

## **DISTRIKTSSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT STÖDJA PATIENTER MED HYPERTONI TILL LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR**

## **DISTRICT NURSES' EXPERIENCES OF SUPPORTING PATIENTS WITH HYPERTENSION FOR LIFESTYLE CHANGES**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2016

Författare: Elin Ahlin  
Helena Simon

## SAMMANFATTNING

Titel:	Distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar
Författare:	Ahlin, Elin; Simon, Helena
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad – distriktssköterska, OM806A, 15 hp
Handledare:	Gillsjö, Catharina
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	24
Nyckelord:	Distriktssköterskor, hypertoni, hälsofrämjande omvårdnad, livsstilsförändringar, stöd

---

**Bakgrund:** Hypertoni är ett folkhälsoproblem och utgör en stor riskfaktor för utveckling av hjärt-kärlsjukdom. Basen för omvårdnaden utgörs av livsstilsförändringar. Distriktssköterskors centrala roll innefattar att i jämlik, ömsesidig kommunikation ge råd, motivera och stödja till förändring av levnadsvanor samt främja patientdelaktighet och autonomi.

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar.

**Metod:** Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Åtta distriktssköterskor med ansvar för patienter med hypertoni intervjuades.

**Resultat:** Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier; Initierar samarbete, Bekräftar individen och Anpassar omvårdnad för patienten, med sex underkategorier.

**Konklusion:** Distriktssköterskorna upplevde sin roll central, viktig och ansvarsfull när det handlade om att ge råd och undervisning. De upplevde sig även vara en viktig länk mellan patient och andra aktörer. De ansåg att lyhördhet för patientens livssammanhang och en samtalsstrategi i kommunikationen vid livsstilsrådgivning var viktigt för främjandet av patientdelaktighet och autonomi. Att individuellt motivera till livsstilsförändring beskrevs som en svårighet och distriktssköterskorna uttryckte en frustration över att det var bristande tid för uppföljning.

## ABSTRACT

Title:	District nurses' experiences of supporting patients with hypertension for lifestyle changes
Author:	Ahlin, Elin; Simon, Helena
Department:	School of Health and Education, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS ECTS
Supervisor:	Gillsjö, Catharina
Examiner:	Sahlsten, Monika
Pages:	24
Keywords:	District nurses, health promotion nursing, hypertension, lifestyle changes, support

---

**Background:** Hypertension is a public health problem and a major risk factor for developing cardiovascular disease. The basis for the nursing care is lifestyle changes. District nurses' role includes to advise, motivate and support life style changes, as well as to promote patient participation and autonomy, through an equal and mutual communication.

**Aim:** The aim of the study was to illuminate experiences of district nurses supporting patients with hypertension to make lifestyle changes.

**Method:** The data were analyzed by qualitative content analysis with an inductive approach. Eight district nurses responsible for hypertensive patients were interviewed.

**Results:** Three categories emerged from the data analysis: Initiates cooperation; Confirms the individual and Adapts nursing for the patient, with six subcategories.

**Conclusion:** The district nurses perceived their role as central, important, and responsible when providing advice and instruction. They also considered themselves as an important link between the patient and other actors. Responsiveness of the patient's life context, as well as using a communication strategy when giving counseling on lifestyle changes were considered important to promote patient participation and autonomy. To motivate lifestyle changes individually was described as a difficulty and district nurses expressed frustration with the lack of time for follow-up.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	1
Hypertoni .....	1
Livsstilsförändringar .....	2
Hälsofrämjande omvårdnad .....	3
Distriktssköterskans roll och ansvar .....	4
Vårdande kommunikation.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE .....	7
METOD .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	8
RESULTAT .....	9
Initierar samarbete .....	9
Ge råd och undervisning .....	9
Förmedlar kontakt mellan patient och andra aktörer .....	10
Bekräftar individen .....	11
Att vara lyhörd .....	11
Involverar för eget ansvar .....	12
Anpassar omvårdnad för patienten .....	13
Tidsbrist för uppföljning .....	13
Svårighet att individuellt motivera till förändring .....	13
Resultatsammanfattning.....	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	16
Konklusion.....	19
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	20
REFERENSER .....	21

### BILAGOR

1. Brev till vårdförstärare/verksamhetschef
2. Ansökan om tillstånd för studie
3. Brev till distriktssköterskor
4. Samtycke till att delta i studie
5. Intervjuguide

## INLEDNING

Världen över lever närmare en av tre vuxna med hypertoni. Andelen patienter med hypertoni tenderar öka med stigande ålder, från att vid 20 års ålder vara en av tio till att vara fem av tio vid 50 års ålder (WHO, 2013a). I Sverige uppskattas cirka 1,8 miljoner personer leva med hypertoni (SBU, 2007). Sjukdomen ger oftast inga symtom och beskrivs som en riskfaktor för utveckling av hjärt-kärlsjukdom. Ett verifierat högt blodtryck är en signal om att personen behöver göra en livsstilsförändring. Behandling av hypertoni kan ske genom livsstilsförändringar och/eller tillförsel av läkemedel. Viktminskning, kostförändringar, ökad fysisk aktivitet, stresshantering och minskat intag av alkohol och tobak är livsstilsåtgärder som reducerar risken för att få högt eller högre blodtryck. Åtgärderna utgör basen i omvårdnaden och minskar behovet av farmakologisk behandling. För att förbättra vården behöver allmänheten få kunskap om varför hypertoni är farligt samt vägledning och stöd i hur de kan åstadkomma en livsstilsförändring som leder till bättre hälsa. Ökad kännedom om vad hypertoni är leder till att det tidigare kan upptäckas. Världshälsoorganisationen rekommenderar alla vuxna att kontrollera blodtrycket regelbundet. Distriktssköterskan har en betydelsefull funktion i dialogen med patienter som har hypertoni. Ansvaret att främja och återställa hälsa samt förebygga sjukdom och lidande utifrån individens behov ligger inom distriktssköterskans arbetsuppgifter. Den hälsofrämjande rollen förekommer naturligt hos distriktssköterskan eftersom stöd, råd och information om hälsa sker spontant i all form av kontakt med patienter. Enligt Drevenhorn, Bengtson och Kjellgren (2009) finns en stor variation i vilken omfattning och kvalitet distriktssköterskor ger råd och stöd till patienter med hypertoni. För att förbättra och säkerställa individuellt anpassad vård krävs mer kunskap kring hur distriktssköterskor arbetar med att stödja patienter med hypertoni till att åstadkomma livsstilsförändringar.

## BAKGRUND

### Hypertoni

Definitionen av hypertoni är systoliskt blodtryck  $\geq 140$  mmHg och diastoliskt  $\geq 90$  mmHg om uppmätt vid flertalet oberoende blodtryckskontroller (WHO, 2013b). Hypertoni kan även delas in i olika nivåer där mild förhöjd nivå är blodtryck 140-159/90-99 mmHg, måttlig 160-179/100-109 mmHg samt kraftig förhöjd nivå  $\geq 180/\geq 110$  mmHg (SBU, 2007). Utifrån rådande definition uppskattas cirka 1,8 miljoner personer leva med högt blodtryck i Sverige. Förekomsten är lika vanlig hos kvinnor som män och stiger med ökad ålder. Risken för kranskärlssjukdom, annan hjärt-kärlsjukdom, stroke, njursvikt och utveckling av demens ökar vid hypertoni (SBU, 2007; WHO, 2013b). Yip et al. (2004) anger att hypertoni är den riskfaktor som har störst inverkan på utveckling av kardiovaskulära sjukdomar. Genom måttligt förhöjt blodtryck löper personer med hypertoni tre gånger så stor risk att utveckla kardiovaskulära sjukdomar (Yip et al., 2004). Behandling av hypertoni har medfört en

reducerad utveckling av stroke och kranskärslssjukdom (Iso, Shimamoto, Kitamura, Iida & Komachi, 1999) Riktlinjer för behandling betonar att sammanlagd risk för hjärt-kärlsjukdom ska beaktas och behandlas hos patienten inte bara hypertoni (Socialstyrelsen, 2011).

## **Livsstilsförändringar**

Människans levnadsvanor och livsstil kan förklaras som ett långvarigt beteendemönster som präglas av socioekonomiska förhållanden och förmåga att göra val i livet. Det finns ett tydligt samband mellan ohälsosamma levnadsvanor och sociala faktorer (Socialstyrelsen, 2011). Svensson och Hallberg (2011) förklarar att livsstil baseras på människans livssituation samt de val som individen gör. Livsstil är individuellt och unikt men samtidigt kollektivt eftersom den enskilde individen påverkas av närmiljö och andra människors vanor och livsstilsmönster. Enligt Statens folkhälsoinstituts lägesrapport om levnadsvanor (2009) har det visat sig att det är fyra gånger fler lågutbildade än högutbildade kvinnor som röker. Personer med kort utbildning och sämre ekonomi rör sig mindre och har sämre matvanor än de med längre utbildning och bättre ekonomi. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är också vanligare bland socialt utsatta grupper. Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2015) beskriver att skillnaden i dödlighet har ökat mellan individer med kort respektive lång utbildning.

