkärlkomplikationer (28).

Risken för att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar ökar med ökade blodtrycksnivåer (28). Risken för stroke och hjärtsvikt är fyra gånger högre och risken för hjärtinfarkt två gånger högre hos personer med hypertoni jämfört med personer som har ett normalt blodtryck. Detta anses bero på att det höga blodtrycket påskyndar åderförkalkningsprocessen (4).

Ickefarmakologisk behandling vid hypertoni

Ickefarmakologisk behandling, det vill säga livsstilsförändringar ska utgöra grunden för all hypertoni-behandling. Livsstilsförändringar kan sänka blodtrycket och minska behovet av blodtryckssänkande läkemedel (4). Vid mild hypertoni kan behandling med enbart livsstilsförändringar vara tillräckligt för att normalisera ett högt blodtryck. Livsstilsförändringar bör även betraktas som ett värdefullt komplement till farmakologisk behandling (28). Livsstilsförändringar syftar till att sänka patientens blodtryck och/eller minska risken för hjärt-kärlsjukdom. Eftersom högt blodtryck sällan är ett isolerat tillstånd är det av stor vikt att behandlingen genomsyras av en helhetssyn. Livsstilsförändringar som påverkar flera riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom samtidigt bör eftersträvas för att minska den totala risken (4). Behandlingen bör bestå av individuell rådgivning utifrån patientens hela riskprofil. De viktigaste sjuksköterskeuppgifterna är att uppmuntra patienten till egenvård, att analysera patientens livsstil och kontinuerligt följa upp behandlingsresultatet (30). Nedan presenteras de ickefarmakologiska strategier, utan inbördes rangordning, som är betydelsefulla för hypertoni-behandling;

- fysisk aktivitet
- viktminskning
- kostförändringar
- minskat saltintag
- minskad alkoholkonsumtion
- stresshantering
- rökstopp (4).

Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet har visat på sänkning av både det systoliska och det diastoliska blodtrycket (4). Fysisk aktivitet reducerar blodtrycket, ger gynnsamma metabola effekter och en förbättrad prognos för hjärtkärlsjukdom (28). Fysisk aktivitet under en enstaka episod sänker blodtrycket akut, vilket kallas post-exercise-hypotension. Regelbunden fysisk aktivitet ger också långvariga effekter på blodtrycket. Fysisk aktivitet har vid mild eller måttlig hypertoni visats sänka blodtrycket med ungefär 7 mmHg för det systoliska respektive 5 mmHg för det diastoliska. För prevention av hjärtkärlsjukdom vid hypertoni rekommenderas i huvudsak så kallad uthållighetsträning till exempel konditionsträning, promenader, jogging, simning och cykling. Måttlig fysisk aktivitet sänker blodtrycket minst lika mycket som intensiv fysisk aktivitet. Episoder av fysisk aktivitet under kort tid, 3-20 minuter, kan reducera blodtrycket, men längre duration har visat på större och mer långvarig blodtryckssänkning. Därför rekommenderas 30-45 minuter per träningstillfälle för att uppnå en god effekt. Den akuta blodtryckssänkningen av fysisk aktivitet kvarstår upp till ett dygn, därför rekommenderas träning de flesta dagarna i veckan. Fem eller sex dagar är dock lika bra som sju, på grund av mindre risk för belastningsskador. Rekommendation vid hypertoni: Konditionsträning under minst 30 minuter per träningstillfälle 5-7 dagar i veckan (26).

Viktminskning

Viktminskning, speciellt vid övervikt, har visat sig kunna sänka ett måttligt förhöjt blodtryck. Viktminskningen har dessutom en positiv inverkan på den kardiovaskulära risken och en positiv effekt på den metabola profilen vilket inkluderar blodfetter,

insulinkänslighet och glukosomsättning. Den blodtryckssänkning som erhållits med viktminskning har varit upp till 10 mmHg (4). Redan en måttlig viktminskning reducerar blodtrycket och har en gynnsam metabolisk effekt. Minskningen av kraftig övervikt är gynnsam prognosiskt, det vill säga minskar risken för att insjukna i hjärtkärlsjukdom. Målet för viktminskning är ett BMI < 25 kg/m² och ett midjemått < 102 cm för män och < 88 cm för kvinnor (28).

Kostförändringar

Kostförändringar enligt Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH- dieten), har visat på sänkningar av ett högt blodtryck. DASH- dieten innebär en kost som är rik på frukt, grönsaker och produkter med låg fetthalt. Koststudier har funnit en sänkning av blodtrycket med upp till 5 mmHg. Kostförändringar har positiva effekter vid kardiovaskulär prevention då det både påverkar blodtrycket samt metabola riskfaktorer (4).

Minskat saltintag

Saltintag (natriumklorid) kan ha ett samband med blodtrycket. En minskning av saltintaget med cirka 6 gram dagligen har setts sänka blodtrycket med upp till 5 mmHg. I Sverige konsumeras måttligt mycket salt. Det är dock svårt att under lång tid reducera saltintaget väsentligt. Saltrestriktioner bör därför ses som ett komplement till annan behandling (4).

Minskad alkoholkonsumtion

Det finns ett samband mellan hög alkoholkonsumtion och högt blodtryck (4,28). Minskat intag har visats kunna sänka blodtrycket. Intaget bör understiga 20-30 gram alkohol per dygn för män, vilket motsvarar 1,5-2,5 dl vin eller 5-7 cl starksprit och cirka halva mängden för kvinnor (28).

Stresshantering

Upplevelser av stress är subjektiva. Det är därför svårt att mäta stress, göra jämförelser mellan individer och utvärdera effekter av stresshantering. Tillfällig stress kan utlösa komplikationer på hjärta och kärl, medan långvarig stress kan bidra till ett högt blodtryck och åderförkalkning med risk för hjärtkärlsjukdom. Upplevd stress har visat sig höja blodtrycket. Metoder för stresshantering som har visat på en minskning av blodtrycket har varit meditation, yoga, muskulär avslappning, biofeedback, kognitiv beteendeterapi, samt att själv mäta blodtrycket. Störst effekt har påvisats när olika metoder kombineras (4).

Rökstopp

Rökstopp ger sällan en blodtryckssänkande effekt. Rökningens kardiovaskulära skadeverkningar är dock stora och rökstopp utgör därför en viktig åtgärd vid prevention av hjärtkärlsjukdomar. Rökningens kroniska skadeverkningar anses också försvåra framtida behandlingen av hypertoni varför rökstopp är motiverat vid hypertoni behandling (4).

Sjuksköterskans sjukdomsförebyggande arbete vid hypertoni

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete innebär att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Detta innebär att sjuksköterskan har ansvar för att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (31). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska sjuksköterskan ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan ska också kunna identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, samt undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa (2). Sjuksköterskans roll i vård av patienter med hypertoni är först och främst att undervisa, rådgiva och mäta blodtrycket. Arbetet innefattar att undervisa om ickefarmakologisk behandling samt motivera och stödja till livsstilsförändringar (32).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att klargöra de **förutsättningar, möjligheter** samt **hinder** som beskrivs i litteraturen för att sjuksköterskan ska kunna ge rådgivning som innefattar att informera, motivera och stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar i syfte att sänka blodtrycket.

METOD

Artiklar har sökts i databaserna PubMed och CINAHL, se Bilaga 1. Sökord som har använts är hypertension, high blood pressure, counselling (brittiskt), counseling (amerikanskt), nursing, patient education, lifestyle, life style, lifestyle changes och motivational interviewing. Dessa sökord har sedan kombinerats för att få fram flera olika träffar. Ingen tidsbegränsning har gjorts vid sökningarna. I CINAHL användes begränsningen peer reviewed och research article, samt i ett fall language: english. Samtliga abstract på träffarna har lästs igenom för att finna artiklar som överensstämmer med syftet. De artiklar där det i abstractet ej framgick om de kunde inkluderas eller exkluderas har även lästs i sin helhet eller delar av. De valda artiklarna har sedan lästs i sin helhet. På detta sätt söktes 14 artiklar fram.

En artikel söktes manuellt. Detta efter förarbete då tidigare uppsatser i ämnet har granskats. Dessa söktes fram på hemsidan www.uppsatser.se med sökordet hypertoni. Flera uppsatserns litteraturlistor har granskats och flera artiklar har sökts fram manuellt för att kunna granskas och sedan inkluderas eller exkluderas. På detta sätt kunde en relevant artikel inkluderas i litteraturstudien, se Bilaga 1.

Inklusionskriterier

Artikeln ska beröra hypertoni. Den ska omnämna sjuksköterskor eller ha ett tydligt omvårdnadsperspektiv. Artikeln skall även beröra ickefarmakologisk behandling i form av livsstilsförändringar i syfte att sänka ett högt blodtryck. Detta ska skapas genom rådgivning som innebär att ge information, motivation eller stöd till patienter med hypertoni eller då attityder till hypertoni och ickefarmakologisk behandling tas upp. Endast studier där vuxna patienter med hypertoni undersöks inkluderas. Studierna ska vara skrivna på engelska.

Exklusionskriterier

Studier av andra sjukdomar med eller utan hypertoni exkluderas. Exempel är obesitas, diabetes, metabolt syndrom, riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Artiklarna ska inte innehålla farmakologisk behandling av hypertoni. Artiklarna ska ej studera olika livsstilsåtgärders påverkan på blodtrycket då det i detta fall ej är relevant att studera vad som ska ingå i informationen, utan det intressanta är istället hur det förmedlas. Studier som är gjorda av läkare eller som studerar läkare exkluderas. Även studier gjorda på barn eller gravida exkluderas.

