

examensarbete

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot distriktssköterska
Omvårdnad, avancerad nivå

Samtalet mellan
distriktssköterskan
och patienten med
nyligen upptäckt
essentiell
hypertoni
En intervjustudie

Författare

Eva Ballovarre

Handledare

Kerstin Samarasinghe

Examinator

Anita Bengtsson-Tops

Samtalet mellan distriktssköterskan och patienten med nyligen upptäckt essentiell hypertoni

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Eva Ballovarre

Handledare: Kerstin Samarasinghe

Examinator: Anita Bengtsson-Tops

Empirisk studie

2010-09-06

Sammanfattning

Hypertoni relaterat till livsstilsfaktorer är ett ökande problem i Sverige och enligt gällande riktlinjer ska förändringar i livsstilen kopplat till dessa faktorer vara prioriterat i behandlingen av hypertoni. Distriktssköterskans arbete med dessa patienter innefattar att kontrollera blodtrycket och i samband med detta ge råd angående livsstilsförändringar som kan sänka detta. Syftet med studien var att beskriva samtalet med patienten med nyupptäckt essentiell hypertoni såsom det erfars av distriktssköterskan. Studien har en kvalitativ ansats och datamaterial samlades in med kvalitativa, semistrukturerade intervjuer som genomfördes med sju distriktssköterskor.. Analysen av datamaterialet gjordes med hjälp av manifest och latent innehållsanalys och resulterade i följande tre huvudkategorier: alternera mellan olika funktioner, skapa tillit i patientrelationen och anpassa samtalet till patientens behov. Resultatet visade att distriktssköterskorna i samtalet med patienten med hypertoni strävade efter att skapa en tillitsfull relation och i denna erbjuda livsstilsrelaterad omvårdnad. Distriktssköterskan alternerade i samtalet mellan olika funktioner såsom att fungera som en katalysator och att framföra budskap. Hon arbetade för att se patientens behov. Ibland uppstod dilemman då distriktssköterskan fick prioritera mellan de ämnen som ansågs viktiga för livsstilsförändringar men som kunde anses kränkande för patienten och därmed riskera att skada relationen. Konklusionen av det framkomna resultatet var att samtalet och därmed omvårdnaden av patienten med hypertoni skiljde sig beroende på vilken distriktssköterska denne kom till.

Nyckelord: Distriktssköterska, hypertoni, samtal, livsstil, kvalitativ

The conversation between the district nurse and the patient with newly detected essential hypertension

A qualitative interview study

Author: Eva Ballovarre

Supervisor: Kerstin Samarasinghe

Examiner: Anita Bengtsson-Tops

Empirical study

2010-09-06

Abstract

Hypertension related to lifestyle factors is an increasing problem in Sweden and according to current guidelines should changes in lifestyle associated with these factors be highly prioritized in the treatment of hypertension. District nurse's work with patients with the diagnosis of hypertension includes checking blood pressure and giving advice in lifestyle changes that can reduce the blood pressure. The purpose of this study was to describe the conversation with the patient with newly discovered essential hypertension as it was experienced by the district nurse. The study has a qualitative approach and was conducted with qualitative, semi-structured interviews with seven district nurses. The analysis of the collected data material was done with a content analysis including both the manifest and latent content and resulted in three main categories; alternate between different functions, create confidence in the relationship with the patient and adapt the conversation to the patients needs. The results showed that the district nurses in the conversation with the patient with hypertension were striving to create a trusting relationship and in this relationship provide lifestyle-related healthcare to the patient. In the conversation the district nurse alternated between various functions such as acting as a catalyst and express messages. She tried to ensure the patient's needs. Sometimes dilemmas arose when the district nurse had to prioritise between topics which were important for lifestyle changes, but could be considered as offensive to the patient. Thereby she prevented negative effects that could impact on the relationship. The conclusion of the result was that the conversation and thus the care of patients with hypertension differed depending on which district nurse the patient came to.

Keywords: District nurse, hypertension, conversation, lifestyle, qualitative

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Hypertoni	2
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete riktat till patienten med diagnosen hypertoni	2
Teoretisk referensram	4
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval och kontext.....	7
Datainsamlingsmetod.....	8
Dataanalysmetod.....	9
Förförståelse.....	10
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Alternera mellan olika funktioner.....	11
Skapa tillit i patientrelationen	15
Anpassa samtalet till patientens behov	16
Sammanfattning av resultatet.....	20
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion	26
REFERENSER	27

Bilaga 1 Fördjupning om hypertoni

Bilaga 2 Intervjuguide

Bilaga 3 Brev till informanter

BAKGRUND

Prevalensen av förhöjt blodtryck under år 2007 visades sig vara enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2007) 1.8 miljoner personer i Sverige. Av dessa använder 1.4 miljoner blodtryckssänkande läkemedel vilket årligen kostar 1.7 miljarder kronor (SBU, 2007). Högt blodtryck medför stor risk för komplikationer i form av följdsjukdomar som till exempel stroke och hjärt-kärlsjukdomar (Ericsson & Ericsson, 2008). Ett förhöjt blodtryck beror till stor del på individens livsstil. För att åstadkomma sänkt blodtryck och därmed förstärka hälsan har livsstilsförändringar med avseende på bland annat kost och motion en avgörande betydelse (Ibid.). Det har visat sig att livsstilsförändringar kan medföra minskat eller uteblivet behov av blodtryckssänkande mediciner för patienten (SBU, 2007). Med livsstil avses en persons sätt att leva i avseende på bland annat konsumtion och sociala mönster (Nationalencyklopedin, 2009). Livsstilsförändringar kan innebära att individen lär känna sig själv både fysiskt och psykiskt och därmed kommer till insikt om den egna livsstilens påverkan på hälsan (Ljusenuis & Rydqvist, 1999). I samband med livsstilsförändringar har distriktssköterskan en viktig uppgift då hon ska informera, utbilda och motivera patienten till att själv ta ansvar för sin hälsa (Drevenhorn, 2006). Patienter som genomför ett samtal med en distriktssköterska om livsstilsförändringar så som motion och kostråd lyckas att sänka både sin kroppsvikt och sitt blodtryck (Wollard et al., 1995). Ett sådant hälsofrämjande samtal kan räcka för att patienten ska uppnå motivation och förståelse för att genomföra dessa förändringar (Persson & Friberg, 2009).

Författaren till föreliggande studie har erfarenhet av arbete på vårdcentral med ansvar för mottagningsarbete. En stor del av de patienter som kom till mottagningen var patienter med hypertoni. Det fanns emellertid inga riktlinjer från arbetsgivaren för hur hypertoni skulle behandlas av distriktssköterskan. Med vetskap om detta fanns därför en undran hos författaren om vilken betydelse samtalet med patienten med hypertoni hade för olika distriktssköterskor. Det är denna undran som ligger till grund för denna studie vars syfte var att beskriva samtalet med patienter med nyupptäckt essentiell hypertoni utifrån distriktssköterskans perspektiv.

Hypertoni

World Health Organization (2003) har fastställt definitionen för hypertoni till ett blodtryck som uppmäts till mer än 140/90 mm/Hg i vila för en i övrigt frisk person och 130/80 mm/Hg i vila för en person med diabetes mellitus. Värdena ska överstiga riktvärdena vid tre mättillfällen för att patienten ska få diagnosen hypertoni. I Sverige följs dessa internationella riktlinjer (SBU, 2007). Högt blodtryck benämns antingen som primär hypertoni, även kallad essentiell hypertoni, eller sekundär hypertoni (Ericsson & Ericsson, 2008). Essentiell hypertoni är vanligast förekommande och cirka 95 % av personer med högt blodtryck räknas till denna grupp. De faktorer som påverkar primär hypertoni är ärftlighet, stress, alkoholintag, tobaksbruk, övervikt, ålder samt kost. Sekundär hypertoni uppkommer i samband med bakomliggande sjukdom som exempelvis njursjukdomar (Ibid.). Symtom som kan förekomma vid hypertoni är trötthet och huvudvärk och hos män kan impotens också vara ett symptom. Patienten tolkar oftast inte dessa symptom som tecken på förhöjt blodtryck (Ibid.). Att leva med förhöjt blodtryck medför ökad risk att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar, stroke och även demens (Ibid.). En ökning med 10 mm Hg diastoliskt fördubblar risken att avlida i hjärtinfarkt. Högt blodtryck kan även medföra organskador som åderförkalkning av halspulsåder och njurskador (SBU, 2007). Livsstilsåtgärder ska enligt SBU (2007) alltid utgöra basen i behandlingen av essentiell hypertoni då detta kan minska behovet av medicinska åtgärder. Då läkemedel är nödvändigt för behandling av hypertoni används i Sverige oftast tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister eller betablockare (Ibid.). För ytterligare fakta om hypertoni, se bilaga 1. Folkhälsoinstitutet (2009) har definierat elva målområden som anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan. Målområde 9, 10 och 11 kan relateras till att förebygga hypertoni hos den svenska befolkningen. Målområde nio innebär ökad fysisk aktivitet, målområde tio innefattar goda matvanor och målområde elva strävar efter att minska bruket av tobak och alkohol (Ibid.).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete riktat till patienten med diagnosen hypertoni