Basen för omvårdnad vid hypertoni ska utgöras av livsstilsförändringar. Fysisk aktivitet, stresshantering, kostförändring, viktminskning, minskat intag av alkohol och rökstopp är exempel på förändringar som bidrar till ökad hälsa och minskat behov av läkemedel (SBU, 2007; Socialstyrelsen, 2011). I en studie av Brobeck et al. (2015) framkommer att distriktssköterskor är motiverade och har en entusiasm för att initiera samtal kring livsstilsförändringar. Identifieras symtom eller tecken hos patienten som kan relateras till ohälsosamma levnadsvanor kommer distriktssköterskan samtala om betydelsen av livsstilsförändring (Brobeck et al., 2015). Ohälsosamma levnadsvanor utgör stor risk för utveckling av hypertoni vilket är en betydande riskfaktor för utveckling av hjärt-kärlsjukdom (WHO, 2013a). Enligt WHO kan 80 % av alla hjärt-kärlsjukdomar förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor (WHO, 2013b). Distriktssköterskan har en övergripande roll i det arbete som främjar till livsstilsförändringar och förbättrad hälsa (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Jallinoja et al. (2007) beskriver att en del i den övergripande rollen är att tillhandahålla information, motivera och stödja patienter till livsstilsförändringar. Det är betydelsefullt att patienter själva tar ansvar för sina livsstilsrelaterade beslut som påverkar hälsa.

Vårdbarometern (2014) anger att 78-90 % av Sveriges befolkning med varierande hälsotillstånd anser att vården bör ge stöd till att ändra ohälsosamma levnadsvanor i första hand istället för att enbart skriva ut blodtryckssänkande läkemedel. Brobeck et al. (2015) menar att frågor om livsstil tas upp i enbart en tredjedel av sjukvårdsbesöken och i de flesta fall är det med yngre individer, män och de med högre utbildning. Livsstilsråd kan medföra levnadsvaneförändringar och anses vara effektivt vid både akuta och planerade vårdbesök. Drevenhorn, Håkansson och Petersson (2001) understryker också i en studie att livsstilsfrågor sällan tas upp. De framhäver att vid besök där blodtryck följs upp tas

livsstilsfrågor upp i endast 18 av 63 fall. Enligt Socialstyrelsens (2011) rekommendationer ska distriktssköterskan erbjuda de patienter som identifierats med ohälsosamma levnadsvanor samtal, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal för att stödja till livsstilsförändring och ökad hälsa. Socialstyrelsen (2011) rekommenderar samtalsmetoden motiverande intervju (MI). Holm Ivarsson (2013) beskriver att MI är en samtalsmetod som är väl lämpad att använda av hälso- och sjukvårdspersonal vid samtal som handlar om livsstilsförändringar. Under ett samtal som utförs enligt MI är patientens egen syn på sin situation central. Frågorna som ställs ska fokusera på att få patienten att själv agera och påbörja till en förändring.

## **Hälsofrämjande omvårdnad**

Hälsa är ett centralt begrepp inom hälsofrämjande omvårdnad och definieras enligt WHO (1948) som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder. Detta är i linje med Eriksson (1996) som även menar att hälsa är någonting som är ursprungligt och naturligt hos människan och som bör ses i ett helhetssammanhang. WHO (1986) definierar även hälsofrämjande åtgärd som en process som möjliggör för individen att öka kontrollen över sin hälsa samt att förbättra den. Willman och Gustafsson (2015) beskriver att hälsa kan ses som en helhet där individens mål, förmågor och miljö interagerar. Vidare menar de att alla människor har en individuell upplevelse av vad hälsa är och hälsan påverkas av livets utformning. Målet med hälsofrämjande omvårdnad är att skapa hälsa ur den enskilda individens perspektiv

Hälsofrämjande omvårdnad är en del i distriktssköterskans omvårdnadsansvar och ska utgå från patientens behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Svedberg (2007) menar att hälsofrämjande omvårdnad är förknippat med utbildning om hälsa. Distriktssköterskans hälsoutbildning handlar om att informera och påverka den enskildes beteende och livsstil, på ett sätt som främjar hälsa och motverkar sjukdom. Arbetet ska präglas av samarbete, kommunikation och respekt för den enskilde (Svedberg, 2007). Wilhelmsson och Lindberg (2009) har i en studie kommit fram till att distriktssköterskan upplever sig själv som en koordinerande, samverkande nyckelperson. Det framkommer att distriktssköterskan behöver visa ett unikt intresse för individen, inneha mod och vara prestigelös för att åstadkomma ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete.

Distriktssköterskans hälsofrämjande åtgärder ska ha till avsikt att stärka människors delaktighet, tilltro till personlig förmåga och autonomi (Socialstyrelsen, 2009). Autonomi är ett centralt begrepp i den hälsofrämjande omvårdnaden och omfattar rätten till självbestämmande. Detta innebär att individen har rätt till att själv bestämma över sitt liv och egna handlingar förutsatt att det inte kränker någon annans självbestämmanderätt (Statens medicinsk-etiska råd, 2016). Autonomi går att förklaras vid egenmakt som stärker patienten till att ta ansvar och kontroll över sin situation för att utveckla sin egen hälsa (Socialstyrelsen, 2011). Jones och Meleis (1993) och Rasjö-Wrååk, Törnkvist, Hasselström, Wändell och Josefsson (2015) anger att egenmakt omfattar människors rättigheter, styrkor och förmågor. Främjandet av egenmakt börjar med att hjälpa patienter att utveckla en kritisk medvetenhet om sin situation och stödja till uppkomst av möjlighet till bemästring av dem för att nå hälsa (Jones & Meleis, 1993; Rasjö-Wrååk et al, 2015). Det hälsofrämjande arbetet tillsammans med patienten kräver ansvar och distriktssköterskan har en betydande,

stödande roll (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Bekräftande vägledning kan vara en strategi för stöd och självstöd i den hälsofrämjande omvårdnaden vid livsstilsförändringar (Willman & Gustafsson, 2015). Strategin innebär ett systematiskt stöd i tre steg. Initialt handlar det om att patient och vårdare tillsammans identifierar livsstilsproblemet och kartlägger resurser för att kunna ändra livsstil. Vidare analyseras patientens motivation, möjligheter och förmåga till att förändra levnadsvanor. Slutligen sätter patient och vårdare tillsammans upp en handlingsplan med mål och delmål som ska förverkligas i vardags-, fritids- och arbetslivet (Willman & Gustafsson, 2015). Det finns både professionellt och socialt stöd och utgångspunkten för de båda ska vara patientens upplevda behov (Finfgeld-Connett, 2007). Det professionella stödet finns inom omvårdnaden och utövas av vårdpersonal som innehar professionell mognad så som expertkunskap, etisk praxis och kompetens för beslutsfattande. Det professionella stödet upplevs efterfrågas mer vid behov av holistisk karaktär medan det sociala stödet utgörs av patientens sociala nätverk där familj, vänner eller grannar kan ingå och tillfredsställer mer emotionella och instrumentella behov.

## **Distriktssköterskans roll och ansvar**

Genom humanistisk syn på människan är distriktssköterskans ambition att förstå hela individens livsvärld i förhållande till hälsa, lidande och sjukdom (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan har ett omfattande uppdrag i att bedriva hälsofrämjande omvårdnad och stödja patienter till att åstadkomma livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2011). Information och råd ska hjälpa patienten att få motivation och bli aktiv i att förändra sin livsstil. Distriktssköterskan och patienten utvecklar individuella behandlingsmål genom att tillsammans reflektera och överväga sina olika tankar och kunskaper (Strandmark, 2007; Oberle & Allen, 2001). Blomqvist, Berglund och Sonde (2006) har i en studie kommit fram till att distriktssköterskan ska informera om olika behandlingsalternativ och försäkra sig om att patienten förstår hur förändring av levnadsvanor kan påverka höga blodtryck i positiv riktning. De har även redovisat att det är viktigt att distriktssköterskan tar ansvar för att boka in uppföljande besök för att patienter i högre grad ska kunna efterleva och nå uppsatta behandlingsmål (Blomqvist et al., 2006). Ett hälsofrämjande förhållningssätt bör vara en grund i all rådgivande verksamhet, särskilt i situationer där distriktssköterskan främjar patienten till en hälsosam livsstil. Förhållningssättet gör att patienten upplever att den blir sedd och respekterad samt känner sig stärkt i förmågan att förändra sin livsstil (Socialstyrelsen, 2011).

Distriktssköterskans hälsofrämjande roll utvecklas fortgående och ställer hela tiden nya krav på kompetens (Irvine, 2005). För att utöva effektiva hälsofrämjande insatser krävs en fördjupad kunskap om livsstilsförändring, sjukdomskänedom, epidemiologi, pedagogik och teamarbete. Tillsammans med kunskapen krävs att distriktssköterskan har en grundläggande inställning som präglas av en holistisk människosyn, respekt för alla människors värde och en självkänedom. För att syntetisera kunskapen och effektivisera den hälsofrämjande vården, menar Irvine (2005) att ständig fortbildning i ämnet bör pågå. För att upprätthålla en hög patientsäkerhet är det enligt patientsäkerhetslagen distriktssköterskans ansvar att arbeta utifrån beprövad erfarenhet och evidensbaserad kunskap (SFS 2010:659). Enligt Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008) har distriktssköterskan god kunskap för att kunna identifiera, urskilja, genomföra och utvärdera nya idéer. De har också ett utvecklat etiskt förhållningssätt vilket innebär att de visar respekt



för alla individers unikheter, autonomi och integritet vilket även framhävs av patientlagen (SFS 2014:821). Ett individcentrerat arbetssätt och holistiskt perspektiv är en förutsättning för omvårdnad (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008).