Sammanställning

Femton artiklar föll inom inklusionskriterierna. För att analysera det insamlade materialet har induktiv metod (33) använts där texten har kategoriserats i 7 olika teman för att skapa struktur. Artiklarna lästes igenom minst två gånger i syfte att finna förutsättningar, möjligheter eller hinder för sjuksköterskan att kunna informera, motivera och stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Relevanta fynd ströks under. Det understrukna materialet från varje artikel sammanfattades på olika lappar beroende på vad de handlade om. Lappar med liknande teman fick ingå i samma grupp. Dessa grupper studerades sedan för att finna rubriker till resultatet.

RESULTAT

Vid sammanställning av studerade artiklar som analyserats utifrån syftet framkom sju teman. Dessa teman utgör olika aspekter av de förutsättningar, möjligheter och hinder som finns för att sjuksköterskan ska kunna informera, motivera och stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar i syfte att sänka blodtrycket. Artiklarna som ingår i resultatet återfinns i Bilaga 2. En sammanfattning av resultatet presenteras i sammanställningen nedan.

Tema	Förutsättning	
Livsstil	Livsstil diskuteras	
	Möjligheter	Hinder
Livsstilsförändringar	Patientcentrerad vård Ett motiverande förhållningssätt	
Tid	Kontinuitet	Tidsbrist
Relationen mellan sjuksköterska och patient	En god relation mellan sjuksköterska och patient	
Sjuksköterskans professionella egenskaper	Professionell trovärdighet Pedagogisk kompetens Medvetenhet om uttryck och attityder	Otillräckliga kunskaper i livsstilsrådgivning
Patientens attityd	Tar sjukdomen seriöst Skapar mål för behandling Anser sig vara ansvarig för egenvård	Att inte bry sig, ej ta hypertoni på allvar, att anpassa sig till hypertoni eller vara frustrerad Inga symtom Hypertoni under lång tid
Patientens empowerment	Kunskap Delaktighet	

Livsstil

I en studie undersöktes i vilken utsträckning ickefarmakologisk behandling togs upp under besök för blodtrycksmätning. De 21 sjuksköterskorna som deltog i studien var randomiserat utvalda från 22 vårdcentraler i södra Sverige. Studien visade att ickefarmakologisk behandling vid hypertoni togs upp vid 18 besök av 63, det vill säga vid 28 % av tillfällena. De vanligaste ämnena som diskuterades var kost och fysisk aktivitet och det minst vanliga var alkohol. Desto längre sjuksköterskan hade arbetat i primärvården desto mer benägen var hon/han att använda ickefarmakologisk behandling som metod för att främja hälsan (34). Vid uppföljning av patienter med hypertoni i en mindre studie visades det att samtliga sjuksköterskor, fyra till antalet, diskuterade livsstil med patienterna. Sjuksköterskorna informerade om riskfaktorer, livsstilens betydelse för högt blodtrycket och risk för hjärt-kärlsjukdom. Det vanligaste området patienterna relaterade till var livsstil. Sjuksköterskorna tog upp området livsstil i större utsträckning än vad läkarna gjorde vilket ledde till att författarna till studien konstaterade att sjuksköterskan bör ha en central roll vid vård av patienter med hypertoni (35). I en studie där sjuksköterskor introducerades i patientcentrerad vård med

SOC-modellen visades att sjuksköterskorna rådgivning angående ickefarmakologisk behandling ökade efter denna introduktion jämfört med innan. Samtliga områden, fysisk aktivitet, rökning, alkohol, blodfetter, vikt och stress, diskuterades mer ofta (36).

Livsstilsförändringar - med ett patientcentrerat och motiverande förhållningssätt

Flertalet studier har visat på goda resultat då sjuksköterskan informerar, motiverar och stödjer till livsstilsförändringar (37-42). Samtliga studier som har involverat patientcentrerad vård har visat på goda resultat i form av livsstilsförändringar som resulterar i ett sänkt blodtryck. Att använda ett motiverande förhållningssätt har visat sig vara effektivt vid ickefarmakologisk behandling av hypertoni (37-39). I en undersökning där 292 patienter med hypertoni ingick användes ett motiverande förhållningssätt baserat på små fokusgrupper där diskussioner ägde rum samt rollspel med reflektion för interventionsgruppen. Detta visade på positiva effekter på blodtrycket jämfört med en kontrollgrupp som endast fick muntlig information om livsstilsfaktorer. Interventionsgruppen hade vid uppföljning efter tolv månader gjort en signifikant förändring av livsstilen och visade signifikant lägre blodtryck än kontrollgruppen (37). En annan studie, där ett motiverande förhållningssätt också användes, med motiverande samtal och SOC-modellen visade även den på goda resultat. Etthundrasextiosex patienter med hypertoni randomiserades till antingen en kontrollgrupp, en låg-interventionsgrupp eller en hög-interventionsgrupp. Kontrollgruppen fick traditionell vård, låg-interventionsgruppen ett möte samt fem telefonrådgivningstillfällen och hög-interventionsgruppen hade sex fysiska möten med en sjuksköterska. Programmet skulle ta upp följande; viktreduktion, alkohol minskning, saltrestriktioner, fettrestriktioner, ökning av fysisk aktivitet och rökstopp. Jämfört med kontrollgruppen visade låg-interventionsgruppen på signifikant minskning i alkohol- och saltintag och hög-interventionsgruppen visade på minskning av blodtrycket samt vikten (38). Vid patientcentrerad vård i form av patientberättelser, så kallad story-centered care diskuterades patientens sociala nätverk, levnadsvanor och dagliga liv. Vad som är av betydelse för patienten och hur detta kunde sättas i relation till att kunna skapa nya, hälsosamma vanor för patienten togs också upp. Tjugofyra försökspersoner randomiserades till story-centered care, som gavs under fyra tillfällen, eller till traditionell vård. Samtliga deltagare fick fysisk aktivitetsträning och kostrådgivning. Båda grupperna minskade blodtrycket, men gruppen som fick story-centered care visade sig ha ett signifikant minskat vaket systoliskt blodtryck under de sex månader som studien pågick. Denna grupp fick även ett blodtryck inom normala värden (<120/75) (39).

Livsstilsförändringar - med individuell rådgivning och/eller gruppundervisning

Resultaten vad gäller individuell rådgivning enbart eller i kombination med gruppundervisning har dock ej varit entydiga (40-43). Då rådgivning av sjuksköterskor och dess påverkan på blodtrycket undersöktes hos patienter med hypertoni uppnåddes ingen signifikant skillnad i minskningen av blodtrycket jämfört med traditionell vård. Fyrtiosex försökspersoner delades genom randomisering upp i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Båda grupperna fick vid studiens början information om livsstilsfaktorer såsom rökning, kost och fysisk aktivitet. Kontrollgruppen fick därefter ingen mer rådgivning medan interventionsgruppen hade möten om livsstilsförändringar en gång per månad till studiens slut efter sex månader. Resultatet visade att båda gruppernas blodtryck sänktes men ingen signifikans visades mellan grupperna vilket

innebar att månadliga möten med sjuksköterska om livsstil i detta fall inte hade någon betydande effekt på blodtrycket. Däremot visades minskad ökning av midjemåttet och en sänkning av triglyceridkoncentrationen (blodfett) i interventionsgruppen vilket i sig bidrog till en minskad risk för hjärt-kärlsjukdom (43). Motsatt till föregående resultat visade en studie där 100 patienter fick rådgivning av sjuksköterskor var tredje månad under femton månader på en signifikant sänkning av det systoliska blodtrycket. Patienterna gavs vid första tillfället en broschyr om hypertoni och livsstilsförändringar för att sänka blodtrycket och därmed minska risken för hjärtkärlsjukdom. Rådgivning och information om livsstilsförändringar gavs under senare möten utifrån patientens individuella riskprofil. Förutom en sänkning av det systoliska blodtrycket sågs en ökning av den fysiska aktiviteten, en minskning i kvinnornas vikt och antalet rökare minskade (40). I en annan studie kombinerades undervisningsklasser med individuell rådgivning. Syftet var att skapa omfattande livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni under sex månader. Sjuttio patienter deltog och randomiserades till interventionsgrupp eller kontrollgrupp. Kontrollgruppen blev uppmanad att behålla sin vanliga livsstil. Interventionsgruppen gjorde omfattande livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet, minskat fettintag, effektiv hantering av stress och rökstopp. Detta resulterade i en signifikant minskning av blodtrycket, vikt och BMI, midjemått och en sänkning av triglycerider, LDL-C och TC (blodfetter) (41). När 715 patienter med hypertoni studerades över två år visades en signifikant minskning av blodtrycket endast för de patienter som inte var behandlade med läkemedel mot högt blodtryck. Patienterna blev randomiserade till antingen interventionsgruppen eller traditionell vård. Målet för interventionsgruppen var att uppnå en normal vikt (BMI<25), dagligt saltintag på under fem gram, alkoholkonsumtion mindre än två drinkar per dag, att motionera intensivt 30 minuter minst tre gånger per vecka och att sluta röka. Patienterna fick individuell rådgivning av sjuksköterska fyra gånger under första året och tre gånger under andra där de blev instruerade att förändra sin livsstil utifrån den individuella situationen. Förutom reduceringen i blodtryck hos interventionsgruppens deltagare som inte behandlades med läkemedel mot hypertoni visades en signifikant viktminskning, minskning av midje- och höftomfång och ökad fysisk aktivitet för hela interventionsgruppen (42).