Många patienter med hypertoni förstår inte vad högt blodtryck innebär, vilket deras målvärde är och vad de själva kan göra för att sänka blodtrycket (Kjellgren et al., 1997). Kunskap om sin diagnos är en förutsättning för att patienten ska tro på den behandling som sätts in (Lahdenperä, Wright & Kyngnäs, 2003). Distriktssköterskans arbete med patienter med hypertoni innefattar att kontrollera blodtrycket och att ge rådgivning och undervisning

angående detta (Bengtsson & Drevenhorn, 2003). Denna rådgivning och undervisning ska handla om faktorer som påverkar blodtrycket, det vill säga motion, kost, vikt, nikotin, alkohol och stress (Ibid.). Sjukvårdspersonal som arbetar med egenvård bör lägga tyngden på motivationsaspekten (Pagels, 2004). Då patienten ska lära sig att utföra egenvård måste den vara anpassad till patienten och planeras över en längre tid. För att patienten ska lyckas med detta krävs att sjukvården stöder denne genom att uppmuntra till delaktighet i beslut och respektera patienten som en samarbetspartner. Om patienten är engagerad och tar ansvar för sin egen behandling ger detta ökad livskvalitet. Att själv ansvara för sin vård kan dock upplevas som betungande och svårt. Egenvård måste därför relateras till individens förutsättningar. I de fall där patienter av olika skäl inte förmår utföra egenvård, kan patientens egenvård främjas med hjälp av en god relation till sjukvårdspersonalen (Ibid.).

Då personal inom primärvården ger råd om livsstilsförändrande åtgärder som exempelvis motion och kost utför patienten mer fysisk aktivitet och går ned i vikt (Eriksson, Westborg & Eliasson, 2006). Detta kan i sin tur leda till sänkt blodtryck. Om sjukvårdspersonal även gör uppföljningar angående om patienten tagit till sig de råd som givits så ökar ytterligare andelen patienter som genomför dessa (Ibid.). Fler besök hos distriktssköterskan ökar motivationen hos patienten att försöka sänka sitt blodtryck (Blomquist, Berglund & Sonde, 2006). Ett sätt att öka förutsättningar för att uppföljning genomförs är att ge patienten en ny tid direkt efter varje besök. Detta för att patienten inte aktivt ska behöva ringa själv och boka en ny tid för återbesök (Ibid.).

Distriktssköterskan ska tillvarata det friska hos patienten och bedöma patientens egna resurser och förmåga till att utföra egenvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska distriktssköterskan ge vägledning och möjliggöra delaktighet i vård och behandling i dialog med patienten. Det är distriktssköterskans ansvar att uppmärksamma patientens behov av information och att undervisa och motivera denna till en förändrad livsstil i syfte att främja hälsa. Distriktssköterskan ansvarar också för att patienten förstår den information som ges. Patientens förmåga till egenvård ska dessutom dokumenteras enligt gällande lagstiftning (Ibid.).

Teoretisk referensram

Samtal är en grund för kommunikation, ett sätt att överföra information till varandra (Fossum, 2007). Kommunikation är inom hälso- och sjukvården en nödvändighet eftersom människan kommunicerar för att överleva, samarbeta och för att tillfredsställa personliga behov. Kommunikation som strävar efter att ta reda på saker om andra är kunskapssökande (Ibid.). Då distriktssköterskan genomför samtal relaterat till livsstilsförändringar med patienter med hypertoni resulterar det i ett sänkt blodtryck (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtsson, 2007). Anledningen till detta är att distriktssköterskan med hjälp av samtalet identifierar problemområden som kan ligga till grund för det höga blodtrycket och därmed kan ge rådgivning utifrån dessa (Ibid.). Det är av betydelse att det råder en förtrolig relation mellan distriktssköterskan och patienten för att ett ändamålsenligt samtal ska kunna genomföras (Eriksson & Nilsson, 2008). Om den relationen inte är god tar patienten inte till sig den information som ges (Ibid.). Patienten och distriktssköterskan måste i samtalet samarbeta genom att tillsammans sätta upp mål som syftar till att uppnå ett sänkt blodtryck (Lahdenperä, Wright & Kyngnäs, 2003). Samarbetet är en förutsättning för att kunna identifiera de faktorer i patientens liv som påverkar dennes hypertoni. De livsstilsförändringar som patienten måste genomföra bör i samtalet diskuteras fram gemensamt (Ibid.). Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och fullföljas i samråd med patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Distriktssköterskan ska ge patienten information och undervisning så att denne kan ta ställning till sin hälsa och sjukdom och hur denna ska behandlas (Ibid.). Distriktssköterskan måste i sitt samtal med patienten med hypertoni vara empatisk och ha en icke-dömande attityd (Lahdenperä, Wright & Kyngnäs, 2003). Egenskaper som att vara en god lyssnare i samtalet och att ha förståelse för hur patienten ser på sin hypertoni är också en förutsättning för att distriktssköterskan ska förstå vilken typ av stöd och omvårdnad patienten behöver. Sjuksköterskan måste i samtalet med patienten vara öppen och följsam till patientens levda värld (Dahlberg, 2003) för att på så sätt möjliggöra för en individanpassad vård (Lahdenperä, Wright & Kyngnäs, 2003).

Travelbee (2001) menar att syftet med sjuksköterskans samtal och kommunikation är att sjuksköterskan ska lära känna patienten. Genom att göra detta förstår hon bättre patientens behov för att i förlängningen kunna tillgodose dessa. Kommunikation är en process där

information förmedlas mellan olika personer och omvårdnad innebär att utifrån samtal och kommunikation med patienten göra en individuell bedömning av dennes hälsa (Ibid.).

Genom att som sjuksköterska sträva efter ett mellanmänniskt förhållningssätt till patienten, det vill säga att se relationen till patienten som ett förhållande människa till människa och inte från sjuksköterska till patient, uppnås en god omvårdnad. I det mellanmänniska förhållandet menar Travelbee (2001) ser såväl patienten och sjuksköterskan varandra som unika individer, vilket är en nödvändighet för att bägge parter ska nå fram till varandra. Ett mellanmänniskt förhållande växer fram över tid och går igenom enligt Travelbees (Ibid.) fyra faser.

Den första fasen inbegriper det inledande mötet mellan patienten och sjuksköterskan där de är okända för varandra. Ett första intryck av den andras personlighet skapas. I detta möte kan en form av generaliserande uppfattningar och förutfattade meningar förekomma och patienten och sjuksköterskan dömer varandra stereotypiskt och utifrån tidigare erfarenheter och upplevelser. Detta måste sjuksköterskan förbise för att kunna uppfatta patienten som människan den är. Genom att vara öppen och ha ett intresse för den enskilda individen och dennes behov kan sjuksköterskan minska risken för ett stereotypiskt bemötande av patienten. Då sjuksköterskan upplever sig förstå patientens situation går de vidare in i nästa fas, i det mellanmänniska förhållandet. Sjuksköterskan ser patienten som en egen individ och jämför inte denne med andra patienter och patientens identitet växer fram och tydliggörs. En kontakt mellan patienten och sjuksköterskan skapas. I den tredje fasen är empati i fokus. Travelbee (2001) menar att denna fas endast uppnås om sjuksköterskan och patienten har liknande känslor. Empatifasen är inte konstant, den kan komma och gå beroende på sjuksköterskans förmåga att sätta sig in i och förstå patientens situation. Om sjuksköterskan har medkänsla för patienten så infinner sig slutligen den fjärde och sista fasen, sympatifasen. Här har sjuksköterskans empati för patienten men har gått ett steg längre och inkluderat en medkänsla för patienten. Det är framförallt denna fas som ligger till grund för en god kommunikation och ett gott samtal. Om patienten och sjuksköterskan går igenom denna process kan en ömsesidig förståelse och kontakt skapas (Ibid.).