Det finns en lång tradition av erfarenhet av distriktssköterskans självständiga preventiva arbete inom olika livsstilsområden. Inom primärvården ansvarar distriktssköterskan för hälsofrämjande rådgivning av patienter med högt blodtryck (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008; Lindström, 2007). Aminoff och Kjellgren (2001) anger att distriktssköterskan är en tillgång i vården av patienter med hypertoni. Samtal om livsstilsförändringar och följsamhet i behandling tas till en högre nivå hos distriktssköterskan i jämförelse med samtal hos läkaren. Patienten upplever sig också mer jämlik i samtal med distriktssköterskan när atmosfären är tillåtande och avslappnad. Det ökar patientens delaktighet i vården vilket har stor betydelse för behandlingen (Aminoff & Kjellgren, 2001). Delaktighet förutsätter en interaktion och enligt patientens upplevelse kännetecknas det av tilltro, förståelse och kontroll. Delaktighet skapas när patienten känner sig respekterad och aktivt deltagande i planeringen av vården. Distriktssköterskan har en vägledande roll som tillsammans med en delaktig patient skapar bästa förutsättningar till en god hälsa (Svensk sjuksköterskeförbund, 2016). Drevenhorn et al. (2009) menar att tilltro och delaktighet möjliggörs genom att distriktssköterskan lägger fokus på och lyfter fram patientens egna resurser. Detta leder till att livsstilsförändringar kan åstadkommas (Drevenhorn et al., 2009). Stödande och vårdande samtal utgör grunden i den hälsofrämjande omvårdnaden. Med fördjupade kunskaper i samtalsmetodik och kommunikation ska distriktssköterskan vara rustad för stödjande och handleda patienter utifrån vårdbehov (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008).

## **Vårdande kommunikation**

Vid vård av patienter med hypertoni är kommunikation ett centralt begrepp. Distriktssköterskans möte med patienten är en ömsesidig process där kommunikation är grundläggande och utgör en del i den mellanmänskliga relationen (Tveiten & Severinsson, 2006; Travelbee, 1971; Watson, 1999). Enligt Travelbee (1971) utvecklas den mellanmänskliga relationen genom kommunikation och den karakteriseras av förståelse och nära, ömsesidig kontakt. För att en mellanmänsklig relation ska bli meningsfull och betydelsefull anser Travelbee (1971) att den vårdande kommunikationen behöver präglas av sympati som är en form av omsorg. Watson (1999) menar att sjuksköterskans roll i kommunikationen om hälsa och sjukdom är en komplicerad process som bygger på engagemang och genuint intresse för patienten. Den vårdande kommunikationen ska ge utrymme för såväl positiva som negativa känslouttryck och präglas av tillit (Watson, 1999). Tillit är grundläggande för en fungerande vårdrelation och en nödvändig bärkraft för att patienten ska kunna tillgodogöra sig information och med den åstadkomma en livsstilsförändring (Eriksson & Nilsson, 2007; Sachs, 2004).

I den vårdande kommunikationen är det centralt att patienten känner sig välkommen och sedd av distriktssköterskan. Information som ges ska vara individanpassad och patientens hela livssituation ska vara i fokus (Eriksson & Nilsson, 2007). Tveiten och Severinsson (2006) menar att distriktssköterskan kan se bortom patientens aktuella situation vilket leder till att hela livssammanhanget kommer i fokus. Oberle och Allen (2001) belyser

distriktssköterskors utvidgade omvårdnadskunskap och förmåga att röra sig bortom det välbekanta. Distriktssköterskan kan sammanföra allmän och specifik kunskap i en syntes som är reflekterande, skapande och omvandlande vilket öppnar upp för fler möjligheter och lösningar på komplexa problem (Oberle & Allen, 2001).

Sjuksköterskan behöver vara medveten om sin intellektuella och känslomässiga förståelse för patienten och kunna skilja dem åt i kommunikationen (Watson, 1999). Självkänedom och professionalitet anses också avgörande i kommunikationen och för skapandet av en tillitsfull vårdrelation (Eriksson & Nilsson, 2007). Genom respektfull kommunikation, bekräftelse, delning av tankar, erfarenheter, reaktioner och kunskap skapas förtroendefulla partnerskap och jämlikhet (Tveiten & Severinsson, 2006). Eriksson och Nilsson (2007) menar att den vårdande kommunikationen ska bygga på respekt, empati och mänsklighet samt distriktssköterskans aktiva lyssnande. Målet är att patienten ska känna sig betydelsefull och aktivt deltagande i sin livsstilsförändring.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är rådgivande, patientcentrerade samtal en grundläggande struktur i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen, 2011). Drevenhorn et al. (2009) har gjort en sammanställning av tidigare studier som visar att distriktssköterskan tar upp fler ämnen i samtalet med patienten än vad den enskilde initierar. Detta medför att kommunikationen inte anpassas efter individen och blir där med inte patientcentrerad. Arbetssättet kan ge patienten en känsla av maktlöshet och att inte känna sig sedd. För att skapa en vårdande kommunikation som gör patienten delaktig krävs ständig fortbildning för att ge distriktssköterskan möjlighet att reflektera och utveckla sin roll.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

I Sverige är hypertoni ett folkhälsoproblem och utgör en riskfaktor för att utveckla hjärt-kärlsjukdomar, njursvikt, stroke och demens. Följsjukdomar får konsekvenser för både samhället och individen. Samhällsekonomiskt är det viktigt att motverka hypertoni då kostnaden av enbart hjärt-kärlsjukdom uppmättes år 2010 i Sverige till 61,5 miljarder kronor vilket motsvarar närmare 10 % av den totala vårdkostnaden. Hypertoni har visat sig ha en stark koppling till livsstil. Socialstyrelsens nationella riktlinjer anger att en självklar del i hälso- och sjukvårdens arbete ska vara att erbjuda effektiva åtgärder och stöd till livsstilsförändring vid ohälsosamma levnadsvanor. Livsstilsförändringar kan vara en tuff utmaning då invanda mönster ska brytas och enkla råd kan vara svåra att efterleva. Distriktssköterskor möter dagligen personer som lever med högt blodtryck och utgör därför en central roll i det professionellt stödjande och hälsofrämjande arbetet med hypertoni. Tidigare studier visar att det finns stora variationer i omfattning och kvalitet av råd och stöd som ges av distriktssköterskor till denna patientgrupp. Ökat fokus på hälsofrämjande omvårdnad behövs som ett led i utvecklingen av distriktssköterskans sjukdomsförebyggande insatser. Det är därför betydelsefullt att tillvarata distriktssköterskors erfarenheter av stöd till patienter med hypertoni för att förbättra hälsan.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar.

## **METOD**

I denna studie valdes en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt en modell utarbetad av Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter som kommer från människors erfarenheter kring ett fenomen. Kunskap hämtas i empiri genom intervjuer. Krippendorff (2004) belyser att en text är unik och bör ses i sitt sammanhang för att inte budskapet skall gå förlorat. Kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i texterna. Tolkning av text kan ske på manifest eller latent nivå. Den här studien sökte det underliggande budskapet. Detta innebär att tolkning skett på en latent nivå.

### **Urval**

Urvalet bestod av distriktssköterskor från primärvården inom Västra Götalandsregionen. Inklusionskriterie för deltagande i studien var att distriktssköterskorna skulle ha arbetat med att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Kontakt togs per telefon med verksamhetschef på 37 utvalda vårdcentraler i Västra Götalandsregionen för att få tillträde till forskningsfältet. Information om studiens syfte och tillvägagångssätt gavs muntligt samt skickades via e-post med bifogad blankett om skriftligt samtycke (Bilaga 1, 2). Respektive verksamhetschef återkopplade gällande vilka som hade möjlighet att delta. Totalt var tolv intresserade av att delta. Utifrån inklusionskriteriet valdes åtta distriktssköterskor ut från sju vårdcentraler på sju olika orter för att delta i studien. De hade varierande arbetslivserfarenhet från ett år till 36 år, med ett medelvärde på 11,5 år. Fyra deltagare var verksamma på specifik blodtrycksmottagning medan resterande arbetade på allmän distriktssköterskemottagning. Vissa distriktssköterskor hade vidareutbildning inom hjärtsvikt- och hypertoni-vård och några inom MI. Kontakt med deltagare togs via e-post där bifogad information fanns angående studiens syfte och tillvägagångssätt samt blankett för skriftligt samtycke (Bilaga 3, 4). Överenskommelse om dag och tid för genomförande av intervju gjordes via e-post.

### **Datainsamling**

Datainsamlingsmetod som valdes var kvalitativ forskningsintervju beskriven av Kvale och Brinkmann (2014). En kvalitativ forskningsintervju söker kunskap kring erfarenheter, känslor och attityder eftersom forskaren vill få en inblick i intervjupersonens levda värld. Intervjun byggs på ett sampel mellan intervjuare och intervjudeltagare och baseras på ett ömsesidigt intresse av ett ämne. Semistrukturerad intervjuguide med en specifik fråga och sex öppna frågor användes för att få fram distriktssköterskornas erfarenheter utifrån studiens syfte (Bilaga 5). Uppföljande frågor ställdes för att få ett vidare innehåll. Deltagarna kunde

välja mellan fysisk intervju eller telefonintervju vilket grundade sig i små respektive stora geografiska avstånd mellan intervjuare och deltagare. Fem deltagare valde att genomföra intervjun per telefon. Fyra intervjuer genomfördes per författare i avskild och lugn miljö för att skapa trygghet och minska yttre störningar. Intervjuerna varade mellan 20-45 minuter, spelades in på diktafon och transkriberades ordagrant omgående. Detta för att innehållet inte skulle förlora sitt sammanhang vilket har rekommenderats av Kvale och Brinkmann (2014).