Tid

Ett hinder som angavs för att diskutera livsstilsförändringar var brist på tid. Hälften av sjuksköterskorna ansåg att schemat var för hektiskt för att hinna sätta sig in i patienternas livssituation och kunna diskutera livsstilsförändringar (44). Sjuksköterskorna ansåg att för att kunna skapa en förtroendefull relation under hälsorådgivningen och därmed diskutera livsstil krävs att tillräcklig tid är avsatt för mötet. Speciellt det första mötet kräver tid för att kunna bygga basen för en förtroendefull relation. Tid krävs även innan besöket för att kunna bli insatt i patientens bakgrund och vad som har diskuterats under tidigare vårdtillfällen. Kontinuitet uttrycktes vara en förutsättning för att skapa ett förtroende mellan sjuksköterska och patient och ge goda resultat vad gäller livsstilsförändringar. Tid måste finnas så att patienterna kan komma på återbesök och för att sjuksköterskorna ska kunna följa upp patienterna. Det ansågs även viktigt att sjuksköterskorna var tillgängliga om patienterna av någon orsak behövde kontakta dem för information, konsultation eller stöd (45).

Relationen mellan sjuksköterska och patient

De tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att vid mötet med patienter med hypertoni för att informera, motivera och stödja till livsstilsförändringar var relationen av stor betydelse. En god relation ansågs öppna möjligheter för att diskutera kring livsstilsförändringar och för att dessa sedan ska kunna omsättas i praktiken. Sjuksköterskorna menade att för att skapa en god relation krävs en medvetenhet om vilka faktorer som frambringar detta. För att kunna skapa en förtroendefull relation ansågs det vara viktigt att sjuksköterskan har kommunikativ och pedagogisk kompetens, är medveten om sina uttryck och attityder, uppträder med professionell trovärdighet och agerar respektfullt (45). Vid uppföljning av patienter med hypertoni hos sjuksköterskan sågs en större interaktion mellan sjuksköterskan och patienten än då patienten hade sitt återbesök hos läkaren. Under dessa besök diskuterades även livsstil i större utsträckning. På detta sätt kan en god interaktion och relation resultera i att livsstilsförändringar blir möjliga i högre grad (35). Efter ett hälsoundervisningsprogram för patienter med hypertoni i små grupper, angav både sjuksköterskorna och patienterna att relationen hade förbättrats med hjälp av programmet. Tack vare den goda relationen, tillsammans med kunskap om hypertoni och livsstilsförändringar, hade hälften av patienterna lyckats förändra sitt beteende till hälsosammare vanor (46).

Sjuksköterskans professionella egenskaper

En övervägande majoritet av sjuksköterskorna ansåg att det ingår i deras arbete att informera om livsstilsrelaterade risker och att motivera och stödja till livsstilsförändringar. Trots detta ansåg bara lite mer än hälften att de har tillräckliga kunskaper i hälsorådgivning. Sjuksköterskor med färre års yrkeserfarenhet rapporterade oftare att de har tillräckliga kunskaper i hälsorådgivning än de som arbetat längre tid. Två tredjedelar av sjuksköterskorna upplevde ändå att de lyckats hjälpa många patienter till en mer hälsosam livsstil (44).

Att ha en professionell trovärdighet ansågs vara viktigt då det gäller att skapa en förtroendefull relation till patienten. Detta handlade om att ha kunskap om hälsorådgivning, men även om att känna till och vara välinsatt i patientens bakgrund. Att veta varför patienten sökte hjälp, vad som hade blivit diskuterat under tidigare besök och vilka mediciner patienten tog förutsatte patienten att sjuksköterskan visste eller hade tagit reda på. Därför var det viktigt att detta var gjort före mötet för att kunna vinna patientens förtroende (45).

Sjuksköterskans pedagogiska kompetens ansågs vara ett viktigt redskap vid rådgivning om livsstilsförändringar. På vilket sätt informationen förmedlades ansågs ha betydelse för om en förtroendefull relation kunde skapas. Även om sjuksköterskan ville förmedla all den information hon/han kunde så gynnade det inte alltid patienten. Därför var det viktigt att informationen förmedlas i lagom stor mängd och på rätt nivå (45). Då sjuksköterskorna fick öva på patientcentrerad vård blev de mer benägna att ge individuellt anpassad information. Sjuksköterskorna började med att fråga patienterna vad de redan visste och utgick sedan från detta när de skulle tillföra ny information där så behövdes. Sjuksköterskorna blev även duktigare på att hjälpa patienten med att väga för- och nackdelar med en livsstilsförändring. Detta resulterade i att förslag om hur och när en livsstilsförändring ska ske blev mer förekommande (47). Att lära sig en metod för hälsorådgivning, i detta fall SOC-modellen gjorde att sjuksköterskan skapade en

bättre struktur under rådgivningen. Individuellt anpassad information gavs, patienternas nivå av motivation identifierades och stöd gavs då så behövdes (36). Patienterna uppskattade då sjuksköterskan förklarade allt på ett tydligt sätt. Att göra detta genom praktiska exempel, att både visa hur man gör rent praktisk och förklara med hjälp av exempel, var mycket uppskattat (46).

Att vara medveten om uttryck och attityder menade sjuksköterskorna var viktigt då sjuksköterskan ska informera, motivera och stödja till livsstilsförändringar. Att vara medveten om både det verbala och ickeverbala uttrycket är en förutsättning för att kunna skapa en förtroendefull relation. Det ansågs även viktigt att sjuksköterskan var medveten om vilka attityder hon/han har. Sjuksköterskan bör försöka att inte upplevas som eller vara kritiserande, dömande eller lägga skuld på patienten då detta leder till att patienten tappar förtroendet för sjuksköterskan. Det ansågs istället viktigt att kommunicera med respekt. Att ha förmåga att lyssna på patienten och nå honom/henne på dennes nivå var av stor relevans. En respektfull kommunikation inbegrep också lyhördhet, känslighet och medmänsklighet. Det var även viktigt att sjuksköterskan försökte förstå och sätta sig in i patientens situation (45). Då sjuksköterskorna fick öva på att använda sig av patientcentrerad vård med hjälp av SOC-modellen blev resultatet att stöd gavs i större utsträckning än tidigare till patienterna vad gäller att förändra livsstilen och bevara en nyförvärvad mer hälsosam livsstil (36).

Patientens attityd

En majoritet av sjuksköterskorna ansåg att ett hinder för livsstilsförändringar var patienternas ovilja till livsstilsförändringar. Patienternas otillräckliga kunskap ansågs mer sällan vara ett hinder för behandling (44). Efter att ha undersökt sjuksköterskors och patienters åsikter om ett hälsoundervisningsprogram för patienter med hypertoni i små grupper framkom att många patienter ville ändra sin livsstil. Sjuksköterskorna angav beteendemässiga förändringar som den huvudsakliga vinsten av programmet och hälften av patienterna rapporterade också att de hade förändrat sin livsstil. Den andra hälften rapporterade att de inte tänkte ändra på beteenden som var skadliga för deras hälsa och gav varierande förklaringar till detta (46). I en av studierna med stor undersökningsgrupp analyserades bortfallet. De patienter som valde att inte fullfölja programmet för livsstilsförändringar vid hypertoni och hoppade av under studiens gång var yngre, vägde mer, drack alkohol och rökte i större utsträckning än de som valde att fullfölja programmet. Dessa patienter var inte tillräckligt motiverade till att förändra sin livsstil. De motiverade patienterna var mer villiga att medverka i livsstilsförändrande interventioner än befolkningen i stort (42).

En studie om patienter med hypertoni och dess attityd till sjukdomen och behandling kom fram till fyra olika attityder till detta.

- Vissa patienter brydde sig inte, de hade knappt funderat över sin hypertoni alls och var inte oroliga över sjukdomen och vilka konsekvenser den kunde ge.
- Andra var seriösa och såg hypertoni som en allvarlig sjukdom, då den hade orsakat andra sjukdomar eller död till nära anhöriga.
- Några hade anpassat sig till sjukdomen, då den hade varat i lång tid och inga förändringar hade skett i deras situation.
- Och några var frustrerade då de tyckte att de hade behandlat sjukdomen väl, men detta hade inte gett några resultat i kontrollen av sjukdomen (48).

Det sågs också fyra olika nivåer av följsamhet bland patienterna med hypertoni.

- Vissa patienter var likgiltiga. De hade inget mål med behandlingen och de förändrade inte sitt beteende på grund av hälso- och sjukvården. De ansåg sig inte vara ansvariga för egenvård.
- Andra patienter kunde formulera mål med sin behandling, men lyckades inte omsätta målen i praktiken. De hade kunskap om sin sjukdom och behandling men arbetade inte aktivt för att behandla sin hypertoni. De ansåg sig delvis vara ansvariga för egenvård men behövde konstant stöttning från hälso- och sjukvården.
- Några patienter hade mål för sin behandlig och agerade för att uppnå dessa. De ansåg sig vara ansvariga för sin egenvård men de förväntade sig också hjälp av hälso- och sjukvården för att lyckas i sin behandling.
- Andra hade förändrat sina attityder till sin hypertoni och behandling och det hade blivit en del av deras dagliga liv. De ansåg sig helt ansvariga för egenvård. De ville ha relevant hjälp från vårdpersonal som skulle vara anpassad efter deras behov (48).