Problemformulering

Andelen människor som drabbas av hypertoni relaterad till livsstilen ökar (Statens Folkhälsoinstitut, 2007) och denna utveckling kan förebyggas med hjälp av förändringar i människors livsstil (SBU, 2007). Basen i behandlingen av patienter med hypertoni ska enligt svenska riktlinjer vara livsstilsförändringar, inte läkemedel (Ibid.). Distriktssköterskans redskap i arbetet med patienter med hypertoni är samtalet med fokus på livsstilsförändringar (Drevenhorn Kjellgren & Bengtsson, 2007) och aktuell forskning visar att dessa samtal bör fokuseras på att motivera patienten till dessa förändringar (Pagels, 2004). Grunden för en god omvårdnad bygger på en mellanmänsklig relation där sjuksköterskans agerande i samtalet med patienten måste ha inslag av både empati och sympati (Travelbee, 2001). Detta är för att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med patienten och tillgodose de behov denne har för att förbättra sin hälsa (Ibid.). Med denna kännedom önskar författaren beskriva distriktssköterskans samtal med patienter med nyupptäckt essentiell hypertoni utifrån ett distriktssköterskeperspektiv.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva samtalet med patienter med nyupptäckt essentiell hypertoni utifrån distriktssköterskans perspektiv.

METOD

Design

Föreliggande studie har en kvalitativ ansats. En kvalitativ ansats utgår från viljan att beskriva människans livsvärld och hennes relation till denna (Dahlberg, 2003). Med livsvärld menas den levda verkligheten, vilken är unik för varje individ och speglas i hur denne upplever och erfar världen (Wiklund, 2003). Distriktssköterskans samtal med patienten med nyupptäckt essentiell hypertoni utgör en del av distriktssköterskans livsvärld. Sju distriktssköterskor intervjuades och detta material analyserades med hjälp av manifest och latent innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). En kvalitativ forskning syftar till att beskriva människors erfarenheter och upplevelser av skilda fenomen och på så sätt öka förståelsen för det samma

(Polit & Beck, 2001). Fenomenet i denna studie var distriktssköterskans samtal med patienten med nyupptäckt essentiell hypertoni . Med andra ord är det distriktssköterskans erfarenhet av samtalet och vilken betydelse hon tillskriver denna i centrum för studien. Polit & Beck (2001) menar att ett bra sätt att få information om ett fenomen är att samtala med de människor som det berör samt ställa frågor till dessa. Med detta i åtanke valde författaren att genomföra sju intervjuer med distriktssköterskor som sedan bearbetades med hjälp av en latent innehållsanalys.

Urval och kontext

Olika vårdcentraler i södra Sverige kontaktades via telefonsamtal för att på så sätt få kontakt med distriktssköterskor som var intresserade av att delta i studien. Författaren ringde upp distriktssköterskorna direkt och de tog i sin tur ställning eventuell medverkan i studien. Ett urval gjordes med hjälp av bekvämlighetsprincipen. Med detta menas att de informanter som var tillgängliga för medverkan i studien, intresserade av detta samt uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut att ingå i studien (Bell, 2006). Inklusionskriterierna för att delta i studien var att:

- Informanterna var utbildade distriktssköterskor.
- Informanterna arbetade på en vårdcentral.
- Informanterna hade ett självständigt ansvar för mottagningsarbete.

Samtliga distriktssköterskor som deltog i studien uppfyllde dessa kriterier. Då det inte fanns några manliga distriktssköterskor tillgängliga på de vårdcentraler som kontaktades är samtliga informanter i studien kvinnor. De var anställda på såväl privata som landstingsdrivna vårdcentraler i Blekinge, Småland och Skåne. Den minsta vårdcentralen hade ett upptagningsområde på 3 500 personer och den största på 15 000 personer. Distriktssköterskorna som intervjuades var mellan 30 och 59 år. Informanten med minst arbetslivserfarenhet som distriktssköterska hade arbetat 3 månader och den med mest arbetslivserfarenhet som distriktssköterska hade arbetat 21 år. Informanternas totala yrkeserfarenhet som sjuksköterska varierade mellan fyra och 38 år. En distriktssköterska arbetade specifikt med blodtrycksmottagning och hade viss utbildning i att genomföra livsstilsförändringar hos patienter. Denna distriktssköterska hade fem års erfarenhet av

hypertonimottagning. Bland de övriga informanterna hade en distriktssköterska genomfört utbildning i hjälp att sluta röka och en distriktssköterska hade fått en kortare utbildning i motiverande samtal.

Studien fokuserar på distriktssköterskans samtal med patienter som nyligen fått diagnosen essentiell hypertoni. Rutiner för hur dessa patienter kom i kontakt med distriktssköterskan skiljde sig mellan de olika vårdcentralerna. På vissa vårdcentraler fick patienten aktivt ringa upp vårdcentralen för att få en tid hos distriktssköterskan och på andra vårdcentraler bokades besöket hos distriktssköterskan in direkt efter läkarbesöket. Samtliga vårdcentraler följde de nationella riktlinjerna för diagnostisering av hypertoni.

Datainsamlingsmetod

Kvalitativa intervjuer genomfördes i juni 2009 samt januari/februari 2010. Intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas respektive arbetsplatser. Författaren valde att använda sig av semistrukturerade intervjuer vilket innebar att intervjun omfattades av specifika teman samt följdfrågor kring dessa (Polit & Beck, 2001). Intervjuerna genomfördes som ett vanligt samtal, men med en specifik struktur och ett specifikt syfte. En intervjuguide som omfattade olika teman med följdfrågor i anknytning till dessa användes, se bilaga 2. Intervjuguiden utformades utifrån syftet med studien och den kunskap som erhållits i samband med litteraturgenomgången. Exempelvis visade litteraturgenomgången att uppföljande samtal var av stor vikt för att förbättra patientens hälsa och därför omfattades intervjuguiden även av frågor angående detta. Öppna frågor ställdes inledningsvis i intervjun för att maximera möjligheten för informanten att spontant berätta om sina erfarenheter. Dahlberg et al. (2003) menar att för att en människa ska vilja, klara av och hinna beskriva sina erfarenheter för en forskare så måste denne visa öppenhet och följsamhet. Exempel på författarens öppenhet och följsamhet var att anteckningar fördes under intervjuerna. Detta ledde till att informanten fick tala fritt om ett område utan att bli avbruten. Med hjälp av anteckningarna kunde författaren sedan lyfta fram intressanta uttalanden och be informanten utveckla dessa. Författaren försökte med andra ord att få informanterna att tala fritt och föra ett öppet samtal. En god intervju kännetecknas enligt Kvale (1997) av korta frågor och långa svar och att informantens svar är spontana, specifika och relevanta i förhållande till syftet med intervjun. Författaren försökte uppnå dessa kriterier genom att få informanterna att beskriva specifika situationer i samtalet med patienten med essentiell hypertoni för att få fram spontana svar. Vidare följdes

informanternas svar upp med följdfrågor som ”Hur menar du?” ”Kan du berätta mer om det?” Då intervjuerna genomfördes kände författaren inte sig låst till intervjuguiden utan kunde följa informanten i dennes svar. Inte heller fanns någon specifik ordning på teman eller frågor som ställdes utan intervjun speglades av en följsamhet till informanten från författarens sida. Enligt Kvale (1997) ska forskaren under intervjun försöka verifiera sina tolkningar av informanternas svar för att på så sätt minimera risken för missuppfattningar. I vissa fall gjordes detta. Materialet som författaren samlade in transkriberades och lästes igenom direkt efter att intervjuerna genomförts. I samband med detta kunde fler frågeställningar komma upp och berördes då vid nästkommande intervju. Exempelvis tog frågor om tidsbrist med utifrån att första informant tog upp detta ämne.