## **Analys**

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Datamaterialet lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en förståelse för helheten. Meningar och stycken som hade gemensamt innehåll och som var relevant för studiens syfte lyftes ut och bildade meningsenheter. Det datamaterial som inte ansågs vara relevant exkluderades. Meningsenheterna kondenserades vilket innebar att texten kortades ner men den centrala kärnan i meningens budskap bevarades. Därefter abstraherades den kondenserade texten och benämndes med koder. Koderna jämfördes med varandra för att finna likheter och skillnader i datamaterialet. De koder som hade liknande innehåll sorterades under preliminära underkategorier. Därefter sammanfördes underkategorier med likartat innehåll och tolkades till tre kategorier vilka var ömsesidigt uteslutande mot varandra och förenligt med kvalitativ innehållsanalys utifrån Krippendorff (2004). Kategorierna utgjorde det latenta innehållet vilket var textens underliggande budskap.

## **Etiska överväganden**

Denna studie har följt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2011). De fyra principerna behandlar information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Information om studien förmedlades via brev till samtliga berörda verksamhetschefer. Där framgick information om studiens syfte och tillvägagångssätt samt att deltagandet var frivilligt. Vid intervjutillfället gavs återigen information muntligt och samtycke om deltagarens medverkan bekräftades skriftligt. Ett samtycke från ansvarig verksamhetschef bekräftades skriftligen i samband med den initiala kontakten med respektive vårdcentral. Insamlad data behandlades konfidentiellt för att värna om deltagarnas integritet och förvarades oåtkomligt för obehöriga. Resultatet framställdes på ett sätt som gjorde att enskilda deltagares erfarenheter inte kunde identifieras. Insamlad data användes enbart för denna studies syfte. Enligt lag om etikprövning (SFS 2003:460) behövdes inget etiskt godkännande eftersom studien genomfördes inom ramen för avancerad högskoleutbildning.

## RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier och sex underkategorier. I tabell 1 nedan ges en inledande överblick av resultatet som presenteras i texten.

Tabell 1. Presentation av kategorier och underkategorier baserat på distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändring.

---

Kategorier	Underkategorier
Initierar samarbete	Ger råd och undervisning Förmedlar kontakt mellan patient och andra aktörer
Bekräftar individen	Att vara lyhörd Involverar för eget ansvar
Anpassar omvårdnad för patienten	Tidsbrist för uppföljning Svårighet att individuellt motivera till förändring

---

### **Initierar samarbete**

Denna kategori handlar om distriktssköterskors hälsofrämjande arbete för att stödja till livsstilsförändringar där de utgör en rådgivande och undervisande funktion. Det handlar även om samverkan där distriktssköterskor utgör en viktig länk mellan patienter och andra aktörer inom vården.

### **Ge råd och undervisning**

Den rådgivande och undervisande funktionen innebär att arbeta med livsstilsrådgivning där fokus är riktat mot att stödja hälsosamma levnadsvanor hos patienter med högt blodtryck. Distriktssköterskorna upplever att de har en central roll som är viktig, ansvarsfull och självständig i det hälsofrämjande arbetet för att stödja livsstilsförändringar. Det kan förstås genom att distriktssköterskor ansvarar för självständiga bedömningar, livsstilsrådgivning

och uppföljning av patienter med högt blodtryck. De upplever att de kan hjälpa till och de vill vara inspirerande och inte dömande i arbetet. Detta tar sig i uttryck genom att distriktssköterskorna arbetar för att ta fram patienters egenmakt och motivation till förändring av levnadsvanor för att sänka blodtrycket samt spegla patientens positiva idéer och tankar i det hälsofrämjande arbetet. En distriktssköterska beskriver att patienter ofta kommenterar att ”jag vill inte äta mer medicin”. För att stärka patientens motivation beaktas individens önskan och utifrån den ger distriktssköterskan förslag till lämplig livsstilsförändring exempelvis ökad motion.

Att undervisa och ge råd om ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, kost, stresshantering samt alkohol- och tobaksvanor upplevs kunna leda till att patienter vill ändra en ohälsosam livsstil som påverkar högt blodtryck i positiv riktning. En del distriktssköterskor använder sig av en vedertagen samtalsstrategi, MI när de samtalar med patienter som har högt blodtryck. De anser att det förhållningssätt och den teknik som används i MI är lätt att använda och stämmer väl överens med deras sätt att arbeta. Distriktssköterskorna arbetar ofta intensivt och långsiktigt med strukturerade levnadsvanesamtal och hänvisar till Socialstyrelsens nationella riktlinjer om användande av olika typer av samtal vid förändring av levnadsvanor. Flertalet distriktssköterskor uppger dock att de har utvecklat eget upplägg för hur samtalen ska gå till. En distriktssköterska beskriver att:

Jag har en liten lapp som jag ibland kan lägga på skrivbordet som patienten också ser. Där står nedskrivet då vad som påverkar blodtrycket ... och det är ju alla de här faktorerna då som motion, stress, rökning, alkohol. De ser alla bitarna och jag kan liksom... jag har en mall både på pappret och i huvudet och patienten ser den. Så försöker man ju beta av kanske ta en liten bit vid varje besök. Så man blir medveten om att de här sakerna påverkar blodtrycket och utifrån det kanske man medicinerar men att det bara inte är en tablett som man behandlar blodtrycket med utan det är viktigt att få med de andra bitarna också.

Distriktssköterskorna anser att det är viktigt att använda sig av någon typ av samtalsstrategi. Genom att uppmärksamma patienter på vilka olika faktorer som påverkar blodtrycket upplevs en medvetenhet kunna växa fram kring att medicinering inte utgör all behandling. Samtalsrådgivning tillsammans med evidensbaserade broschyrer om hypertoni upplevs fånga upp intresset för livsstilsförändring hos en större del av denna patientgrupp. Det tar sig uttryck i att vissa patienter kommer till distriktssköterskan efter att ha suttit hemma och funderat över vad de själva kan tänka sig att ändra utifrån de broschyrer de fått. Erfarenheter av att stödja till ökad förståelse hos patienter kring deras rådande hälsosituation upplevs kunna leda till större motivation. Hur distriktssköterskor går tillväga för att informera, ge råd och vägleda patienter anses betydelsefullt för det fortskridande hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskorna poängterar att ”pekpinningar” är förbjudet i arbetet med livsstilsrådgivning.

### **Förmedlar kontakt mellan patient och andra aktörer**

En del av distriktssköterskans roll innebär att vara en viktig länk mellan patient, läkare och andra aktörer exempelvis dietister, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer. Detta innebär att i samverkan med läkare och andra aktörer informera och öka kunskapen hos patienter om hypertoni och dess verkan. Distriktssköterskorna anger att de har den största och mest

återkommande kontakten med patienten eftersom de ansvarar för uppföljning av livsstilsrådgivning och läkarens givna ordinationer. Detta medför att distriktssköterskorna upplever sig komma närmare patienten vilket gör att de kan föra ett djupare samtal och skapa ett mer ömsesidigt förhållande. Det tar sig uttryck i att distriktssköterskorna upplever att patienter vänder sig till dem i första hand vid kontakt med vården. En distriktssköterska uttrycker att ”de kan fråga mer saker som dom känner och då känner de sig kanske inte så dumma och dom frågar om, det kan ju vara allt från provsvar till kost och allt möjligt”.

Distriktssköterskorna uttrycker att de för en återkopplande dialog mellan läkare och patient om information kring behandling, vidare planering och uppföljning. De upplever sig ha huvudansvaret för att informationen går fram till båda parter och att den har förståtts på rätt sätt. En distriktssköterska beskriver att ”jag känner mig kanske litegrann som spindeln i nätet. Att det är ofta vi som utför kontrollerna och många gånger sköter kontakten med doktorn”.

I det hälsofrämjande arbetet upplevs den samverkande funktionen central. Distriktssköterskorna anser att de är en viktig länk mellan läkare och patient. De beskriver den som en brygga över till läkaren och en sammanförande länk till andra aktörer. Utifrån patienters upplevda behov ansvarar distriktssköterskor för att patienter kommer i kontakt med rätt aktör om så behövs. Det erfars vara viktigt att arbeta för god samverkan för att upprätthålla patientsäkerhet och vårdkvalitet. Distriktssköterskorna menar att patienter ska få specialiserad vård utifrån rätt aktör och det ska finnas en god struktur för journalföring och uppföljning.

## **Bekräftar individen**

Denna kategori handlar om distriktssköterskans lyhördhet för patientens livssammanhang och att främja till ökad autonomi.

### **Att vara lyhörd**

Lyhördhet handlar enligt distriktssköterskorna om att lyssna in och se till patientens hela livssammanhang samt att ta reda på vilken kunskap den enskilde innehar. Det innebär att vara inkännande för vem patienten är och för vilken information de är mottagliga för. Att bekräfta individen anges vara grundläggande för att kunna ge individanpassad rådgivning och få patienten engagerad. En distriktssköterska beskriver att:

Det är viktigt att lyssna in vart de är. Många gånger får man en patient som är fullt upptagen i livet, det kan ju vara en stor sorg kanske ... och då är det ju det som man får lägga fokus på. Då får det andra stå tillbaka ... det är ingen idé att prata så mycket, då får det komma senare kanske. Man får ju utgå från varje patient, utgå från var den är.

Distriktssköterskorna anger att utgångspunkten är att vara lyhörd för patientens unika berättelse. Det poängteras att utifrån berättelser redogörs patienters känslor, tankegångar och unika möjligheter. Distriktssköterskor beskriver också att de försöker vara lyhörda för patientens hela livssammanhang. Det eftersträvas att spegla patientens berättelse på ett

djupare plan genom att ställa öppna frågor. Det beskrivs handla om att väcka patientens reflektion över sin hälsa och bekräfta samt stödja bra förslag som patienten initierar. Distriktssköterskorna framhåller att de i dialog med patienter inte försöker ta för stor plats utan låter istället dessa i huvudsak få utrymme att berätta. Det tar uttryck i att distriktssköterskorna inte håller föredrag utan istället är lyhörda för vad patienterna önskar och vad de kan tänka sig att göra för att åstadkomma en bättre hälsa.