En upptäckt som gjordes under studien vara att om hypertoni inte gav några symtom så togs hypertoni mer sällan på allvar och patienterna var mer ovilliga till behandling. Patienterna såg ingen anledning till förändringar i livsstilen förrän hypertoni gav konsekvenser som symtom, blodtrycksrelaterade sjukdomar eller att de var tvungna att börja medicinera mot hypertoni. Det sågs också att de som hade haft hypertoni en längre tid utan några förändringar i tillståndet ansåg att deras tillstånd var permanent och såg därför ingen anledning till förändring. Dessa tog också mer lättamt på sin situation och upplevde inte sjukdomen som allvarlig (48).

Patientens empowerment

Omkring 95 % av sjuksköterskorna som tillfrågades menade att patienterna själva måste vara ansvariga för livsstilsrelaterade beslut (44). I en av studierna undersöktes hur många som hade kunskap om någon form av ickefarmakologisk behandling mot hypertoni vid studiens början. Det visade sig att 76 % hade fått eller hittat information om livsstilsförändringar tidigare. Kunskap om livsstilsförändringar skapade förutsättningar för att en beteendeförändring mot mer hälsosamma vanor skulle kunna ske (40). Den största vinsten som sjuksköterskorna och patienterna såg i ett hälsoundervisningsprogram för patienter med hypertoni i små grupper var att de fick mer kunskap om hypertoni, risker och behandling. Detta gav patienterna empowerment det vill säga möjlighet att tillägna sig inflytande över sin egen livssituation och mer kapacitet att utföra livsstilsförändringar. Patienterna uppgav att de hade större kontroll över sin sjukdom, större kunskap och bättre förutsättningar att hantera sin sjukdom efter programmet. Många av patienterna var mindre oroliga över sin sjukdom än innan och hälften av patienterna hade tillägnat sig tillräcklig kraft för att lyckas förändra sin livsstil (46). Då patientcentrerad vård utövades genom ett motiverande förhållningssätt blev patienterna mer delaktiga i sin vård. Detta skapade bättre förutsättningar för att lyckas med livsstilsförändringar och därmed sänka blodtrycket (37). Även vid patientcentrerad vård med SOC-modellen sågs att patienternas delaktighet i konversationen ökade (36). Vid ett program för omfattande livsstilsförändringar där både individuell rådgivning och rådgivning i grupp gavs sågs att patienterna tog ett större ansvar för sin hälsa och vård. Patienterna kände att de lyckades kontrollera sitt blodtryck och därmed ökade deras känsla av självförverkligande (41). Sjuksköterskorna uppgav att dialogen och konversationen är viktiga redskap för att kunna skapa närhet i

mötet och försäkra att patienten är delaktig. Detta kan stimulera patienten till att vara aktiv i behandlingen. Sjuksköterskorna upplevde att deras arbete att informera, motivera och stödja till livsstilsförändringar blev lättade om patienten var delaktig i sin egen vård (45).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Sökningar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL med ett stort antal varierande sökord. Vid flertalet sökningar återkom samma artiklar som var relevanta och dessa inkluderas i uppsatsen. Även med nya sökord återkom samma artiklar. Andra sökord gav inga nya artiklar som var relevanta för studiens syfte. Sökord där samma artiklar som redan funnits samt där inga nya upptäcktes redovisas ej i denna uppsats. Att samma artiklar återkommer vid sökningarna och att inga nya hittas kan tyda på att ämnet är uttömt.

Det är en begränsning att endast fulltextartiklar som går att finna via Göteborgs universitetsbibliotek använts. Det är möjligt att resultatet blivit annorlunda om flera artiklar gick att finna i fulltext. Dock har denna begränsning ej varit av stor betydelse i detta fall.

Flera artiklar som var relevanta för syftet var skrivna på andra språk än engelska. Artiklarnas abstract var översatt till engelska vilket gör att relevansen för syftet gick att bedöma. Dock fanns ingen översättning av artikeln i sin helhet, vilket gör att relevant forskning på detta sätt går förlorad. Språket utgör här en stor begränsning. På grund av detta begränsade jag i ett fall min sökning, där många artiklar på andra språk framkom, till att bara inkludera artiklar på engelska.

Många artiklar som har sökts fram beskriver läkarens arbete med patienter med hypertoni. Dessa exkluderades då uppsatsens fokus ligger på sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Dock kan i många fall sjuksköterskornas och läkarnas arbete vara detsamma i rådgivande arbete i syfte att förändra patientens livsstil. Det är möjligt att med ett annat fokus där läkare inkluderas kunna få fram ytterligare information och intressanta infallsvinklar som ej har framkommit i denna uppsats. I en av artiklarna (44) undersöktes både läkare och sjuksköterskors syn på patient- och professionsrollen i preventivt arbete. I detta fall har endast sjuksköterskornas syn presenterats i resultatet.

Både artiklar där sjuksköterskor och/eller distriktssköterskor undersöks har inkluderats. I samtliga fall handlar det om omvårdnadsarbete och i praktiken utförs arbetet av båda professionerna. Att enbart studera allmänsjuksköterskor ger ett för litet underlag och i en del av artiklarna har ingen skillnad gjorts av professionerna.

Vid sökningen har en öppenhet för olika aspekter och infallsvinklar eftersträvat. Detta för att kunna ge en så nyanserad bild av det funna resultatet som möjligt. Att kunna ge en helhetsbild av sjuksköterskans rådgivning hos patienter med hypertoni har även varit eftersträvanvärt då jag upplever att detta saknats i den litteratur jag läst på området tidigare. Därför har artiklarna i resultatdelen både innefattat kvalitativa och kvantitativa analyser och i ett fall båda delarna. Att ha med båda analysmetoderna har berikat resultatet i uppsatsen. I denna litteraturstudie har induktiv metod använts. Detta för att sammanfatta redan befintlig litteratur och lyfta fram kunskap ur tidigare utförda studier som sedan kan resultera i ny kunskap.

En litteraturstudie som denna med 15 artiklar är en relativt liten studie. Detta gör att tillförlitliga slutsatser ej är möjliga att dra. Dock kan resultatet bidra med och visa på

viktiga aspekter inom ämnet som är värda att studera närmare. Att inkludera fler artiklar skulle bättre stödja resultatet, kunna ge tillförlitlighet och styrka evidens. Flera artiklar som undersöker varje tema skulle också vara önskvärt för att påvisa dess betydelse. Att det fanns svårigheter att finna relevanta artiklar och att syftet ej behövde specificeras ytterligare tyder på att ämnet i dagsläget är relativt litet och outforskat och mer forskning inom området är därför önskvärt.

RESULTATDISKUSSION

Riktlinjer för hypertoni behandling fastställer att ickefarmakologisk behandling, det vill säga livsstilsförändringar, ska utgöra grunden för behandling för patienter med hypertoni (4). En förutsättning för att detta ska kunna ske är att livsstilsfaktorer diskuteras vid patientbesök med patienter med hypertoni. I denna litteraturstudie framkom att livsstil endast diskuterades i 28 % av fallen (34) och i en mindre studie i samtliga fall (35). I en stor studie där det undersöktes om allmänläkare diskuterar livsstil med patienter med hypertoni upptäcktes liknande resultat som i den förstnämnda studien. I denna studie togs ämnet upp under 40 % av patientbesöken (49). I dessa större studier (34,49) där ett stort antal sjuksköterskor respektive läkare undersöks visar på att livsstil diskuteras i liten utsträckning. I den mindre studien (35) diskuterade samtliga sjuksköterskor livsstil. Här observeras dock endast fyra sjuksköterskor vilket gör att det är svårt att dra större slutsatser utifrån denna studie. Undersökningen (35) gjordes under uppföljningsbesök för patienter med hypertoni hos sin sjuksköterska. Den större studien (34) gjordes under besök för blodtrycksmätning hos sjuksköterska, där många av patienterna träffade sjuksköterskan för första gången. Att livsstil diskuteras mer frekvent vid uppföljningsbesök än vid ett förstagångsbesök skulle också kunna vara en tänkbar förklaring till att en stor skillnad har kunnat ses mellan studierna.

Vid uppföljning av patienter med hypertoni hos sjuksköterska sågs en större interaktion mellan sjuksköterskan och patienten än då patienten hade sitt återbesök hos läkaren (35). Vid läkarbesöken var patienterna passiva och det förekom sällan samarbete i beslutsprocessen. Lite tid lades på att diskutera risker och livsstilsfaktorer relaterat till hypertoni (50). Vid besök hos sjuksköterskorna togs området livsstil upp i större utsträckning än vad läkarna gjorde. Då en god interaktion och relation skapas kan detta resultera i att livsstilsförändringar bli möjliga i högre grad. Studien konstaterar att sjuksköterskan därför bör ha en central roll vid vård av patienter med hypertoni (35). I en reviewartikel (32) har det visats att chansen för att motivera till livsstilsförändringar och att göra patienten delaktig och ta ansvar för sin egen hälsa ökar vid program för patienter med hypertoni där sjuksköterskan arbetar relativt självständigt och endast konsulterar läkare när det är nödvändigt. Sjuksköterskan har ett holistiskt och psykosocialt synsätt som utgör en fördel i situationer där livsstil diskuteras. Det har också visats att sjuksköterskan är mer framgångsrik vad gäller att interagera med patienterna, kan ta sig mer tid till patienten och patienten kommer på återbesök mer ofta (32). Sjuksköterskan har i hypertoni vård ansvaret för omvårdnaden som innefattar rådgivning om livsstilsförändringar medan läkaren har det medicinska ansvaret. Läkare och sjuksköterskor bör här samarbeta i vården av patienter med hypertoni för att uppnå bästa resultat för patienten.