Dataanalysmetod

Vid analys av datamaterial användes Graneheim & Lundmans (2004) metod för innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys har till syfte att fånga både det manifesta och latent innehåll i en text genom att beskriva, granska eller tolka innehållet i texter. Fokus vid en kvalitativ innehållsanalys ska vara att försöka fånga variationer av fenomenet som studeras. Goda förutsättningar för att göra en innehållsanalys är att ha god kännedom om den kontext där studien är genomförd (Ibid.). Initialt lästes allt datamaterial flera gånger för att lära känna dess innehåll i relation till det fenomen som studerades. Då texten lästes igenom kunde författaren se att vissa mönster och likheter/olikheter i intervjuerna framträdde. Exempelvis var strävan efter att skapa förtroende och tillit i samtalet med patienten något som återkom i intervjuerna och blev därmed tydligt redan vid den initiala läsningen av materialet. I en följande fas av data bearbetningen plockade meningsbärande enheter ur datamaterialet. En meningsbärande enhet kan vara ett ord, en mening eller delar av en mening som ger uttryck för innebörden av det fenomenet som studeras. De meningsbärande enheterna skrevs ned och kondenserades, dvs. texten reducerades utan att för den skull förlora innebörden i texten. Efter denna reducering av text gjordes ytterligare reducering av materialet genom att varje kondenserad enhet tilldelades en kod som lätt kunde återkopplas till innehållet i hela texten i de meningsbärande enheterna. De koder som framkom i analysen jämfördes med varandra utifrån likheter och olikheter och delades utifrån detta in i olika kategorier. Under hela analysarbetet försökte författaren finna svar på frågor som: ”Vad menar egentligen

distriktssköterskan i sitt uttalande?”. ”Vad är hennes budskap till patienten?”. ”Vad blir innebörden i det hon säger?”. Exempel på tillvägagångssättet i analysen ges i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategorier
”Man försöker få patienten att förstå att de kan göra mycket själva om de är delaktiga behandlingen.”	Få patienten förstå att de kan göra mkt. själv	pat förstå sin egna betydelsen	Stimulera till eget ansvar för hälsan

Förförståelse

Forskaren kan aldrig vara helt objektiv i förhållandet till omvärlden utan är färgad av tidigare erfarenheter, värderingar och ställningstagande och som naturligtvis påverkar tolkningen av verkligheten och därmed också de fynd som framkommer i forskning (Wiklund, 2003). För att läsaren ska få en bild av förförståelse ram som denna studie är gjord inom presenteras författarens förförståelse. Författaren har erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska på en vårdcentral, att ansvara för mottagningsarbete samt ha mött patienter med essentiell hypertoni. Under förberedelserna inför föreliggande studie sökte författaren information i böcker, vetenskapliga tidskrifter och på Internet och genom denna nya kunskap utökades författarens förförståelse för ämnet. Dahlberg et al. (2003) menar att ny kunskap bildar en ny förförståelse och som också kan påverka forskaren. Den förförståelse som författaren har går aldrig att helt bortse från. Emellertid gjordes försök att tygla den såväl vid insamling av data som i analysarbetet av materialet. Författaren har försökt arbeta med en öppenhet och följsamhet till det insamlade datamaterialet och tygling av den egna förförståelsen. Inte minst ägnades tid åt detta vid de handledningstillfällena som skett inom ramen för uppsatsarbetet.

Forskningsetiska överväganden

Då forskningsetiska överväganden ska göras innefattas huvudkraven; information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna fick kännedom om studiens syfte då de tillfrågades om att medverka i studien. I samband med intervjun överlämnades skriftlig information om studien samt författarens och handledarens telefonnummer och mejl-adresser, se bilaga 3. Samtidigt var informanterna medvetna om att medverkandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin deltagande om de

så önskade. Vidare att deras medverkan behandlades konfidentiellt. Informanten gav därefter skriftligt samtycke, se bilaga 3. Det insamlade datamaterialet avidentifierades och förvarades i ett låst skåp. De informanter som önskade ta del av studiens resultat har lämnat sin e-postadress så att den färdigställda rapporten kan skickas till dem, i överensstämmelse med rekommendationer från Vetenskapsrådet (2002).

RESULTAT

Resultatet kommer att beskriva samtalet såsom det erfars av distriktssköterskan mellan patienten som har en nyupptäckt essentiell hypertoni och distriktssköterskan. Resultatet redovisas utifrån de kategorier som framkom genom analysprocessen, se tabell 2. I resultatet anges citat från informanterna med kursiverad stil och siffran inom parentes anger en specifik informants uttalande. En sammanfattning av resultatet avslutar detta avsnitt.

Tabell 2. Översikt över kategorier.

Alternera mellan olika funktioner
Skapa tillit i patientrelationen
Anpassa samtalet till patientens behov

Alternera mellan olika funktioner

I samtalet med patienter med nyupptäckt essentiell hypertoni visade det sig att distriktssköterskan hade flera olika funktioner. Hon arbetade bland annat med att framföra budskap, fungera som en katalysator, hänvisa patienter till andra yrkesgrupper, motivera till självinsikt och väcka tankar. Dessutom bedömde hon om patienten lyckats genomföra de åtgärder som behövdes för att sänka blodtrycket.

Distriktssköterskan hade i samtalet funktionen att förmedla budskap. Dessa budskap handlade om information om en förbättrad hälsa hos patienten. Med budskapen försökte distriktssköterskorna tydliggöra vilka faktorer som påverkade blodtrycket. De faktorer som togs upp var kosthållning, motion, vikt, stress, tobaksbruk och alkoholkonsumtion. Då distriktssköterskorna planerade sitt framförande av budskap påverkades detta av råd från kollegor, läst kunskap, egna erfarenheter och egna intressen. På några vårdcentraler fanns riktlinjer angående vilka budskap som skulle framföras till patientgruppen. Tillvägagångssättet vid framförandet av budskap inom dessa områden var olika för varje distriktssköterska. Målet var dock detsamma; att få patienten att förändra sin livsstil för att uppnå ökad hälsa i form av ett sänkt blodtryck. Budskapen gick också ut på att försöka få patienten genomföra små förändringar i livsstil som var hållbara istället för stora som sedan inte följdes. Vidare hade budskapen som mål att försöka få patienten att förstå att det inte krävdes stora förändringar för att blodtrycket skall sänkas.

”Det är att små saker kan vara väldigt viktiga. Det är svårt att göra förändringar i livet, men de kan själva påverka genom de små grejerna som motion och kosten.” (6).

Distriktssköterskan talade bland annat om hur kosten kunde läggas om så att intaget av salt minskades och hur patienten kunde reducera sin vikt. Förslag gavs på hur motion kunde bli en naturlig del av vardagen och om hur stress kunde undvikas. Rökning och viktninskning upplevdes som känsliga ämnen och dessa försökte distriktssköterskan få patienten att själv lyfta fram men inte alltid. Distriktssköterskorna arbetade för att väcka tankar hos patienterna. Exempelvis om patienter nyttjade tobak, och visade ovilja till att sluta röka, informerade hon ändå om nikotinavvänjning. Även om de sa sig acceptera patientens vilja att inte sluta röka, kände de ett ansvar att framföra just detta budskap. Inte mist gjorde hon detta för hon hade kunskap om tobakens skadliga inverkan på hälsan.

”Sen har man ju de patienterna som inte verkar bry sig överhuvudtaget, men man tar sig ändå tid att informera och sen nästa gång man träffar dem så berättar de att de funderar på att sluta röka.” (7).

Som katalysator fungerade distriktssköterskan som en som hjälpte patienten sätta igång en förändringsprocess i riktning mot att åstadkomma hälsovinster. Genom att fungera som katalysator menade distriktssköterskorna att ansvaret för att genomföra förändringar i livsstilen lades på patienten. Distriktssköterskorna ansåg att deras roll var att starta processen och sedan driva på den genom uppmuntran och stöttning.

”Jag har inget ansvar för deras livsstilsförändringar, jag är bara en resurs i deras egen process.” (1).

Funktionen som katalysator utnyttjade distriktssköterskorna ofta. I samtalet med patienten fick de veta vilka åtgärder för blodtryckssänkning som överenskommit vid tidigare besök av vårdpersonal och om patient vidtagit dessa åtgärder. Om patient inte gjort detta försökte hon få patienten att själv reflektera och reagera på orsakerna till detta. På så sätt blev patienten aktiv och sjuksköterskan mera passiv.

”Vi säger inte så himla mycket utan det är egentligen patienten som utan att tänka på det lägger upp sin egen strategi och målsättning.” (7).

I samtalet strävade distriktssköterskorna efter att patienten skulle komma till självinsikt om sin egen hälsosituation. Till exempel frågade hon ofta patienterna om de visste vad det höga blodtrycket berodde på, eller hur de trodde att de skulle kunna minska eller förebygga det. Då patienten svarade på dessa frågor, menade distriktssköterskorna, att denne reflekterade över sin situation och på så vis kom till insikt om den egna hälsan. Distriktssköterskorna upplevde att patienter ofta saknade kunskap om livsstilens inverkan på hälsa och blodtryck. Avsaknad av sådan kunskap ledde till att patienten inte tog till sig de råd som distriktssköterskan framförde. Detta ledde till att de inte genomförde någon förändring som kunde gynna hälsan. Genom att stimulera patienten till eget ansvar följde insikt om livsstilens betydelse och vise versa.

I samtalet med patienten kunde distriktssköterskorna ibland ha funktionen som en som ordinerar behandling via recept som till exempel fysisk aktivitet och dietråd. Detta innebar ibland att hon hänvisade patienten vidare till annan personal som sjukgymnast och dietist,

eller till en gymanläggning eller gymnastikförening. I samband med att receptet skrevs bokades ett uppföljande besök in hos distriktssköterskan. Under detta besök samtalades det om hur de olika receptbelagda behandlingarna fungerat och vilka resultat som nåtts.