Distriktssköterskorna anger att de strävar efter att skapa en öppen och inbjudande atmosfär där målsättningen är att patienten ska känna sig bekräftad, respekterad och på en jämlik nivå i vårdrelationen. Detta förhållningssätt är en förutsättning för att kunna nå patienten på en individuell och realistisk nivå.

### **Involverar för eget ansvar**

Distriktssköterskorna framhåller att det är viktigt att främja delaktighet och eget ansvar hos patienter med hypertoni. Detta kan förklaras genom att distriktssköterskorna på olika sätt försöker få patienter att förstå att hälsan är deras eget ansvar. Distriktssköterskorna poängterar att utan patientens förståelse, delaktighet och engagemang kan ingen livsstilsförändring åstadkommas.

Patientdelaktighet skapas genom ömsesidig och jämlik kommunikation. I distriktssköterskans samtal med patienten utreds vilken kunskap, insikt, intresse och möjligheter individen har för att kunna ändra livsstil. Det läggs vikt vid att tillsammans med patienter ringa in individuella styrkor och förmågor för att kunna göra en livsstilsförändring. I samråd sätts individuella mål och delmål upp. En distriktssköterska beskriver samarbetet med patienten som att:

Jag låter patienten lägga fokus på det den vill ibland, ibland kan jag sätta upp ringar på ett papper där jag skriver i vilka olika saker som påverkar blodtrycket, jag kan lämna några tomma som patienten själv kan fylla i ... med saker, som den har tankar och idéer om, hur det kan påverka blodtrycket ... utifrån vad som står på pappret så kan man välja och gå vidare med en eller flera.

Distriktssköterskorna menar att om patienter deltar i beslut tenderar de att ta mer eget ansvar. Det poängteras att en ansvarstagande patient har bättre förutsättningar att kunna bibehålla en hälsosam livsstil och behovet av distriktssköterskans råd och vägledning kan alltmer minskas över tid.

Distriktssköterskorna betonar att det är patienternas hälsa och välbefinnande på lång sikt som är i fokus vilket de förmedlar till patienterna. För att få en hållbar hälsosam livsstil upplevs det viktigt att göra förändring av levnadsvanor på en lagom nivå och utifrån vad patienterna anser fungera i deras livssammanhang. Distriktssköterskorna beskriver att patienter med högt blodtryck många gånger har flertalet ohälsosamma levnadsvanor som behöver förändras. De menar då att patienten behöver vägledning i var fokus kan läggas för att få en långsiktig lösning. Detta kan förstås genom följande exempel. En distriktssköterska beskriver en man som kom in på en blodtrycksmottagning i samband med att han skulle förnya recept på blodtrycksmedicin. De talade om att han rökte och drack alkohol. Alkoholkonsumtionen var ganska stor. Han var tydlig med att han inte ville sluta dricka men



att han ville minska på det eftersom han tyckte det påverkade hans privatliv. Distriktssköterskan lyssnade in mannens berättelse och bekräftade hans önskan om förändring av sin alkoholkonsumtion.

## **Anpassar omvårdnad för patienten**

Denna kategori handlar om distriktssköterskornas upplevelser av att det är svårt att få tiden att räcka till för att upprätthålla en god hälsofrämjande vård. Det handlar även om svårigheter kring att motivera patienter till att ändra livsstil.

## **Tidsbrist för uppföljning**

Distriktssköterskorna upplever att vården för patienter med hypertoni försämras på grund av att det är brist på tid för uppföljning. Distriktssköterskor uttrycker att ”det är slimmat ute i verksamheterna idag och det är också jakt på pengar”. De upplever att fler patienter med högt blodtryck utesluts från hypertoni-vårdens uppföljning vilket medför att vården blir sämre. En distriktssköterska beskriver att ”förr var man ju mycket mer noga med det här med årskontroller, ju mindre tid man får desto lättare är det att plocka bort blodtryckspatienter tror jag”.

Att genomföra livsstilsförändringar för att påverka blodtrycket i positivt riktning anses vara tidskrävande arbete för både patienter och distriktssköterskor. En del distriktssköterskor beskriver att de förr hade mer tid avsatt under varje besök för patienter med hypertoni. Patientens engagemang och kämpaglöd behöver tas om hand och på vägen mot målet följas upp, vilket kräver tid. Distriktssköterskors förmåga till att öka patienters kraft genom samtal är något som anses komplettera individens resa mot förbättrad hälsa och det kräver tid. De uttrycker en frustration över känslan av att inte ha tillräcklig tid för denna patientgrupp. Distriktssköterskorna upplever att patienter med högt blodtryck utgör en växande grupp och rimligtvis borde de få tillgång till en större del av primärvårdens vårdtider. Distriktssköterskorna beskriver att de känner en uppgivenhet kring att verksamheterna verkar tänka kortsiktigt och att tid inte finns. Den allmänna uppfattningen hos distriktssköterskorna är att tiden utgör en viktig faktor för att kunna ha tätare uppföljning med större möjlighet att utgöra det stöd som patienterna behöver. De anser också att tiden är viktig för att kunna utveckla och skapa högre kvalitet på hypertoni-vården. Distriktssköterskorna förmedlar att verksamhetens resursfördelning utifrån primärvårdens krav och kvalitetsbok kan ligga till grund för att det är svårt att få tiden att räcka till för denna patientgrupp.

## **Svårighet att individuellt motivera till förändring**

Att få patienten motiverad till att göra en livsstilsförändring kan ibland av distriktssköterskan upplevas som en svårighet. Arbetet med förändring av patienters levnadsvanor upplevs som en utmaning. Svårigheter finner distriktssköterskorna i de patienter som inte lyssnar, inte har tid, inte upplever några symtom av sitt höga blodtryck, de som kanske aldrig rört sig och har en övervikt samt de patienter som är mest utsatta i samhället. En distriktssköterska beskriver att ”de här som lever av skräpmat, de sitter i soffan, de är svåra att få upp”.

Distriktssköterskorna menar att nå fram med information om riskerna med högt blodtryck och engagera patienter i sin hälsa kan ibland utgöra en svårighet. Det förklaras att det gäller att hitta en rimlig nivå och takt som passar individen och deras liv. De poängterar att en självklar strategi är att gå succesivt fram med information för att nå fram till patienterna utifrån deras individuella mottaglighet. Distriktssköterskorna menar att patienters förmåga att ta in kunskap kan påverkas av olika saker. En generellt låg kunskapsnivå eller nonchalans utifrån rädsla eller stress kan vara orsaker till att patienter inte är riskmedvetna. Distriktssköterskorna anger att en stor del av denna patientgrupp inte är medvetna om riskerna med högt blodtryck och ibland inte vill veta riskerna.

## **Resultatsammanfattning**

Sammanfattningsvis visar denna studie att distriktssköterskor upplever sig ha en central roll i arbetet med att stödja till livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni. De initierar samarbete med andra aktörer och deras funktion är att ge råd och undervisning för att hjälpa patienter att förstå varför livsstilsförändringar behövs. En viktig del i det hälsofrämjande arbetet med att stödja livsstilsförändringar utgörs av distriktssköterskors bekräftelse av individer i mötet. De är lyhörda för patienters livssammanhang vilket hjälper till att skapa ett ömsesidigt förhållande där patienter involveras och eget ansvar främjas. Distriktssköterskorna påpekar att det är en utmaning att anpassa omvårdnad på ett sätt som stödjer livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni eftersom det är svårt att få tiden att räcka till, vilket de uttalar en frustration över. De upplever en svårighet att individuellt motivera till förändring av levnadsvanor och har en önskan om att kunna lägga mer tid på det hälsofrämjande arbetet och dess uppföljning.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Kvalitativ forskningsintervju med semistrukturerade frågor ansågs därför lämplig som datainsamlingsmetod eftersom nyanserade berättelser om distriktssköterskors erfarenheter eftersöktes. Deltagarna kunde berätta fritt kring erfarenheter och följdfrågor ställdes för att få ett fördjupat innehåll i texten. Genom att välja lämplig metod för datainsamling stärktes studiens giltighet. Insamlat datamaterial analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004) för att finna variationer i texterna och söka det latenta underliggande budskapet. Under studiens gång har begreppen delaktighet, giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet beaktats vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens trovärdighet.

Urvalet bestod av åtta kvinnliga distriktssköterskor. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är antalet nödvändiga deltagare beroende av studiens syfte. För att kunna göra ingående analys och tolkning får inte antalet deltagare vara för stort samtidigt som ett för litet antal medför att det inte kan göras generaliseringar. Deltagarna var få men berättade uttömmande om liknade erfarenheter och därför ansågs generaliseringar kunna göras. Vissa av distriktssköterskorna hade vidareutbildning inom hjärtsvikt- och hypertoni-vård och några inom MI. Distriktssköterskorna var verksamma på vårdcentraler på sju olika orter inom Västra Götalandsregionen. En del av distriktssköterskorna arbetade med specifik blodtrycksmottagning medan vissa tog emot denna patientgrupp på allmän distriktssköterskemottagning. Deltagarnas varierande erfarenheter ger möjlighet till att belysa studiens syfte utifrån en mängd olika aspekter vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens giltighet. Önskvärt hade varit att inkludera manliga deltagare eftersom det eventuellt hade kunnat ge en större variation i resultatet och belyst andra aspekter. Urvalet avspeglade dock den verkliga könsfördelningen inom yrket vilket stärker giltighet i studiens resultat.