Den professionella omvårdnaden karaktäriseras av empati, yrkeskunskap och målorientering, vilka ger förutsättningar för en god kommunikation och omvårdnad (14). Litteraturstudien belyser även vikten av detta. Med empati kan här ses som att

sjuksköterskan är medveten om attityder och uttryck, visar patienten respekt och medmänsklighet, lyssnar på patienten och försöker leva sig in i dennes situation. Detta för att skapa en förtroendefull relation (45). Yrkeskunskap beskrivs i litteraturstudien som att sjuksköterskan har tillräckliga kunskaper i hälsorådgivning (45). Kommunikativ och pedagogisk kompetens är här centralt (36,45,46,47). Målorientering innebär att ge patienter med hypertoni god omvårdnad i form av rådgivning beträffande livsstilsförändringar. Detta anser sjuksköterskorna vara deras ansvar och en del i omvårdnadsarbetet (44).

Desto längre sjuksköterskan hade arbetat i primärvården desto mer benägen var hon/han att använda ickefarmakologisk behandling som metod för att främja hälsan (34). I motsats till detta rapporterade sjuksköterskor med färre års yrkeserfarenhet oftare att de har tillräckliga kunskaper i hälsorådgivning än de som arbetat längre tid (44). Författarna till denna studie menade att detta kan tyda på att undervisning om kunskaper i hälsorådgivning har ökat med åren i sjuksköterskeutbildningen. Dock borde detta då ses i den förstnämnda studien som beskriver hur det ser ut i praktiken. En annan tänkbar förklaring torde vara att benägenheten att diskutera livsstilsförändringar ökar med erfarenheten och sjuksköterskor som arbetat färre år har överskattat sin förmåga och underskattat svårigheten i rådgivning som ska resultera i att patienten förändrar sin livsstil. Rådgivning om livsstilsförändringar med patienter som har hypertoni är en viktig uppgift, men uppgiften är också svår. Detta framkommer i de studier som studerat olika metoder för livsstilsförändringar där varierande resultat har kunnat ses (37-43). Vissa studier visar att sjuksköterskor lyckas väl (37-42) medan andra ej har lyckats med denna uppgift (42,43). Att informera, motivera och stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar i syfte att sänka blodtrycket utgör därför en utmaning för sjuksköterskan.

En möjlighet som har setts vid rådgivning för att kunna genomföra livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni i syfte att sänka blodtrycket har varit då ett patientcentrerat och motiverande förhållningssätt använts (37-39). Samtliga studier som har involverat patientcentrerad vård har visat på goda resultat i form av livsstilsförändringar som resulterar i ett sänkt blodtryck. Att sjuksköterskan har använt ett motiverande förhållningssätt har också visat sig vara effektivt vid ickefarmakologisk behandling av hypertoni. En meta-analys och review (51) av studier som använt ett motiverande förhållningssätt visar på att ett motiverande förhållningssätt är signifikant effektivt för en mängd olika beteendeförändringar däribland livsstilsförändringar som resulterar i en reducering av blodtrycket. Denna review visar att ett motiverande förhållningssätt överträffar traditionell behandling i omkring 80 % av studierna. Flera besök ökar också sannolikheten för att motiverande samtal ska ha effekt. Ingen studie har rapporterat motiverande samtal som skadligt och inga sidoeffekter har kunnat ses (51).

Tid är en resurs i omvårdnadsarbetet och påverkar relationen mellan sjuksköterska och patient (15). Detta har även visats i denna litteraturstudie där tid utgör en viktig faktor för om livsstilsförändringar diskuteras eller ej. Brist på tid utgör ett hinder för rådgivning om livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni (44). Att avsätta tid till uppföljning, kontinuitet i behandlingen och att vara tillgänglig har även visats vara av vikt för att kunna skapa en god relation och som kan leda till ett gott behandlingsresultat (45).

Många omvårdnadsteoretiker belyser relationen mellan sjuksköterska och patient som central i omvårdnadsprocessen (14). En god mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient är av stor betydelse för omvårdnaden (15). Detta har även påvisats i denna litteraturstudie där en god relation skapar möjligheter i behandlingen av patienter med hypertoni (35,45,46). En god interaktion och relation resulterar i att livsstilsförändringar bli möjliga i högre grad.

Den asymmetriska relationen mellan sjuksköterskan och patienten som skapas av patientens beroendeställning där patienten är beroende av sjuksköterskans kompetens, medmänsklighet och vilja att hjälpa gör patienten sårbar i förhållande till sjuksköterskans handlingar (15). Detta gäller även vid rådgivning om livsstilsförändringar. Att diskutera livsstilsförändringar innebär att diskutera patientens beteenden, levnadsvanor och liv. Att ha synpunkter på och diskutera en annan människas liv måste göras med stor respekt, lyhördhet, känslighet och medmänsklighet. Vid brist på detta kan det lätt resultera att patienten upplever sig kränkt och patienten tappar förtroendet för sjuksköterskan. Därför ansågs det vara betydande att sjuksköterskan var medveten om sina uttryck och attityder gentemot patienten. Det ansågs även viktigt att sjuksköterskan genom en respektfull kommunikation där sjuksköterskan lyssnar på patienten försöker sätta sig in i patientens situation (45).

Vid sjuksköterskans arbete med att rådgiva patienter till livsstilsförändringar är det väsentligt att diskutera begreppet egenvård. Vid individuell hälsorådgivning kan inte sjuksköterskan ändra patientens beteende utan patienten måste själv ta ställning till sina levnadsvanor (1). I litteraturstudien konstaterades att omkring 95 % av sjuksköterskorna ansåg att patienten själv måste vara ansvariga för livsstilsrelaterade beslut (44). Då patienter med hypertoni och deras attityder till behandling undersöktes ansåg sig patienterna vara ansvarig för egenvård i olika grad. Vissa ansåg sig inte vara ansvariga, andra delvis och några ansåg sig helt ansvariga för egenvård (48). Orem anser att omvårdnadens mål är att så långt som det är möjligt hjälpa patienten till självständighet i hälsorelaterade aktiviteter. Vid omvårdnad som inbegriper rådgivning om livsstilsförändringar används ett stödjande och undervisande omvårdnadssystem. Patienten har här förmåga att utföra egenvården på egen hand, men för att klara detta behöver patienten assistans av sjuksköterskan. Hjälpmetoder inkluderar i dessa situationer kombinationer av stöd, vägledning, skapande av en utvecklande miljö och undervisning. Sjuksköterskan ger omvårdnad i form av att delta i patientens strävanden att uppnå sitt mål genom att handleda, motivera, uppmuntra och stödja. Sjuksköterskan kan också bidra med undervisning, det vill säga tillföra nya färdigheter, kunskaper, metoder och strategier för patienten ska kunna tillgodose sitt egenvårdsbehov (12).

Ett hinder som sågs var patienternas ovilja till att förändra sin livsstil (42,44,46). I litteraturstudien sågs flera olika attityder som patienter med hypertoni hade till sin sjukdom och behandling. Hinder uppkom då patienterna inte brydde sig, inte tog hypertenin på allvar eller var frustrerade (48). Det kan finnas flera olika förklaringar till att dessa attityder uppkom. En del patienter har inte den motivation som krävs för att lyckas med livsstilsförändringar eller så har de inte tillräckligt med self-efficacy, det vill säga tro på den egna förmågan att lyckas med en förändring. Vissa patienter har även för lite kunskap om hypertoni och om ickefarmakologisk behandling. I en av de ingående artiklarna sågs att 76 % av patienterna hade kunskap om någon form av ickefarmakologisk behandling mot hypertoni vid studiens början (40). Sjuksköterskans uppgift är här att informera, motivera och stödja dessa patienter. Möjligheter som sågs

var då patienterna tog sjukdomen seriöst, skapade mål för behandlingen samt ansåg sig vara ansvarig för egenvård (48). Dessa olika typer av attityder och förhållningssätt hos patienter med hypertoni bör undersökas av sjuksköterskan. Detta för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad då olika patienterna är i behov av olika vård och stöd.

Eftersom hypertoni i de flesta fall inte ger några symtom (29) kan det vara svårt att motivera patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Detta sågs också i en av artiklarna (48). Då hypertoni ej gav några symtom var patienten mer ovillig att förändra sin livsstil. Det sågs även att då patienterna hade haft hypertoni en längre tid ansåg de att tillståndet var permanent och såg därför ingen anledning till förändring (48). På grund av detta är det relevant att fånga upp patienter med hypertoni så tidigt som möjligt, det vill säga redan då de får sin diagnos. Då är motivationen till förändring stor, vilket gör att patienten har en god chans att lyckas med livsstilsförändringar.