Samtalet med patienten med essentiell hypertoni inbegrep också funktionen att göra en bedömning av patientens livsstil och eventuella livsstilsförändringar. Det var hennes bedömning som avgjorde om patienten lyckats genomföra livsstilsförändringar och om patienten skulle erbjudas mer tid för detsamma.

”Ibland ger vi det två tre månader om vi märker att det går åt rätt håll, men står det stilla blir det en läkartid.” (1).

Genom att alternera mellan olika funktioner menade distriktssköterskan att patienten med essentiell hypertoni fick ökad möjlighet till att ta eget ansvar för sin hälsa.

”Man försöker få patienten att förstå att de kan göra mycket själva om de är delaktiga i behandlingen.” (3).

Trots att distriktssköterskorna var medvetna om att de hade olika funktioner i sitt arbete med denna grupp patienter gav de uttryck för en osäkerhet angående sina funktioner. Det var oklart för dem vad som egentligen var viktigt att ta upp i ett samtal, en osäkerhet som genererade inre stress. Känslan av osäkerhet tydliggjorde behovet av såväl utbildning som vägledning i arbetet med patienten med essentiell hypertoni.

”Jag önskar att det funnits riktlinjer för det jag ska ta upp med patienter med hypertoni, alla skulle ha rätt till lika vård och hade det funnits riktlinjer så hade jag känt mig mer tillfredsställd med samtalen.” (6).

Skapa tillit i patientrelationen

I samtalet med patienter med nyupptäckt essentiell hypertoni var det av betydelse att skapa en tillitsfull relation med patienten. Distriktssköterskan menade att de då kunde genomföra ett samtal med patienten där information gavs och togs emot? En tillitsfull relation antogs vara en förutsättning för att patienten skulle lyssna och ta till sig distriktssköterskans budskap. Om tillit skapades i relationen undveks att patienten upplevde nervositet i samtalet. I ett samtal där en tillitsfull relation fanns, menade distriktssköterskan att förutsättningar för patienten att tala om ämnen som för denne upplevdes betungande var bättre.

”Patienten och jag ska liksom få en lite närmre relation så de kan säga vad de vill.” (2).

För att patienten skulle känna tillit i samtalet ansåg distriktssköterskan att det var viktigt att inte kränka, tjata eller ge förmaningar. Pekpinnar och skrämseltaktik var också viktigt att undvika.

”Jag känner att jag kan inte tjata på dem, då vänder jag dem emot mig.” (4).

Tillit i samtalet skapades också genom att distriktssköterskan träffade patienten upprepade gånger. Detta möjliggjorde framför allt att hon kunde sätta sig in i patientens unika livssituation. Eftersom distriktssköterskan själv bokade in uppföljande samtal kunde kontinuiteten bättre bibehållas.

Distriktssköterskorna eftersträvade att vara öppna och följsamma gentemot patientens behov i relation till det höga blodtrycket. Genom att se den enskilda patienten som en unik individ och anpassa sig utefter dennes förutsättningar ansåg sig distriktssköterskorna öka tilliten i patientrelationen.

Vidare ökade förutsättningarna för en tillitsfull relation om distriktssköterskan visade patienten att hon hade kontroll över patientens situation, det vill säga att hon var förberedd inför samtalet och inläst på vad som tidigare dokumenterats i journalen. Om så var fallet kunde distriktssköterskan följa upp tidigare besök och beslut som tagits där. På så sätt, menade hon att patienten fick förtroende för henne. Likaså möjliggjorde förberedelser inför

ett samtal att patienten blev bemött som en unik individ med specifika behov av ett lägre blodtryck.

Då distriktssköterskan arbetade med att skapa tillit i patientrelationen uppstod ibland dilemman. Frågor angående patientens intag av alkohol och vikt beskrevs av distriktssköterskorna som ämnen som kunde uppfattas kränkande för patienten. Eftersom distriktssköterskorna i allmänhet prioriterade att behålla en god relation med patienten medförde detta att dessa ämnen ibland undveks. Så gjorde de fastän de ansåg att det låg inom deras yrkesansvar att ta upp ämnen viktiga för patienter med essentiell hypertoni oavsett om de var kränkande eller inte. För att komma förbi detta dilemma använde några distriktssköterskor frågeformulär, medan andra ställde indirekta frågor som gjorde att patienten själv lyfte upp dessa ämnen.

”Jag kanske lindar in det mer om patienten är mycket överviktig och kraftig, alltså jag vill inte kränka människor, så ja, jag försöker komma åt det på något annat vis.” (3).

Anpassa samtalet till patientens behov

Samtalet med patienten med essentiell hypertoni försökte anpassas till patientens behov. För att tillgodose patientens behov måste distriktssköterskan först försöka skapa sig en bild av patientens nuvarande livssituation. Ibland brukade distriktssköterskan börja samtalet med att fråga patienten vad ett högt blodtryck var och vad det innebar. Utifrån svaret på denna fråga anpassade sedan distriktssköterskan samtalet till patienten. Distriktssköterskan frågade också om patientens datorvana för att avgöra om denne själv sökte information om sin hypertoni på Internet

Att som distriktssköterska anpassa sig till patientens behov innebar att vara flexibel. Genom att vara detta gavs patienten möjlighet att ta in den information som distriktssköterskan framförde i samtalet. Individanpassade samtal var avgörande för om patienten aktivt skulle lyssna till de råd som gavs av distriktssköterskan. Därmed försökte distriktssköterskan att anpassa sig till den enskilde patientens behov.

”Sen är det väldigt många som har mycket annat i sitt liv just då och det är inte alltid rätt tidpunkt att börja med nått, och då gäller det också att vänta in... det kan vara en jättejobbig livssituation, någon bortgång i familjen eller annan stress, det är inte alls läge att ta tag i vikten, eller, det finns ingen tid för att promenera eller ägna sig åt sig själv.” (1).

Då livsstilsförändringar berördes i samtalet med patienten valde ibland distriktssköterskan att inte samtidigt ta upp alla livsstilsfaktorer som kunde påverka blodtrycket. Istället väntade hon in patienten tills dess att denne hade bearbetat framförd information

”Patienten kanske har tagit upp att den har problem med vikten och det kan ju vara ett rätt så stort steg att prata om det och sen kanske jag inte tar upp alkoholfrågan den gången om jag anser att de dricker för mycket.” (4).

Att anpassa samtalet till patientens behov var stundtals svårt. Till exempel kunde det upplevas som om patienter inte var kapabel att fatta egna beslut om livsstilsförändringar. Orsaken till detta kunde exempelvis bero på stress i såväl arbets- som privatlivet. Vid sådana tillfällen tog distriktssköterskan beslut till patienten om att förändra livssituationen och till exempel börja motionera. Ibland var det svårt att anpassa samtalet till patientens behov på grund av att det inte fanns tillräckligt med tid avsatt för samtalet. En brist som påverkade innehållet i samtalet då de var tvungna att prioritera ämnen som ansågs vara viktiga att beröra. Tidsbrist ledde också till att journaldokumentation åsidosattes.

”Vi har bara moduler på 20-minuter i vårt system för tidbokning och då har man inte så mycket tid på sig för dels ska patienten slappna av och gå ner i varv och då går det ju inte att prata för mycket och om något av det man tar upp är känsligt så stiger ju blodtrycket av bara det.” (2).

”Ibland har man känt att någon har rökt och då har jag tänkt ta upp detta, men så känner jag att jag inte har tiden.” (5).

För att kunna anpassa samtalet till patientens behov krävdes en viss självmedvetenhet hos distriktssköterskan. Till exempel att hon var medveten om sin patientsyn samt de fördomar hon bar med sig i arbetet.

”Man ska vara medveten om sin förförståelse och ha in den, det är jätte viktigt. Man ska ju ge alla samma möjlighet... Men där får man ju verkligen jobba med sig själv så att man ger alla samma möjlighet och chans.” (1).

Det visade sig att hennes värderingar och förutfattade meningar angående patientens utseende och livsstil ledde till att hon inte anpassade samtalet till patientens behov av att sluta röka, gå ned i vikt och minska alkoholkonsumtionen. Även distriktssköterskans egen livsstil eller utseende kunde vara ett hinder för att tillgodose patientens behov i samtalet.

”När man själv är överviktig så känns det som att kasta sten i glashus, att har jag rätt att sitta här och prata om detta när det är någon annan som ska förändra sin livsstil, men tror jag på det själv eftersom jag ser ut som jag gör.” (5).