För att bidra till uttömmande och ärliga svar anses det av Kvale och Brinkman (2014) vara viktigt att deltagarna känner sig trygga och bekväma under intervjun. De fick därför själva välja var, när och hur intervjuerna skulle genomföras. Telefonintervju erbjöds som ett alternativ istället för fysisk intervju men valet var fritt. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är fördelen med telefonintervju att deltagare från geografiskt avlägsna områden lättare kan nås. Några deltagare valde att genomföra intervjun per telefon medan en del intervjuades på arbetsplatsen. Kvale och Brinkmann (2014) anger att fördelarna med fysisk intervju är att intervjuaren får tillgång till den icke-språkliga informationen som deltagaren uttrycker genom ansiktsuttryck och gester. Jämförelsevis ses inte några större skillnader avseende intervjulängd eller respondenternas svar i datamaterialet vid telefonintervju eller fysisk intervju. De olika tillvägagångssätten bedöms därför inte påverka studiens giltighet på ett negativt sätt. Innan start av intervju fördes en lättsam konversation för att deltagare och intervjuare skulle få en känsla av bekantskap. Deltagaren informerades om hur inspelningen

skulle genomföras och att muntligt samtycke skulle ges. Det gavs även möjlighet för deltagaren att ställa eventuella frågor angående studiens genomförande.

Författarna utförde fyra intervjuer vardera i avskild och lugn miljö utan avbrott. Intervjuerna tog cirka 20-45 minuter och de spelades in på diktafon med god ljudkvalitet. Detta bidrog till att få missförstånd uppstod vid transkribering vilket bidrar till ökad tillförlitlighet. Inom ett dygn transkriberades texterna ordagrant där även suckar, skratt och tystnad noterades vilket kan ha betydelse för det underliggande budskapet. En semistrukturerad intervjuguide med en specifik fråga och sex öppna frågor samt ett antal följdfrågor användes (Bilaga 5). Under några intervjuer ställdes följdfrågor utöver guiden vilka kunde kopplas till deltagarens berättelse och färgades av författarens intresse och förförståelse. Enligt Graneheim och Lundman (2004) går det inte att vara fullkomligt objektiv i en kvalitativ studie då författare blir delaktiga och medskapare till resultatet.

Innan analysarbetet startade bestod förberedelserna i att fördjupa sig i Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod. En medvetenhet om att förförståelse kan påverka tolkning under analys medverkade till ökad öppenhet för datamaterialet. Analysen genomfördes gemensamt och en reflekterande diskussion pågick fortlöpande vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) anser öka studiers tillförlitlighet. Texterna bedömdes ge en vid beskrivning och svarade upp mot studiens syfte. Ur texterna identifierades meningsenheter som lyftes ur och kondenserades. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör inte meningsenheterna vara för stora då viktig data kan gå förlorad under analysen. Dock bör meningsenheterna inte heller vara för små då det betydande sammanhanget riskerar att försvinna, vilket har beaktats. De kategorier som tolkades fram var uttömmande och mot varandra uteslutande. De presenterades i tabell 1 som möjliggjorde för läsaren att söka alternativa tolkningar, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker trovärdigheten.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra grupper (Graneheim & Lundman, 2004). För att främja överförbarheten i den här studien redovisades analysarbetet ingående vilket gav läsaren insyn i processen. Även urval och datainsamling beskrevs tydligt och resultatet presenterades i löpande text med lämpliga citat vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) främjar studiens överförbarhet. En text kan ha flera giltiga tolkningar. Sanningen finns alltid i läsarens ögon och det är upp till läsaren att bestämma om resultatet är överförbart eller inte (Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorf, 2004).

## **Resultatdiskussion**

Av resultaten framgår att distriktssköterskor upplever sin roll som ansvarsfull och viktig i den hälsofrämjande omvårdnaden av patienter med hypertoni. De utgör en rådgivande, undervisande och stödjande funktion för denna patientgrupp. Detta belyses i en studie av Jallinoja et al. (2007) där det framkommer att ge information är en central del av hälsorådgivning. Det kan också vara viktigt att motivera och stödja patienter till ökad vilja för förändring av levnadsvanor.

Av resultaten framkommer att distriktssköterskorna upplever sig ha en central roll i det hälsofrämjande arbetet med stöd till livsstilsförändringar. Deras funktion är att hjälpa, stödja och motivera patienter till att förstå varför livsstilsförändringar behövs för att främja hälsa. Distriktssköterskorna anser att detta arbete kräver att de använder sig av en samtalsstrategi.

Hartrick (1997) anger att kommunikationsmodeller kan ge distriktssköterskan möjlighet att skapa djupgående skillnad i människors hälsa (Hartrick, 1997). Watson (1999) menar att agera stödjande i kommunikation om hälsa och sjukdom är en komplicerad process som bygger på vårdarens engagemang och genuina intresse i patientens vård. Vårdrelationens grund ska präglas av tillit och ge utrymme för såväl positiva som negativa känslors uttryck. När patienten får möjlighet att uttrycka och medvetandegöra sina känslor kan det ge en förklaring till livsstilsbeteendet (Watson, 1999). Enligt Tveiten och Severinsson utgör kommunikationen ett centralt begrepp i distriktssköterskors hälsofrämjande omvårdnad (Tveiten & Severinsson, 2006). Av resultaten framkommer att en del distriktssköterskor använder vedertagen samtalsstrategi, MI, men övervägande del samtalar utifrån eget utarbetat upplägg vid livsstilsrådgivning med patienter. Detta medför en skillnad i omfattning och kvalitet av råd och stöd som patienter får av distriktssköterskor. Drevenhorn et al. (2009) har också funnit att det finns en stor variation i omfattning av råd och stöd. En tydlig struktur för samtalet kan ge en mer effektiv rådgivning (Drevenhorn et al., 2009). Det är oroväckande att mer än hälften av distriktssköterskorna inte använder den vedertagna och av Socialstyrelsen rekommenderade samtalsstrategi, MI, för att främja motivation och beteendeförändring hos patienter med hypertoni. Orsaken till vad detta beror på är av intresse att undersöka vidare.

Det verkar finnas ett behov av att ha ett verktyg för samtal eftersom det av resultaten framkommer att flertalet av distriktssköterskorna använder sig av egna utarbetade upplägg i samtalen. En metod distriktssköterskorna skulle kunna använda i samtalet med denna patientgrupp är reflekterande KRAFT-givande samtal. Gillsjö och Berglund (2014) har utvecklat denna metod för att ge stöd till äldre som lever med långvarig smärta. Samtalen baserar sig på patienters subjektiva upplevelser av hälsoproblem. Dialog mellan patient och vårdare sker utifrån fokus på helhetsperspektiv och det som bringar mening, glädje, styrka och mod till patientens liv. Genom uppmärksamhet, öppet sinne, känslighet och nyfikenhet i vårdrelationer kan patientens medvetenhet om egna val och möjligheter öka. Taktfulla och utmanande frågor kring patientens tankar, känslor, handlingar, uppfattningar, erfarenheter och konsekvenser skapar reflektion och sammanflätar metoden. Patientens eftertanke utgör kärnan av fördjupad förståelse för hälsoproblemet och kan främja till känsla av kontroll. Det skapar kraft, styrka och mod för att utföra små eller stora livsprojekt vilket har inverkan på hälsa och välbefinnande (Gillsjö & Berglund, 2014). För patienter med hypertoni skulle förändringar av levnadsvanor kunna jämföras med små och stora livsprojekt.

Resultaten tydliggör att distriktssköterskorna är en viktig länk mellan patienter och andra aktörer. Det medicinska ansvaret delas med läkare men det anges att patienter oftast vänder sig till distriktssköterskor när de har funderingar. Det kan bero på att de i högre utsträckning än läkare har tätare kontakt med denna patientgrupp och att vårdrelationen utvecklas med tiden till mer nära. Distriktssköterskans roll som en viktig länk mellan patient och andra aktörer kan delvis förstås utifrån en studie av Aminoff och Kjellgren (2001) som menar att sjuksköterskor är en tillgång i vården av denna patientgrupp. Sättet de samtalar med patienter skiljer sig från läkares. Dialog om livsstilsförändringar och följsamhet i behandling med sjuksköterskor tas till en högre nivå (Aminoff & Kjellgren, 2001). Det anses att distriktssköterskorna erfar att god samverkan stärker patientsäkerhet och skapar god vårdkvalitet vilket är förenligt med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Irvine (2005) framhåller också att en god samverkan i form av ett bra teamarbete leder till ett mer effektivt hälsofrämjande arbete.

Av resultaten framgår att distriktssköterskors lyhörddhet för och bekräftelse av patienten är central i den hälsofrämjande omvårdnaden. Det handlar om att lyssna in och se till patientens hela livssammanhang. Distriktssköterskorna menar att utgångspunkten för det hälsofrämjande arbetet är patientens unika berättelse och genom den få fram individens upplevelse av situationen. Detta är i linje med en studie av Willman och Gustafsson (2015) som framhåller att alla människor har en individuell upplevelse av vad hälsa är och den påverkas av deras hela livssammanhang. Målet med hälsofrämjande arbete är därför att skapa och förstå hälsa utifrån den enskilda individens perspektiv. Behovet av att distriktssköterskorna har ett flexibelt förhållningssätt och bekräftar patienten kan ses i ljuset av Drevenhorn et al. (2009) som betonar att i livsstilsrådgivning är dialogens utgångspunkt patientens idéer och värderingar. Av resultaten framkommer att distriktssköterskorna upplever att deras lyhörddhet skapar en inbjudande atmosfär där patienten känner sig lyssnad till, respekterad och på en jämlik nivå. Eriksson och Nilsson (2007) belyser att patienten känner tillit till distriktssköterskan och för det krävs att dialogen bygger på respekt, empati och mänsklighet. Målet är att patienten ska känna sig betydelsefull och aktivt deltagande i sin livsstilsförändring.