Patientens rätt till att vara delaktig i sin vård, i beslut och behandling är något som både svensk lagstiftning och yrkesetiska riktlinjer för sjuksköterskor understryker (2,7). Att göra patienten delaktig i sin behandling genom att integrera patienten i diskussionen med vårdpersonal och vara en del av beslutsprocessen skapar möjligheter för att patienten ska kunna förändra livsstilen i syfte att sänka blodtrycket för att minimera risken för hjärtkärlsjukdom. En möjlighet är då patienterna är delaktiga i sin vård och sätter upp mål med sin behandling (36,37,45,46,48). Sjuksköterskorna i en av studierna upplevde att rådgivningen till livsstilsförändringar blev lättare då patienten var delaktig i sin vård (45). Flera studier beskriver att patienterna var mer delaktiga i sin behandling efter de olika interventionsprogrammen (36,37,41,46). Patienterna upplevde att de hade bättre kunskap, upplevde sig ha större kontroll och bättre förutsättningar att hantera sin sjukdom och behandling. På detta sätt fick patienterna empowerment, det vill säga möjlighet att tillägna sig inflytande över sin egen livssituation. Då patienten är delaktig, har den kunskap, de färdigheter, attityder och självmedvetenhet som krävs för att påverka det egna beteendet i syfte att förbättra sin livskvalitet skapas möjlighet för patienten att genomföra livsstilsförändringar.

REFERENSER

1. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger?? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Stockholm: Nykopia Tryck AB; 2001.
2. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005.
3. Lindgärde T, Thulin J, Östergren J (red.). Kärlsjukdomar – lärobok i medicinsk angiologi. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt. Vol. 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
5. The ICN Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/definition.htm> (2009-12-08)
6. Vårdförbundet.
<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=1739> (2009-12-08)
7. Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Socialdepartementet.
8. Jahren Kristoffersen N. Hälsa och sjukdom. In: Jahren Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A (red.). Grundläggande omvårdnad. Del 1. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2005.
9. Willman A. Hälsa och välbefinnande. In: Edberg A-K, Wijk H (red.). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. 1. uppl. Lund : Studentlitteratur; 2009.
10. WHO definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (2009-12-08)
11. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
12. Orem D E. Nursing : concepts of practice. 4. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, cop; 1991.
13. Eldh A C. Delaktighet och gemenskap. In: Edberg A-K, Wijk H (red.). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
14. Eide H & Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning. 2.uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
15. Jahren Kristoffersen N & Nortvedt P. Relationen mellan sjuksköterska och patient. In: Jahren Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A (red.). Grundläggande omvårdnad. Del 1. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2005.
16. Løgstrup K E. Det etiska kravet. Göteborg: Daidalos; 1994.
17. Klang Söderkvist B (red.). Patientundervisning. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.

18. Miller W R & Rollnick S. Motiverande samtal. Danagårds grafiska AB: Kriminalvårdens förlag; 2003.
19. Barth T & Näsholm C. Motiverande samtal – MI. Denmark: Studentlitteratur; 2006.
20. Bandura A. Self-efficacy : the exercise of control. Basingstoke: W. H. Freeman; 1997.
21. Lejsgaard Christensen S & Huus Jensen B. Didaktik och patientutbildning. Lund: Studentlitteratur; 2004.
22. Prochaska J O, Norcross J C. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. 5. ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub., cop; 2003.
23. Ewles L & Simnett I. Hälsoarbete. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2005.
24. Smith M J, Liehr P R, editors. Middle range theory for nursing. New York: Springer Publishing Company, Inc; 2003.
25. Pellmer K & Wramner B. Grundläggande folkhälsovetenskap. 2 uppl. Stockholm: Liber; 2007.
26. Börjesson M, Kjeldsen S, Dahlöf B. 27. Hypertoni. I: FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling/Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). 2 uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
27. Kahan T & Nyström F (red.). Hypertoni och 24-timmars mätning av blodtryck. Lund: Studentlitteratur; 2009.
28. Kahan T & Enström I. Hypertoni. In: Läkemedelsboken 2009/2010. Stockholm: Apoteket AB; 2009.
29. Grefberg N & Johansson L-G (red.). Medicinboken: vård av patienter med invärtes sjukdomar. 4. uppl. Stockholm: Liber; 2007.
30. Ericson E & Ericson T. Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, Medicinskbehandling, patofysiologi. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2002.
31. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2007.
32. Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. Clinical Nurse Specialist 2003 Sep; 17(5): 260-8.
33. Forsberg C & Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 2 uppl. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.

34. Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K. Counseling Hypertensive Patients: An Observational Study of 21 Public Health Nurses. *Clinical Nursing Research* 2001; 10(4):369-86.
35. Aminoff UB, Kjellgren KI. The nurse - a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(4):582-9.
36. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6(1): 46-53.
37. Scala D, D'Avino M, Cozzolino S, Mancini A, Andria B, Caruso G, Tajana G, Caruso D. Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study. *Pharmacy World and Science* 2008; 30(6): 834-9.
38. Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 1995; 22(6-7): 466-8.
39. Liehr P, Meininger JC, Vogler R, Chan W, Frazier L, Smalling S, Fuentes F. Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension. *Applied Nursing Research* 2006; 19(1): 16-21.
40. Drevenhorn E, Kjellgren KI, Bengtson A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses* 2007; 16(7b):144-51.
41. Cakir H, Pinar R. Randomized Controlled Trial on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients. *Western Journal of Nursing Research* 2006; 28(2): 190-215.
42. Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH, Mustonen JN, Salomaa VV, Sundvall JE, Tuomilehto JO, Uusitupa MI, Nissinen AM. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Journal of Hypertension* 2002; 20(12): 2505-12.
43. Tonstad S, Alm CS, Sandvik E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6(2): 160-4.
44. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25(4): 244-9.
45. Eriksson I, Nilsson K. Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(17): 2352-9.

46. Leung CM, Ho GKH, Foong M, Ho CF, Lee PKK, Mak LSP. Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(6): 631-9.
47. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. A content analysis of patient centredness in hypertension care after consultation training for nurses. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2006; 8(2). (14p)
48. Lahdenperä TS, Kyngäs HA. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(2):189-95.
49. Milder IE, Blokstra A, de Groot J, van Dulmen S, Bemelmans WJ. Lifestyle counseling in hypertension-related visits--analysis of video-taped general practice visits. *BMC Family practice* 2008; 14;9:58.
50. Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. Antihypertensive treatment and patient autonomy--the follow-up appointment as a resource for care. *Patient education and counseling* 2000; 40(1): 39-49.
51. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 55(513): 305-12.

Bilaga 1. Litteratursökning

Sökord	Databas Begränsningar	Datum	Antal funna	Antal valda	Referenser
Hypertension	PubMed	091020	306073	För stort fynd!	
Hypertension	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091020	10119	För stort fynd!	
Hypertension Counseling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091020	100	För stort fynd!	
Hypertension Counselling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091020	21	7	36, 42, 43, 44, 45, 47, 48
Hypertension Nursing Counselling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091020	5	4	42, 44, 45, 47
Hypertension Nursing Counseling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091020	14	4	34, 42, 44, 47
Hypertension Nursing Patient education	CINAHL Peer Reviewed Research Article Language: English	091020	30	5	34, 35, 44, 45, 47
Hypertension Counselling Lifestyle	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	8	6	36, 42, 43, 44, 47, 48
Hypertension Counseling Lifestyle	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	25	6	36, 39, 41, 42, 44, 47,
Hypertension Life Style Motivational interviewing	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	0	0	
Hypertension Life Style Motivational interviewing	PubMed	091024	5	2	37, 38
Hypertension Lifestyle changes Nursing Counseling	PubMed	091024	9	3	36, 40, 43
High blood pressure	PubMed	091020	374633	För stort fynd!	

High blood pressure	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	528	För stort fynd!	
High blood pressure Counselling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	2	1	44
High blood pressure Counseling	CINAHL Peer Reviewed Research Article	091024	5	1	44

Manuell sökning

En artikel (46) hittades i referenslistan ur uppsatsen:
 Bäckstrand C & Månsson T. C-uppsats. Högt tryck på sjuksköterskerollen - En litteraturstudie om sjuksköterskans roller vid hypertoni vård. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för Hälsa (HAL), 2008.

Bilaga 2. Artikelpresentation

Referensnummer: 34

Författare: Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K.

Titel: Counseling Hypertensive Patients: An Observational Study of 21 Public Health Nurses

Tidskrift: Clinical Nursing Research

År: 2001

Land: Sverige

Syfte: Att observera vilken typ av ickefarmakologisk behandling som gavs av sjuksköterskor under ett besök för blodtrycksmätning och att mäta sjuksköterskornas och patienternas aktivitetsnivå med instrumentet Nurse Practitioner Rating Form(NPRF).

Metod: Kvantitativ studie. Tre strukturerade observationer gjordes av 21 primärvårdssjuksköterskor på deras kontor på vårdcentralen.

Urval: Ett sjukvårdsdistrikt i Skåne med 22 vårdcentraler och 114 anställda sjuksköterskor valdes. Sjuksköterskor utan specialistutbildning eller med mindre erfarenhet än 2 år exkluderades. Även sjuksköterskor på den vårdcentral som hade varit involverade i utprovning av instrumentet exkluderades. Av de återstående 99 sjuksköterskorna blev 25 randomiserat utvalda. 4 sjuksköterskor avstod från att delta och 21 sjuksköterskor deltog i studien.