Distriktssköterskans motivation till att anpassa samtalet till patientens behov berodde många gånger på patientens situation och dennes inställning till samtalet. Distriktssköterskorna beskrev att om de upplevde att patienten var motiverad till livsstilsförändringar och hade en positiv hållning till samtalet ökade hennes motivation till att anpassa samtalet till patienten. Arbetet upplevdes då som mindre krävande.

”Är det någon som är motiverad och lyssnar på vad jag säger så är det ju roligare att berätta.” (3).

Patienter som låg precis i överkant för rekommenderade blodtrycksvärdena upplevdes som enklare att anpassa samtalet till. Inte minst för att upplevdes mer motiverade till livsstilsförändringar och tog till sig distriktssköterskans råd. Det medförde att hon ofta engagerade sig lite extra i dessa patienter. Dessutom var det så att just dessa patienter gav henne motivation och tillfredsställelse i arbetet med patienter med högt blodtryck.

Distriktssköterskans vilja att anpassa samtalet till patientens behov upplevdes ibland som en utmaning i arbetet. Utmaningen blev speciellt tydlig i arbetet med patienter som uppfattades som omotiverade och inkapabla till att genomföra livsstilsförändringar.

”De som inte bryr sig alls och inte tar varken råden eller läkemedlen, de hade man ju velat fånga.” (2).

Känslor av uppgivenhet och frustration kunde i vissa fall uppstå då man misslyckades med att anpassa samtalet till vad distriktssköterskan såg som patientens behov. Sådana känslor blev som tydligast med patienter som inte lyssna på de råd som gavs. Det hände då att distriktssköterskorna inte kunde komma förbi dessa känslor utan gav istället upp försöken att motivera till livsstilsförändringar. Dessa patienter upplevdes ovilliga till att göra livsstilsförändringar och distriktssköterskan lade därför inte någon större kraft i samtalet med dem.

”Har du inte en aktiv mottagare och patienten inte är villig att ta emot det man säger så spelar det ingen roll vad man säger.” (5).

”Sen är det ju också så att om man märker att de är totalt ointresserade av vad jag säger så kanske jag inte lägger någon energi på dem. Det kostar liksom för mycket energi som jag behöver till dem som är motiverade istället.” (7).

På så sätt blev distriktssköterskan styrande i samtalet med patienten. Det kunde också vara så att distriktssjuksköterskan anpassade samtalen till sina egna behov dvs. att de utgick från hennes intressen i livet.

”Vi pratar nog punktvis om det som intresserar oss mest och jag pratar ju just mycket om motion.” (3).

Sammanfattning av resultatet

I samtalet med patienten med essentiell hypertoni strävade distriktssköterskan efter att skapa tillit i relationen till patienten. Genom att försöka se patienten som en unik individ, inte använda sig av pekpinnar samt försöka träffa patienten flera gånger menade hon att tillit byggdes upp. Baksidan till strävan efter tillit var att distriktssköterskorna ibland undvek att tala om ämnen som var viktiga för patienten då de kunde upplevas som en provokation. Distriktssköterskorna beskrev att de i samtalet med patienten med hypertoni alternerade mellan olika funktioner såsom att vara en katalysator, framföra budskap, skapa insikt och väcka tankar. De arbetade på olika sätt, men hade alla samma mål; att få patienten att förändra sin livsstil för att uppnå ökad hälsa i form av ett sänkt blodtryck. Distriktssköterskorna upplevde sig ibland osäkra till vilken funktion de skulle ha i samtalet med patienter med hypertoni och önskade utbildning om detta. Då distriktssköterskorna genomförde samtalet med patienten med hypertoni strävade de efter att anpassa detta till patientens behov. Genom att försöka lära känna patienten och vara flexibel till dennes behov arbetade de med detta. Distriktssköterskornas egna värderingar och förutfattade meningar begränsade ibland denna anpassning.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning används begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet för att från olika perspektiv beskriva trovärdigheten i en studie (Graneheim & Lundman, 2004). Att välja den mest passande metoden för insamling av data och hur mycket data som samlas in spelar stor roll för trovärdigheten i en studie. Hur mycket data som behöver samlas in varierar beroende på kvaliteten på denna och vad det är som ska undersökas (Ibid.). I föreliggande studie har en kvalitativ ansats valts då syftet med studien var att undersöka innehållet och meningen i fenomenet samtalet. För att få förståelse för och insikt om en upplevd erfarenhet lämpar sig en kvalitativ intervjustudie (Dahlberg, 2003). Om författaren istället valt att sitta med under samtal eller intervjuat patienten så hade resultatet blivit annorlunda då det antagligen är skillnad på hur distriktssköterskan föreställer sig samtalet och hur det egentligen är. Att välja att intervjua distriktssköterskan medförde också att materialet blir vinklat från

hennes perspektiv, patientens upplevelse är antagligen annorlunda. Det visade sig vara enkelt att hitta informanter som uppfyllde inklusionskriterierna; att vara utbildad distriktssköterska som arbetade på en vårdcentral samt som var ansvariga för mottagningsarbete. De som tillfrågades tackade alla ja till att vara med i studien. Intervjuerna resulterade i 60 sidor skrivet material. De distriktssköterskor som var med i studien var alla kvinnor, men deras ålder och vilken erfarenhet de hade skiljde sig väsentligt åt. Graneheim & Lundman (2004) menar att genom att välja deltagare med olika erfarenhet, ålder och kön ökar möjligheten att belysa syftet från olika aspekter. Samtliga distriktssköterskor arbetade på skilda vårdcentraler vilket ökar resultatets tillförlitlighet eftersom distriktssköterskorna arbetade oberoende av varandra och kunde därmed inte påverka varandras intervjuresultat.

Tillförlitligheten i en studie grundar sig på kvaliteten av det insamlade materialet och om det analyssättet som valts passar till det syfte som studien har (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren var under intervjuerna medveten om sin egen förförståelse och försökte genom ett öppet förhållningssätt se det nya materialet och lägga undan den tidigare kunskapen. Under intervjuerna ställde författaren öppna frågor och bad distriktssköterskorna beskriva specifika situationer för att på så vis försöka få fram spontana svar istället för det som de trodde sig veta eller göra. Då intervjuerna genomfördes använde författaren en intervjuguide som innehöll teman och frågor. Då författaren var ovan att göra intervjuer användes denna guide som ett stöd för att inte tappa den röda tråden och för att få med alla viktiga ämnen som var nödvändiga för studien. Författaren använde sig av guiden mer som ett stöd än som en mall och ställde öppna frågor som gav utrymme för respondenten att tala fritt. Detta är enligt Graneheim & Lundman (2004) viktigt för att öka innehållet i svaren. Författaren verifierade ibland distriktssköterskornas svar för att bekräfta sin förståelse för det som sagts. Efter den första intervjun gick handledaren igenom texten och gav tips och råd inför nästkommande intervjuer. Distriktssköterskorna fick i det uppsökande samtalet information om vad studien hade för syfte och de fick det även skriftligt information i samband med intervjun. I inledningen av varje intervju förklarades syftet för distriktssköterskorna och de fick ställa frågor om något var oklart, denna tydlighet med syftet stärker trovärdigheten i det insamlade materialet. Intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplatser och detta ledde till en trygghet hos dem. Författaren strävade efter att få ett avslappnat samtal där distriktssköterskorna kunde tala fritt och känna förtroende för författaren, förtroendet stärktes

genom att studien var frivillig och att de själva fick avbryta när de ville. Författaren hade insikt i distriktssköterskornas arbete och även detta kan ha lett till att de kände förtroende inför samtalet.

Trovärdigheten i det insamlade materialet styrktes genom att det skrevs ut ordagrant vilket enligt Kvale (1997) är av stor vikt. Även tystnader och skratt markerades för att återskapa stämningen under intervjuerna. Inga problem med ljudinspelning påträffades. Gällande den analysmodell, Graneheim & Lundman (2004), som valdes för att analysera det insamlade materialet ansågs den vara passande för att analysera en intervjustudie, inte minst för att den av författaren ansågs som lättförståelig. Under analysprocessen var författaren medveten om sin egen förförståelse och genom att visa en öppenhet till texten och hela tiden gå tillbaka till syftet för att förstå innebörden med samtalet försökte denna att sättas åt sidan. Då intervjuerna lästes igenom märkte författaren att distriktssköterskorna sa att de gjorde på ett vis, men då hon beskrev en specifik situation så överensstämde inte denna med vad som sagts. Om författaren hade haft mer erfarenhet av att genomföra intervjuer hade eventuellt fler frågor ställts angående dessa situationer. Då analysen av materialet genomfördes försökte författaren finna det latent innehåll. Det vill säga leta efter innebörder. Vid analysen av materialet återkopplades funna koder till den ursprungliga texten för att på så sätt inte. Analysprocessen har försökt beskrivas på ett sådant sätt att läsaren lätt kan följa tankesättet, detta ökar enligt Graneheim & Lundman (2004) trovärdigheten. Genom att använda flera citat i resultatet ökar också trovärdigheten av tolkningen. Författaren använde en intervjuguide som stöd för att innefatta samma ämnen i alla intervjuer.