Resultaten tydliggör att det är betydelsefullt att distriktssköterskorna bekräftar patienter för att de ska känna sig delaktiga och mer ansvarstagande för sin hälsa. De vill få patienten att förstå att hälsan är deras eget ansvar. Detta är i linje med Willman och Gustafssons (2015) studie som anger att patientens engagemang i sin hälsa skapas genom att distriktssköterskan bekräftar individens upplevelse och sedan anpassar stöd efter individuella behov. Patientens delaktighet är central i den hälsofrämjande dialogen. Individen ska ta makten över sitt egna liv (Willman & Gustafsson, 2015). Distriktssköterskors uppfattning är att det är grundläggande att få patienter att tänka över sin situation och själva komma med förslag till livsstilsförändringar. Det bidrar till att främja patientens autonomi och egenansvar. Även Rasjö-Wrååk et al. (2015) fann att distriktssköterskans stöd och främjande av egenmakt stärker individens autonomi. En stärkt autonomi ger ökad hälsa och välbefinnande samt minskar oro och stress (Rasjö-Wrååk et al., 2015). Distriktssköterskorna anser att utan patientens förståelse, delaktighet och engagemang kan ingen livsstilsförändring åstadkommas. De menar att patientdelaktighet främjas genom ömsesidig och jämlik kommunikation. Det är betydelsefullt att tillsammans med patienter identifiera individuella styrkor och förmågor till att göra en livsstilsförändring. Planering av mål och delmål görs i samråd med patienten. Distriktssköterskorna anser det viktigt att hitta en rimlig nivå utifrån vad patienter anser fungera i deras livssammanhang. Det är i linje med Sahlstens (2007) avhandling där det framgår att sjuksköterskans roll är att inneha ett nära samarbete med patienten. Det är av betydelse att vänta in patienten tills den är införstådd och redo för att samarbeta till att genomföra en livsstilsförändring. Sjuksköterskan hjälper patienten att finna rätt väg genom att prioritera, utvärdera och bekräfta patienten.

Resultaten tydliggör att distriktssköterskorna ser det som en utmaning att anpassa omvårdnad för patienter när det förekommer tidsbrist för uppföljning. De uttalar en önskan om att göra mer för patienter med högt blodtryck men svårigheter ligger i att tiden inte räcker till. Distriktssköterskorna beskriver att det hälsofrämjande arbetet innebär att påverka människor till en hälsosam livsstil över tid. Detta kan ses i ljuset av Irvine (2007) som poängterar att rådgivning och utbildning till patienter om hur de kan påverka livsstilen i positiv riktning är centralt (Irvine, 2007). Distriktssköterskornas känsla av att det är svårt att

få tiden att räcka till kan förstås av Jallinoja et al. (2007) som menar att både läkare och sjuksköterskor upplever arbetsscheman på hypertoni-mottagning som allt för hektiskt vilket gör det svårt att få tid till att sätta sig in i patienters livssituation. Istället menar Eriksson och Nilsson (2008) att det är viktigt att distriktssköterskan är påläst och väl förberedd inför mötet med patienten för att kunna vara professionell och förtroendeingivande, vilket kräver tid.

Av resultaten framgår att distriktssköterskor anser att patienter med hypertoni utgör en stor grupp, dock upplevs resurserna minskar från vården. Detta menar distriktssköterskor påverkar tiden för att möta patienter utifrån livssammanhang samt uppföljning och utvärdering av både livsstilsförändringar och medicinering. Blomqvist et al. (2006) anger att rutinmässig uppföljning av hypertoni-behandling är viktigt för att nå uppsatta behandlingsmål och efterlevnad. Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (SFS 2010:659). Utifrån att förebygga vårdskada utgörs en reducerad uppföljning en minskad säkerhet för patienten. Drevenhorn et al. (2009) framhåller att när en samtalsstruktur används utnyttjas tiden med patienten bättre. Strukturen gör de lättare att fokusera på den faktiska rådgivningen vilket medför en effektivare behandling (Drevenhorn et al., 2009). Detta är något som distriktssköterskorna skulle kunna anamma för att minska känslan av att inte få tiden att räcka till.

Distriktssköterskorna upplever frustration kring att verksamheterna verkar tänka kortsiktigt. Det kan jämföras med Strandmark (2007) som menar att det hälsofrämjande arbetet ständigt bör pågå och genomsyra all verksamhet i vården för att verka för en förbättrad hälsa på lång sikt (Strandmark, 2007). Distriktssköterskorna anser att det borde finnas hårdare krav på att alla verksamheter ska ha hypertonispecifika mottagningar vilket medför adekvata, öronmärkta resurser för att arbeta hälsofrämjande och stödja livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni. Distriktssköterskorna hänvisar till verksamheternas krav- och kvalitetsbok och uttrycker en förvåning över att den inte beskriver ett krav på att det ska finnas specifik hypertoni-mottagning. Dock är det något de tror kan infinna sig i framtiden eftersom de upplever att gruppen av patienter med hypertoni ökar.

Att ändra livsstil är inte lätt och det upplevs av distriktssköterskorna att det är en utmaning att främja hälsa. Deras stödjande och motiverande funktion behöver utnyttjas av patienter för att lyckas med förändring av levnadsvanor. Störst utmaning finner distriktssköterskorna hos de individer som är mest utsatta i samhället, de som har flertalet ohälsosamma levnadsvanor, de som inte har tid eller som inte har förståelse för riskerna med högt blodtryck. Enligt Jallinoja et al. (2007) har den allmänna trenden varit att successivt ersätta de auktoritära och lärarrika vårdtraditioner med patientcentrerade metoder som syftar till att stärka patienters egenmakt. Patienters ovilja att ändra levnadsvanor upplevs av läkare och sjuksköterskor inom hypertoni-vården som en stor utmaning.

## **Konklusion**

Distriktssköterskor upplever sig ha en central roll i det hälsofrämjande arbetet med patienter som har högt blodtryck. Den centrala rollen utgörs av en rådgivande, motiverande och stödjande funktion samt ett stort ansvar för att förmedla kontakt mellan olika aktörer som berör patienters hälsa. Användandet av samtalsstrategi i kommunikationen vid

livsstilsrådgivning anses vara viktigt för att kunna få patienten delaktig, autonom och ansvarstagande för sin egen hälsa. Detta kräver att distriktssköterskan bekräftar patienten och är lyhörd för dennes livssammanhang. Det upplevs som en utmaning att främja hälsa hos patienter med högt blodtryck eftersom det råder tidsbrist för uppföljning. Distriktssköterskorna upplever en svårighet i att individuellt motivera till förändring och uttrycker en frustration över att det är svårt att få tiden att räcka till.

### **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Denna studie bidrar med kunskaper om distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändring. Resultaten kan bidra till utveckling av det hälsofrämjande arbetet med denna patientgrupp men även ligga till grund för förbättringsarbete. Resultaten ringar in att det är svårt för distriktssköterskor att få tiden att räcka till. Detta klargörande kan bidra till ökad medvetenhet för att mer resurser behövs till hypertoni vården. Ytterligare belyser resultaten att det finns variationer i samtalsstrategi bland distriktssköterskorna men att det anses viktigt att använda någon form av strategi för att kunna göra patienter delaktiga och autonoma i sin hälsa. Det kan vara av intresse att undersöka varför denna variation förekommer utifrån de rekommendationer som finns för samtalsstrategi i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för levnadsvanor. Studiens resultat bidrar även med kunskaper baserat på erfarenheter från både specifika blodtrycksmottagningar och allmän distriktssköterskemottagning. Förslag till fortsatt utveckling av ämnet kan vara att göra jämförande studier på om det finns stor variation i det stöd som patienterna erbjuds i samband med livsstilsförändringar vid specifik alternativt allmän distriktssköterskemottagning.



## REFERENSER

- Aminoff, U-B. & Kjellgren, K. (2001). The nurse – a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 582-589.
- Blomqvist, M., Berglund, B. & Sonde, L. (2006). Nurse-led Blood Pressure Treatment in Primary Health Care: An Intervention Study Comparing Two Regimens. *Vård i Norden*, 26, 20-24.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2015). Lifestyle advice and lifestyle change: To what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29, 118-125.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 22 januari, 2016, från <http://www.distriktsskoterska.se/>
- Drevenhorn, E., Bengtson, A. & Kjellgren, K. (2009). Evaluation of consultation training in hypertension care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 349-354.
- Drevenhorn, E., Håkansson A. & Petersson, K. (2001). Counseling hypertensive patients – an observational study. *Clinical Nursing Research*, 10, 369-386.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359.
- Finfgeld-Connett, D. (2007). Concept Comparison of Caring and Social Support. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18, 58-68.
- Gillsjö, C. & Berglund, M. (2014). Reflective STRENGTH-Giving Dialogue Developed to Support Older Adults in Learning to Live with Long-Term Pain: A Method and Study Design. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 3, 2-8.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hartrick, G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 523-528.
- Holm Ivarsson, B. (2013). *MI - motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor*. Stockholm: Gothia.
- Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 593-602.