Resultat: Distriktssjuksköterskorna diskuterade ickefarmakologisk behandling, i huvudsak kost och fysisk aktivitet, vid 18 besök av 63. Vid 15 observationer hade diskussionen en psykosocial aspekt. Den mesta av informationen och råden berörde somatiska aspekter av behandlingen. Nästan alla patienter frågade om medicinering. Vid mer än hälften av besöken möttes sjuksköterskan och patienten på samma medel eller höga nivå i kommunikationen.

Referensnummer: 35

Författare: Aminoff UB, Kjellgren KI.

Titel: The nurse - a resource in hypertension care

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2001

Land: Sverige

Syfte: Att utforska innehållet och strukturen i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska vid uppföljande möten om hypertoni.

Metod: Data analyserades med kvalitativ och kvantitativ metod. Den empiriska datan bestod av bandinspelningar från 20 uppföljningsbesök mellan sjuksköterska och patient med hypertoni.

Urval: Samtliga patienter (n.20) bodde i södra Sverige och rekryterades från olika vårdcentraler och en hypertonienhet på en specialistklinik. Alla sjuksköterskor var kvinnor (n.4) och tre av dem hade tidigare utbildning i medicinsk och kirurgisk vård. Alla hade genomgått ytterligare utbildning i till exempel primärvård, diabetesvård, hälsovård, vårdvetenskap.

Resultat: Alla sjuksköterskorna pratade med patienterna om livsstil. Jämfört med tidigare studier om uppföljning av läkare så tog sjuksköterskor upp livsstil i större utsträckning. Patienterna var också mer involverade i interaktionen med sjuksköterskan än med läkarna. Sjuksköterskor bör därför ha en central roll vid hypertoni-vård.

Referensnummer: 36

Författare: Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI.

Titel: Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model.

Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att analysera effekterna av sjuksköterskors träning av användningen av the stages of change model (SOC modellen) vid rådgivning för att få patienter med hypertoni att göra livsstilsförändringar.

Metod: Kvalitativ studie. Analyserades med hjälp av innehållsanalys. Som en del i en randomiserad kontrollerad studie tillhörande 19 sjuksköterskor interventionsgruppen och deltog i videospelad träning med simulerade patienter. För att kunna utvärdera utbildningen bandinspelade sjuksköterskorna sin rådgivning med två patienter före och efter insatsen. Analysen fokuserar på områden av icke-farmakologisk behandling och sjuksköterskor uppmärksamhet av patienternas beredskap för förändring.

Urval: En tillfrågan för sjuksköterskor att delta i Sophi studien (Sjuksköterskans omvårdnad av patienter med hypertoni) gjordes genom en inventering av alla svenska vårdcentraler med sjuksköterskeledda kliniker för hypertoni. Sjuksköterskor som deltog i studien randomiserades till en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp. Av totalt 31 deltagare i interventionsgruppen deltog 19 i rådgivningsträningen.

Resultat: Patienternas deltagande i rådgivningen ökade efter utbildningen. Betydelsen av icke-farmakologisk behandling nämns oftare för alla områden inom livsstilsförändring (motion, rökning, alkoholkonsumtion, kost och stress). Sjuksköterskorna fick en tydligare struktur för rådgivningen. Efter utbildningen ägnades uppmärksamheten oftare till att stödja i förändring och bevarande stadierna och en hel del information gavs.

Referensnummer: 37

Författare: Scala D, D'Avino M, Cozzolino S, Mancini A, Andria B, Caruso G, Tajana G, Caruso D.

Titel: Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study.

Tidskrift: Pharmacy World and Science

År: 2008

Land: Italien

Syfte: Att bedöma effekten av ett omfattande motiverande förhållningssätt för att minska blodtrycket hos italienska patienter med hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. The Hypertension Working Group (HWG) vid Cardarelli sjukhuset i Neapel, Italien, utvecklade ett motiverande förhållningssätt, baserat på metoder för gruppdiskussioner och rollspel, för att sänka blodtrycket hos patienter med hypertoni genom en förändring av livsstilen. Ett frågeformulär utformades för att utvärdera effekten av insatserna i livsstilsförändring. Patienter fick enkäten, deras blodtryck mätt och läkemedelsbehandling registrerad före den pedagogiska insatsen och 12 månader senare. Interventionsgruppens patienter deltog i fokusgrupper och i rollspel. Kontrollgruppens patienter fick muntlig information.

Urval: Tvåhundra nittiotvå förstabetesöks patienter med hypertoni utan diabetes och höga blodfetter och BMI <28 inkluderades. Av dessa randomiserades 142 till en kontrollgrupp och 150 till en interventionsgrupp.

Resultat: Efter 12 månader sågs en signifikant reduktion av blodtrycket i interventionsgruppen och en signifikant reduktion enbart av det systoliska blodtrycket hos kontrollgruppen. Blodtrycket sjönk mer merkant i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Livsstilsförändringar sågs i båda grupperna vid uppföljning.

Referensnummer: 38

Författare: Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I.

Titel: A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results.

Tidskrift: Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology

År: 1995

Land: Australien

Syfte: Att bedöma om ett livsstilsförändringsprogram som genomförs av en rådgivande sjuksköterska skulle förbättra kontrollen av blodtrycket hos behandlade patienter med hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. Alla patienter bedömdes före och efter 18-veckorsprogrammet. Livsstilsfrågeformulär och mätningar har analyserats.

Urval: Vid en granskning framkom 566 behandlade patienter med hypertoni vid 13 vårdenheter i Perths huvudstadsregion. Patienterna informerades via brev om studien och de första 219 av dessa som var villiga att delta kontaktas sedan via telefon och inbjöds att delta. Patienterna randomiserades till en kontrollgrupp eller en av två interventionsgrupper som fick antingen en hög eller låg nivå av rådgivning.

Resultat: Jämfört med kontrollgruppen visade låg-interventionsgruppen en signifikant minskning av saltintag och alkohol och hög-interventionsgruppen en signifikant minskning av både vikt och blodtryck. Rådgivning av sjuksköterska kan förbättra blodtrycket och vikten hos patienter med hypertoni under 18 veckor.

Referensnummer: 39

Författare: Liehr P, Meininger JC, Vogler R, Chan W, Frazier L, Smalling S, Fuentes F.

Titel: Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension.

Tidskrift: Applied Nursing Research

År: 2006

Land: USA

Syfte: Denna studie undersökte den blodtryckssänkande effekten av att använda story-centered care (dvs. noggrant utforska en annans berättelse) jämfört med standard livsstilsintervention (dvs. träning och kostrådgivning) för personer med hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. En randomiserande design användes. Designen omfattade tre 8-veckors perioder: preintervention, intervention och postintervention. Det fanns fyra datainsamlingspunkter som inträffar i början och efter den första, andra och tredje 8-veckors perioder. Interventionen inträffade vid 8-veckors perioden mellan den andra och den tredje datainsamlingspunkten. Under interventionsperioden deltog alla patienter i livsstilsintervention och randomiserades till story-centered care.

Urval: De försökspersoner, som var universitets- och sjukhusanställda, rekryterades genom blodtrycksscreening i en offentlig miljö. Om patienten uppfyller kriterierna för hypertoni randomiserades deltagaren till livsstilsintervention enbart eller livsstilsintervention med story-centered care. 24 patienter inkluderades i studien.

Resultat: Individer som fick story-centered care visade en större reduktion av vaket systoliskt blodtryck under den 6-månaders långa studieperioden.

Referensnummer: 40

Författare: Drevenhorn E, Kjellgren KI, Bengtson A.

Titel: Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension.

Tidskrift: Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Syftet med studien var att undersöka effekterna av att använda ett strukturerat omvårdnadsprogram med patientcentrerad rådgivning för patienter med hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. Studien genomfördes som en pre-test-post-test studie.

Urval: Alla 177 patienter med hypertoni som gjort besök på en vårdcentral i södra Sverige inbjöds att få rådgivning av en distriktsjuksköterska om högt blodtryck, kardiovaskulära riskfaktorer och icke-farmakologisk behandling med 15 månaders uppföljning. Etthundra patienter deltog i studien.

Resultat: Nivån av fysisk aktivitet ökade, en minskning av det systoliska blodtrycket och i kvinnornas vikt var de mest uppenbara resultaten av denna interventionsstudie.

Referensnummer: 41

Författare: Cakir H, Pinar R.

Titel: Randomized Controlled Trial on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients

Tidskrift: Western Journal of Nursing Research

År: 2006

Land: Turkiet

Syfte: Att undersöka effekterna av en omfattande livsstilsintervention på blodtrycket och andra kardiovaskulära riskfaktorer hos patienter med hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. Studien var utformad som en randomiserad kontrollerad studie. Data insamlades vid baseline och efter 6 månader.

Urval: Studien utfördes vid en öppenvårdsklinik för hypertoni vid ett universitetssjukhus i Istanbul, Turkiet. Studien bestod av alla personer (N = 320) som besökt öppenvårdskliniken mellan november 2000 och september 2001. Personer var berättigade om de var mellan 18 och 65 år, hade fått diagnosen hypertoni och kunde fylla i enkäten utan hjälp. 70 deltagare blev inkluderade. De randomiserades till antingen en omfattande livsstilsintervention (n = 32) eller en kontrollgrupp (n = 38).