Överförbarhet innebär enligt Graneheim & Lundman (2004) möjligheten att överföra resultatet från en studie till en annan kontext. Det är i slutändan läsaren som själv beslutar om detta är möjligt (Ibid.). För att göra det möjligt för en annan författare att genomföra studien är det av vikt att noga beskriva kontext, deltagare, datainsamlingsmetoder och analysprocessen. I föreliggande studie har författaren tydligt beskrivit den metod som använts, vilka deltagarna i studien var, hur datainsamlingen gått till samt hur analysen genomförts. Eftersom distriktssköterskorna i studien arbetar på olika vårdcentraler och har olika lång erfarenhet anser författaren att överförbarheten är god. Detta visas genom att

författaren hade kunnat vinkla syftet mot patienter med diabetes eller övervikt och beskrivit distriktssköterskans upplevelse av samtalet med dessa patienter.

Resultatdiskussion

Utgångspunkten för studien var att utifrån distriktssköterskans perspektiv beskriva samtalet med patienten med nyupptäckt essentiell hypertoni. Vid en litteraturgenomgång inom området fann författaren att forskningen huvudsakligen handlade om vilken effekt samtalet med distriktssköterskan hade på patientens blodtryck (Eriksson, Westborg & Eliasson, 2006; Woollard et al., 1995) och hur detta samtal på bästa sätt skulle genomföras för att resultera i ett sänkt blodtryck (Blomquist, Berglund & Sonde, 2006; Lahdenperä, Wright & Kyngnäs, 2003). Därför valde författaren att lägga fokus på att beskriva samtalet med patienten med nyupptäckt essentiell hypertoni utifrån distriktssköterskans perspektiv.

Genom en innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer med sju distriktssköterskor verksamma på vårdcentraler framkom tre kategorier. Resultatet visar att distriktssköterskan genom att samtala med patienten skapar en tillitsfull relation och inom denna relation ges livsstilsinriktad omvårdnad till patienten. Distriktssköterskorna strävade efter att bygga upp en tillitsfull relation vilken hon menade skulle leda till att patienten kunde tala mer obehindrat med henne. Tilliten skapades genom att hon var förberedd inför samtalet samt att hon undvek pekpinningar och förmaningar. Den tillitsfulla relationen med patienten som distriktssköterskorna försökte eftersträva kan jämföras med Travelbees (2001) mellanmänskliga relation. Travelbee (2001) beskriver att sjuksköterskan och patienten måste se varandra som unika individer för att under samtalet lyckas nå fram till varandra. Denna relation arbetas upp under tid och är inte statisk utan kan variera. Under skapandet av den mellanmänskliga relationen kan sjuksköterskan känna både empati och sympati för patienten. Distriktssköterskorna hade emellanåt i föreliggande studies svårt att bortse från egna värderingar och behov. Enligt Travelbee (2001) kan detta leda till att den mellanmänskliga relationen aldrig uppstår. Distriktssköterskornas syn på patienter som rökte, var överviktiga eller upplevdes omotiverade hämmade ibland att den tillitsfulla relationen som eftersträvades uppstod.

I skapandet av den mellanmänskliga relationen måste distriktssköterskan känna ett intresse för den enskilda individen och dennes behov (Travelbee, 2001). Distriktssköterskorna som innefattades i denna studie försökte anpassa samtalet till patientens behov. Patientens behov uppmärksammades genom att hon vara flexibel och försökte ha inblick i patientens kunskap om hypertoni. Trots strävan efter att se till patientens behov hände det ibland att distriktssköterskans eget intresse styrde innehållet i samtalet. Att sjuksköterskan låter egna behov styra minskar förutsättningarna för en mellanmänsklig kommunikation (Travelbee 2001). Dessutom var det så att hennes bedömning av patientens motivation till livsstilsförändringar påverkade innehållet och engagemanget i distriktssköterskans samtal.

Scala et al. (2008) menar att sjukvårdspersonalens sätt att kommunicera med patienten påverkar om denne tar till sig den information som ges i samtalet. En förutsättning för att patienten ska tillgodogöra sig den information som ges är att patienten uppmuntras att vara delaktig i samtalet. Detta kunde ske genom att patienten fick frågor angående sin hypertoni och att sjukvårdspersonalen tog upp problem som fanns kring detta (Ibid.). Enligt föreliggande studie försökte distriktssköterskorna ställa frågor till patienten med avsikten att väcka tankar om hur denne själv kunde förebygga det höga blodtrycket. På så vis engagerade de patienten i samtalet vilket enligt Scala et al. (2008) är av vikt då detta i sig kan leda till ett sänkt blodtryck.

Då distriktssköterskorna samtalade med patienter med essentiell hypertoni försökte de lära känna dem genom att ställa frågor och få insyn i deras vardag. De menade att detta var av vikt för att kunna anpassa samtalet till patientens behov. Även Persson & Friberg (2009) menar att det är av stor betydelse att distriktssköterskan har förmåga att sätta sig in i patientens perspektiv för att kunna främja dennes vilja att öka sin hälsa. Distriktssköterskan måste ha förståelse en för patientens vardag och problem för att veta vilken nivå patienten ligger i förmågan att ändra sin livsstil (Ibid.).

Distriktssköterskorna växlade mellan olika funktioner i samtalet med patienten. Funktionerna var att framföra ett budskap, att skapa insikt, att vara en katalysator och att hänvisa patienten vidare till andra professioner inom hälsoväsendet. Funktionen att framföra budskap innefattade att ge patienten kunskap om rökning, kroppsvikt, motion, kost, stress och

alkoholkonsumtion. Enligt Lahdenperä, Wright och Kyngnäs (2003) är just kunskap om sin diagnos hos patienten med essentiell hypertoni en av förutsättningarna för att denne ska tro på sin behandling. Det är vårdarens uppgift att förse patienten med denna kunskap (ibid.) vilket distriktssköterskorna i föreliggande studie också gjorde då de förmedlade budskap. Resultatet visar dock att distriktssköterskorna ibland undvek att samtala om tobak, övervikt och alkoholkonsumtion. Detta eftersom de ansåg dessa ämnen kunde vara provocerande eller kränkande. Detta ledde till att patienter som berördes av dessa ämnen inte alltid fick den information om vilka livsstilsförändringar som var nödvändiga för att sänka blodtrycket. Distriktssköterskans brist på tid kunde också leda till att relevanta ämnen inte togs upp i samtalet. Detta menar även Jallinoja et al. (2007), att tidsbrist resulterar i att distriktssköterskan måste prioritera bort viktiga ämnen då de samtalar med patienter med hypertoni.

Författaren hade i förarbetet till denna studie en undran om patienter fick samma vård oavsett vilken distriktssköterska denne besökte. Det framkommer av studien att distriktssköterskorna hade samma mål med sina samtal, det vill säga att hjälpa patienten till ett sänkt blodtryck genom en förändring i livsstilen. Distriktssköterskorna menade att det viktigaste att framföra till patienten var att det var små förändringar som behövde göras för att resultat skulle ses och att det var patienten själv som ansvarade för dessa. Distriktssköterskan fungerade som en katalysator för patienten. Resultatet visar dock att beroende på distriktssköterskans självmedvetenhet skiljde sig innehållet i samtalen med patienten med hypertoni. Distriktssköterskans syn på bland annat rökning, alkohol och patientens vikt påverkade i vilken utsträckning hon valde att samtala om dessa ämnen. Även organisatoriska faktorer i form av brist på tid, olika rutiner eller avsaknad av rutiner inverkar på samtalet med patienten med hypertoni.

Studiens resultat visar till viss del att patienten får olik omvårdnad beroende på vilken distriktssköterska han/hon kommer till. SBU (2007) har sammanställt klara riktlinjer som anger att patienter med hypertoni i första hand ska behandlas med förändringar i sin livsstil som kan gynna det höga blodtrycket, men hur detta ska genomföras ute i verksamheterna framgår inte. Distriktssköterskor som utbildas i rådgivning angående livsstilsförändringar har en större förutsättning att lyckas med att hjälpa patienten att sänka sitt blodtryck (Blomqvist

et al., 2006, Kim et al., 2006 & McPherson et al., 2002). Drevenhorn (2006) menar också att om rutiner finns på vad ett samtal med patienter med högt blodtryck ska innefatta, resulterar detta i att så blodtrycket sänks hos större delen av patienterna. I Sverige finns skrivet material angående vården av patienter med hypertoni, till exempel "Måttligt förhöjt blodtryck" (SBU, 2007). Detta kunde tillsammans med kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen till distriktssköterska (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008) kunnat ligga till grund för utarbetade rutiner kring hur patienter med hypertoni ska behandlas av distriktssköterskan.