- Irvine, F. (2005). Exploring the district nursing competencies in health promotion: the use of Delphi technique. *The Journal of Clinical Nursing*, 14, 965-975.
- Iso, H., Shimamoto, T., Kitamura, A., Iida, M. & Komachi, Y. (1999). Trends of cardiovascular risk factors and diseases in Japan: Implications for primordial prevention. *Preventive Medicine*, 29, 102-105.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.
- Jones, P.S. & Meleis, A. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Sciences*, 15, 1-14.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (2. ed.) Thousand Oaks, Calif: Sage
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindström, A-C. (2007). *Something that no longer exists – the district nurse´s professional practice at the primary health centre from a gender perspective* (Doktorsavhandling). Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Oberle, K. & Allen, M. (2001). The Nature of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook*, 49, 148-153.
- Rasjö-Wrååk, G., Törnkvist, L., Hasselström, J., Wändell, P.E. & Josefsson, K. (2015). Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *International Nursing Review*, 62, 187-195.
- Sachs, L. (2004). *Trust as cure. Placebo in time and room*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M. (2007). *Ömsesidighet i förhandling. Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet* (Akademisk avhandling). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2009). *Termbanken, hälsofrämjande åtgärd*. Hämtad 4 februari, 2016, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=407>
- Socialstyrelsen. (2011). *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SBU. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck, en systematisk litteraturöversikt* (170/1U). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Levnadsvanor, lägesrapport 2009*. Hämtad 15 mars, 2016, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12394/R2010-03-Levnadsvanor-Lagesrapport-2009.pdf>

Statens medicinsk-etiska råd. (2016). *Etik, autonomi*. Hämtad 15 februari, 2016, från <http://www.smer.se/etik/autonomi/>

Strandmark, M. (2007). The concept of health and health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 1-2.

Svedberg, P. (2007). *Health promotion intervention in mental health service* (Akademisk avhandling). Lund: Lunds universitet.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad 8 februari, 2016, från <http://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/>

Svensson, O. & Hallberg, L-R. (2011). Hunting for health, well-being and quality of life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 1-5.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

Tveiten, S. & Severinsson, E. (2006). Communication- a core concept in client supervision by public health nurses. *Journal of Nursing Management*, 14, 235-243.

Yip, Y.B., Wong, T.K.S., Chung, J.W.Y., Ko, S.K.K., Sit, J.W.H. & Chan, T.M.F. (2004). Cardiovascular Disease: Application of a Composite Risk Index from the Telehealth System in a District Community. *Public Health Nursing*, 2, 524-532.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 14 januari, 2016, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Vårdbarometern. (2014). *Befolkningsundersökning 2014, Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Hämtad 15 februari, 2016, från [http://www.vardbarometern.nu/PDF/V%C3%A5rdbarometern\\_2014\\_%C3%85rsrapport\\_2015-03-19.pdf](http://www.vardbarometern.nu/PDF/V%C3%A5rdbarometern_2014_%C3%85rsrapport_2015-03-19.pdf)

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. London: Hartcourt Brace and Company Limited.

Willman, A. & Gustafsson, B. (2015). *Hälsofrämjande omvårdnad, bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

WHO. (2013a). *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis*. Hämtad 2016-01-29, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf)

WHO. (1986). *Health promotion*. Hämtad 21 april, 2016, från [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)

WHO. (2013b). *High blood pressure: serious but often preventable*. Hämtad 11 februari, 2016, från <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2013-focus-on-high-blood-pressure/high-blood-pressure-serious-but-often-preventable>

WHO. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 21 april, 2016, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 156-163.

Till vårdföreståndare/verksamhetschef

Skövde 16-02-03

## **Ansökan om tillstånd att inhämta data för en empirisk studie inom primärvården.**

Vi är två distriktssköterskestuderande vid Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats 15 hp vilken påbörjades i januari 2016.

### **Bakgrund**

Hypertoni är en folksjukdom och en av de vanligaste diagnoserna inom primärvården. Det uppskattas att ungefär 1,8 miljoner personer lever med hypertoni i Sverige. Förekomsten är lika vanlig hos kvinnor som män och stiger med ökad ålder. Basen i behandlingen av hypertoni bör bestå i att stödja patienten till livsstilsförändringar. Distriktssköterskans hälsofrämjande omvårdnad är central i detta arbete.

### **Syfte och nytta**

Syftet med studien är att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Nyttan med studien är att förbättra kunskapen om hur distriktssköterskan främjar hälsa hos patienter med hypertoni.

Vi önskar komma i kontakt med distriktssköterskor med erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande med patienter som har hypertoni. Genom Er som verksamhetschef söker vi deltagare. Ni frågar era anställda distriktssköterskor och meddelar oss vilka som är intresserade. Därmed kan vi ta kontakt med dem via email alternativt via telefon. Blankett för skriftligt samtycke skrivs under och mailas tillbaka om Ni väljer att godkänna inhämtning av empirisk data. Vår avsikt är att intervjua åtta distriktssköterskor, med speciellt ansvar för patienter med högt blodtryck, från olika vårdcentraler inom Sverige under veckorna 5-7. Intervjuguide med ett fåtal öppna frågor kommer användas och beräknas pågå mellan 30-45 minuter. Distriktssköterskan väljer själv plats och tid för intervjun. Den kan komma att ske per telefon. Intervjun spelas in för att sedan transkriberas ordagrant och analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och studien publiceras utan att identitet avslöjas. Deltagandet är helt frivilligt och distriktssköterskan kan när som helst välja att avbryta utan närmare förklaring. Vid frågor går det bra att kontakta oss eller vår handledare via e-post eller telefon.

Med vänlig hälsning

Författare:  
Helena Simon. Tel: xxx

Författare:  
Elin Ahlin. Tel: xxx

Handledare:  
Catharina Gillsjö, lektor  
Institution för hälsa och lärande  
Högskolan i Skövde

Bilaga. 2

### **Tillstånd att inhämta data för en empirisk studie**

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data för en empirisk studie under vecka 5-7.

Tillstånd för att inhämta data för en empirisk studie tillstyrks:

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Ort och datum

**Till Distriktssköterskor**

Skövde 16-02-03

## **Informationsbrev till Distriktssköterskor**

Vi är två distriktssköterskestuderande vid Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats 15 hp vilken påbörjades i januari 2016.

### **Bakgrund**

Hypertoni är en folksjukdom och en av de vanligaste diagnoserna inom primärvården. Det uppskattas att ungefär 1,8 miljoner personer lever med hypertoni i Sverige. Förekomsten är lika vanlig hos kvinnor som män och stiger med ökad ålder. Basen i behandlingen av hypertoni bör bestå i att stödja patienten till livsstilsförändringar. Distriktssköterskans hälsofrämjande omvårdnad är central i detta arbete.

### **Syfte och nytta**

Syftet med studien är att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. Nyttan med studien är att förbättra kunskapen om hur distriktssköterskan främjar hälsa hos patienter med hypertoni.

Vi önskar komma i kontakt med distriktssköterskor med erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande med patienter som har hypertoni. Vår avsikt är att intervjua åtta distriktssköterskor, med speciellt ansvar för patienter med högt blodtryck, från olika vårdcentraler inom Sverige under veckorna 5-7. Intervjuguide med fåtal öppna frågor om erfarenheter av hälsofrämjande vård till patienter med hypertoni kommer användas och beräknas pågå mellan 30-45 minuter. Du väljer själv plats och tid för intervjun. Intervjun kan komma att ske per telefon. Intervjun kommer att spelas in för att sedan transkriberas ordagrant och analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och studien publiceras utan att identitet avslöjas. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta utan närmare förklaring. Har Ni fått förfrågan om deltagande från er verksamhetschef och tackat ja kommer vi att kontakta dig via mail alternativt via telefon under den närmaste tiden för vidare planering. Blankett för skriftligt samtycke skrivs under och mailas tillbaka om du väljer att delta. Vid frågor går det bra att kontakta oss eller vår handledare via e-post eller telefon.

Med vänlig hälsning

Författare:  
Helena Simon. Tel: xxx

Författare:  
Elin Ahlin. Tel: xxx

Handledare:  
Catharina Gillsjö, lektor  
Institution för hälsa och lärande  
Högskolan i Skövde

## Bilaga.4

### **Skriftligt samtycke till att delta i studie**

Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studien och samtycke att delta. Jag är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att jag närsomhelst kan avbryta utan förklaring.

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Ort och datum



## **Intervjuguide**

### **Specifik fråga**

Hur länge har du varit verksam som distriktssköterska?

### **Öppna frågor**

Skulle du vilja berätta om dina erfarenheter av att ge vård till patienter med högt blodtryck?

Skulle du vilja berätta om en patient du arbetat långsiktigt med för att främja till en livsstilsförändring?

Skulle du vilja ge exempel på vilka livsstilsförändringar du föreslår till patienter med högt blodtryck?

Kan du beskriva hur du arbetar hälsofrämjande med dessa livsstilsförändringar? Särskilt upplägg?

Hur upplever du din roll som distriktssköterska i vården av dessa patienter?

Har du upplevt några svårigheter i vården av patienter med hypertoni?

### **Följdfrågor**

Skulle du vilja berätta lite mer om det?

Kan du utveckla/berätta mer?

Hur tänker du om ...?

Hur kände du då?

Kan du ge exempel?

Varför då/hur kommer det sig?

(Återkoppla) Har jag uppfattat dig rätt?

Finns det något mer du skulle vilja berätta om?

Finns det något jag inte frågat om som du förväntat att jag ska fråga om?