Resultat: I slutet av 6 månader hade blodtryck, kroppsvikt, body mass index (BMI), midjemått och lipider, förutom high-density lipoprotein kolesterol HDL-C, avsevärt minskade hos interventionsgruppen. Hälsofrämjande livsstilsförändringar och värderingar för interventionsgruppen hade ökat väsentligt jämfört med kontrollgruppen. Sammanfattningsvis visar resultaten av omfattande livsstilsförändringar på positiva effekter.

Referensnummer: 42

Författare: Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH, Mustonen JN, Salomaa VV, Sundvall JE, Tuomilehto JO, Uusitupa MI, Nissinen AM.

Titel: Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland.

Tidskrift: Journal of Hypertension

År: 2002

Land: Finland

Syfte: Att bedöma om livsstilsrådgivning är effektivt vid icke-farmakologisk behandling av hypertoni i primärvården.

Metod: Kvantitativ studie. Öppet randomiserad kontrollerad design. Mätningar vid baseline, vid 1 års uppföljning och vid 2 års uppföljning.

Urval: The Lifestyle Intervention against Hypertension in Eastern Finland (LIHEF) studien genomfördes på 10 kommunala vårdcentraler i östra Finland. Försökspersonerna som ingick i studien var i åldern 25-74 år med systoliskt blodtryck 140-179 mmHg och/eller diastoliskt blodtryck 90-109 mmHg eller blodtryckssänkande läkemedelsbehandling. Av de 813 personerna som ursprungligen inkluderades i studien blev 715 slutligen uppdelade i en interventionsgrupp eller till traditionell vård.

Resultat: Bland deltagarna utan läkemedelsbehandling för hypertoni sågs efter 1 år både reducering av det systoliska och det diastoliska blodtrycket i interventionsgruppen. Minskningen i blodtryck bibehölls under det andra året. Hos deltagare med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling, kunde ingen signifikant skillnad på blodtrycket ses mellan grupperna under studien.

Referensnummer: 43

Författare: Tonstad S, Alm CS, Sandvik E.

Titel: Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial.

Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2007

Land: Norge

Syfte: Att undersöka effekterna på blodtrycket och metabola komponenter vid livsstilsrådgivning som ges av en sjuksköterska hos patienter med mild hypertoni.

Metod: Kvantitativ studie. Inledande mätningar av kardiovaskulära riskfaktorer vid baseline och efter 6 månader.

Urval: De försökspersoner som deltog hade ett systoliskt blodtryck mellan 140-169 mmHg och diastoliskt blodtryck mellan 90-99 mmHg. De randomiserades till antingen månadsvis sjuksköterskeledd livsstilsrådgivning (interventionsgruppen, N = 31) eller till traditionell vård (kontrollgruppen, N = 20).

Resultat: Vid studiens början och vid slut var blodtrycket 157/94 mmHg och 147/91 mmHg i interventionsgruppen och 153/94 mmHg och 143/92 mmHg i kontrollgruppen. Värdena var ej signifikant mellan grupperna. Sjuksköterskeledd rådgivning gav ingen reducering av blodtrycket men var associerat med en mindre ökning av midjemått och reducering av triglyceridkoncentrationen.

Referensnummer: 44

Författare: Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K.

Titel: The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses.

Tidskrift: Scandinavian Journal of Primary Health Care

År: 2007

Land: Finland

Syfte: Att utforska läkare och sjuksköterskors syn på patient- och professionsrollen vid behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar och riskfaktorer.

Metod: Kvantitativ studie. En enkätundersökning.

Urval: Enkäten och två påminnelser mailades ut till läkare och sjuksköterskor som arbetar i primärvården vid Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt I Finland. Utdelningen av enkäterna baserades på listor över anställda. Extra enkäter delades också ut för att ges till eventuella nyanställda. Den totala responsen var 59 % (läkare 53 %, sjuksköterskor 62 %) och totalt svarade 220 personer.

Resultat: En majoritet av läkarna och sjuksköterskorna ansåg att ett hinder för behandling av livsstilsrelaterade tillstånd var patienternas ovilja att förändra sitt beteende. Egenvård uppmuntrades av vårdpersonalen. En majoritet ansåg att det var deras uppgift att informera, motivera och stödja patienter till livsstilsförändringar, men bara lite mer än hälften ansåg att de hade tillräcklig kunskap för hälsorådgivning. Två tredjedelar av personalen rapporterade att de hade lyckats hjälpa många patienter att förändra sitt beteende mot mer hälsosamma vanor.

Referensnummer: 45

Författare: Eriksson I, Nilsson K.

Titel: Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att utforska de förutsättningar som behövs för att distriktssjuksköterskan ska kunna bygga en förtroendefull relation vid hälsorådgivning för patienter med hypertoni.

Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer. Innehållsanalys användes.

Urval: Chefen för tre vårdcentraler i västra Sverige gav tillstånd till studien. Chefen förmedlade kontakt med alla distriktssjuksköterskor som arbetade med hälsorådgivning för patienter med hypertoni på klinikerna. Samtliga accepterade att delta.

Resultat: Två teman upptäcktes vid analys. Det första var sjuksköterskans kompetens. Detta tema innefattar medvetenhet om uttryck både verbalt och ickeverbalt, pedagogisk kompetens och förmågan att vara trovärdig i professionen. Det andra var patientmötet som inbegriper kontinuitet och skapandet av respektfull kommunikation.

Referensnummer: 46

Författare: Leung CM, Ho GKH, Foong M, Ho CF, Lee PKK, Mak LSP.

Titel: Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2005

Land: Kina

Syfte: Att utforska de förväntningar, insikter, åsikter och erfarenheter från deltagare och deltagande sjuksköterskor, och de förändringar i sjuksköterska-patient relationen som uppstår efter ett hälsoundervisningsprogram för patienter med hypertoni i små grupper.

Metod: Kvalitativ studie. Efter genomförandet av ett hälsoundervisningsprogram för patienter med hypertoni i små grupper, skapades två fokusgrupper för att samla in data

från 8 sjuksköterskor, och enskilda halvstrukturerade intervjuer gjordes med 16 deltagare i programmet.

Urval: Deltagarna var 52 klienter som fullföljde programmet på åtta Department of Health general outpatient clinics (GOPCs) i de fyra huvudsakliga geografiska regioner i Hong Kong. En stratifierad teknik användes vid uttagning och patienterna valdes medvetet för att representera olika kön, ålder, utbildningsnivå och hypertonihistoria. Sammanlagt 17 personer var inbjudna att delta i enskilda intervjuer, 16 patienter deltog slutligen. Alla handledande sjuksköterskor (n.8) vid GOPCs var villiga att delta i studien.

Resultat: Undersökningsresultat visar att både patienter och sjuksköterskor tyckte om och fick ut en hel del av hälsoutbildningsprogrammet. Deras relationer förbättrades efter programmet. Ungefär hälften av patienterna uppgav att de hade förändrat sitt beteende mot mer hälsosamma vanor. Studien visade också skillnader mellan sjuksköterskornas och patienternas uppfattning av målen med programmet. Detta tyder på att det finns ett behov av att klargöra syftet med programmet.

Referensnummer: 47

Författare: Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI.

Titel: A content analysis of patient centredness in hypertension care after consultation training for nurses.

Tidskrift: Internet Journal of Advanced Nursing Practice

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Att analysera hur sjuksköterskor använder patientcentrerad rådgivning hos patienter med hypertoni efter rådgivningsträning.

Metod: Kvalitativ studie. Två bandinspelningar gjordes, före och efter träning, och analyseras med betoning på patientcentrering. Analys av inspelningarna utfördes med hjälp av innehållsanalys.

Urval: Som en del av en större randomiserad studie, SOPHI studien (Sjuksköterskans omvårdnad av patienter med hypertoni), tillfrågades sjuksköterskor som arbetade med hypertoni vid vårdcentraler. Nitton av totalt 31 sjuksköterskor i interventionsgruppen deltog i rådgivningsträningen.

Resultat: En ökning av att väga för- och nackdelar, identifiera patientens föreställningar om ickefarmakologisk behandling och diskussioner om skälen för och när man ska börja en förändring sågs efter rådgivningsträningen. Som ett resultat av utbildningen gav sjuksköterskorna oftare individuellt anpassad information.

Referensnummer: 48

Författare: Lahdenperä TS, Kyngäs HA.

Titel: Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2001

Land: Finland

Syfte: Att beskriva patienter med hypertonis följsamhet genom att mer specifikt undersöka vad följsamhet, avsikt, aktivitet, ansvar och samarbete betyder för behandlingen. Ett ytterligare syfte vara att klargöra deras attityder till sin sjukdom.

Metod: Kvalitativ studie. Data samlades in genom tematiska intervjuer och analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Urval: Under ett besök hos en sjuksköterska som specialiserat sig på vård av patienter med hypertoni ombads patienterna att delta i studien. Under ett år inkluderades 21 patienter i ett interventionsprogram.

Resultat: Fyra nivåer av följsamhet var identifierade: omedveten, kognitiv, aktiv och attityd nivå. Patienterna hade också olika fyra attityder till sin sjukdom och behandling: betydelselös, seriös, anpassande och frustrerad. Det är viktigt att vårdpersonal identifierar patientens nivå av följsamhet och attityd och anpassar vården därefter.