Konklusion

Föreliggande studies resultat visar att distriktssköterskan i samtalet med patienten med hypertoni strävar efter att skapa en tillitsfull relation samt att ge livsstilsinriktad omvårdnad. Samtalen anpassas till stor del efter patientens behov emellertid förbises ibland vissa behov såsom behov av viktminskning, rökstopp och minskning av alkoholintag. Dessa förbises inte minst för att minimera risken att kränka patienten. Nationella riktlinjer för distriktssköterskans omvårdnad av patienter med hypertoni bör i framtiden arbetas fram dels för att öka möjligheten till individanpassad vård men också för att ha som utgångspunkter vid kvalitetssäkring av omvårdnaden av denna grupp patienter.

REFERENSER

Apoteket AB. (2009). *Läkemedelsboken*. Stockholm: Apoteket AB.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bengtsson, A. & Drevenhorn, E. (2003). The nurse's role and skills in hypertension care. *Clinical Nurse Specialist*. 17 (5). 260-268.

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*. 82 (26). 20-24.

Dahlberg, K. (red). (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. (Elektronisk) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: < www.distriktsskoterska.se >. Hämtad: 2010-06-02.

Drevenhorn, E. (2006). *Counselling Patients with Hypertension at Health Centers – a nursing perspective*. (avhandling för doktorexamen, Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.).

Drevenhorn, E., Bengtsson, A., Allen., Säljö, R..., & Kjellgren, K.I. (2007). (Elektronisk). A Content Analysis of Patient Centeredness in Hypertension Care after Consultation Training For Nurses. *The Internet Journal of Nursing Practice*: 2. Tillgänglig: < www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_advanced_nursing_practice/volume_8_number_2_3/article_printable/a_content_analysis_of_patient_centredness_in_hypertension_care_after_consultation_training_for_nurses.html >. Hämtad: 2009-05-10.

Drevenhorn, E., Kjellgren, K-I., & Bengtsson, A. (2007). Outcomes following a program for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (7b). 144-151.

Ericsson, E. & Ericsson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counseling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (17). 2352-2359.

Eriksson, KM., Westborg, CJ., & Eliasson, MC. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34 (5). 453-461.

Fossum, B. (2007). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Folkhälsoinstitutet. (2009). (Elektronisk). *Folkhälsopolitikens elva målområden*. Tillgänglig: < www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/ >. Hämtad: 2010-03-24.

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.

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 (4). 244-249.

Kim, M. T., Han, H. R., Park, H.J., Lee, H., & Kim, K. B. (2006). Constructing and testing a Self-Help Intervention Program for High Blood Pressure Control in Korean American Seniors – A pilot Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 21 (7), 77-84.

Kjellgren, K. I., Svensson, S., Ahlner, J., & Säljö, R. (1997). Hypertensive patients knowledge of high blood pressure. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 15 (4). 188-192.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lahdenperä, TS., Wright, CC., & Kyngnäs, HA. (2003). Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients. *International Journal of Nursing Studies*. 40 (7). 677-684.

Ljusenius, T. & Rydqvist, L. (1999). *Friskt ledarskap*. Stockholm: Prevent.

McPherson, C. P., Swenson, K. K., Pine, D. D., & Leimer, L. (2002). A Nurse-Based Pilot Program to Reduce Cardiovascular Risk Factors in a Primary Care Setting. *The American Journal of Managed Care*. 8 (6), 543-555.

Nationalencyklopedin. (2009). (Elektronisk). *Livsstil...* Tillgänglig: < www.ne.se >. Hämtad: 2010-03-29.

Pagels, A. (2004). Egenvård – kapacitet i vardagen med kronisk sjukdom. *Vård i Norden*. 3. 10-14.

Persson, M. & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (4). 520-528.

Polit, DF. & Beck, CT. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Scala D., Avino M.D., Cozzolino S., Manicini A., Andria B., Caruso G., Tajana G. & Caruso D. (2008) Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study. *Journal Article of Pharmacy World & Science* 30(6), 834- 839.

Socialstyrelsen, 2005. (Elektronisk). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tillgänglig: < www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf >. Hämtad 2009-03-11.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (SBU). (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck*. Rapportnummer: 170/1U.

Statens folkhälsoinstitut. (2007). (Elektronisk) *Folkhälsoenkät 2007*. Tillgänglig: < www.fhi.se/templates/Page_12506.aspx >. Hämtad 2009-03-11.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., & Rouse, I. (1995). A controlled trial of nurse counseling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. 22 (6-7). 466-468.

World Health Organization. (2003). World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. 21 (4). 665-672.

Fördjupning om hypertoni

Högt blodtryck benämns antingen som primär hypertoni, även kallad essentiell hypertoni, eller sekundär hypertoni (Ericsson & Ericsson, 2008). Essentiell hypertoni är vanligast, cirka 95 % av personer med högt blodtryck räknas till denna grupp. De faktorer som påverkar primär hypertoni är ärftlighet, stress, alkoholintag, tobaksmissbruk, övervikt, ålder samt kost. Sekundär hypertoni uppkommer i samband med en annan bakomliggande sjukdom. Då blodtrycket mäts så delas det in i två delar, det systoliska trycket, övertrycket och det diastoliska trycket, undertrycket. Systoliskt tryck infaller då hjärtat kontraherar, det vill säga pumpar ut blodet och det diastoliska trycket uppstår då hjärtat vilar (Ericsson & Ericsson, 2008). Regleringen av blodtrycket sker med hjälp av olika reflexer i kroppen, men detta är ingenting som personen själv känner, reflexerna påverkas bland annat av stress och psykosocial hälsa. Högt blodtryck kan bero på flera olika faktorer, men ärftlighet spelar stor roll (Ericsson & Ericsson, 2008). Blodtryckets värde inverkas av två saker, dels blodvolymen och dels motståndet i kärlen, det vill säga hur tåjbara kärlen är. Högt blodtryck innebär att trycket i blodkärlen ökar och då även belastningen på dem. Blodvolymen påverkas av saltintaget i kosten och då mängden natrium ökar i kroppen ökar även blodvolymen i kärlen. Hos den västerländska delen av världens befolkning ökar blodtrycket ju äldre personen blir, symtomen är ofta svaga och patienten är för det mesta ovetande om att denne lider av hypertoni. Symtom som kan förekomma är trötthet och huvudvärk, men patienten kopplar det inte till sitt blodtryck, impotens kan också vara ett symtom (Ibid.).

World Health Organization (2003) har fastställt definitionen för hypertoni till ett blodtryck som uppmäts till mer än 140/90 i vila för en i övrigt frisk person och 130/80 i vila för en person med diabetes mellitus. Värdena ska överstiga riktlinjerna vid tre mättillfällen för att patienten ska beräknas ha högt blodtryck. Dessa internationella riktlinjer följs i Sverige enligt SBU (2007). Enligt Apoteket AB (2009) ska blodtrycket mätas då en person sitter eller ligger bekvämt men armen vilande i hjärthöjd, personen ska ha vilat i fem till tio minuter innan undersökningen görs. Vid misstanke om stress i samband med provtagningen så kan en 24-timmars registrering vara av värde, registreringen bör göras i samband med en vanlig dag för patienten, exempelvis en arbetsdag, detta för att ge bästa prognostiska information.

SBU (2007) uppskattar att 1.8 miljoner svenskar lever med högt blodtryck cirka 760 000 av dem behandlas för sin hypertoni. Högt blodtryck är den vanligaste orsaken till att kontakta öppen hälso- och sjukvård och de läkemedel som skrivs ut mest är de mot högt blodtryck och hjärtsvikt. Det är lika vanligt med högt blodtryck bland kvinnor som män och förekomsten ökar med åldern och enligt Folkhälsoenkät 2007 utgör personer som mellan 45 och 84 år största delen av dem med högt blodtryck (Statens folkhälsoinstitut, 2007). I denna undersökning uppskattades siffrorna utifrån enstaka provtillfällen och personer som redan använde blodtryckssänkande läkemedel inkluderades i gruppen för dem med hypertoni även om deras blodtryck nu var inom referensområdet för vad som räknas som normalt blodtryck (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

Att leva med förhöjt blodtryck medför ökad risk för att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar, stroke och även demens. En ökning med 10 mm Hg diastoliskt fördubblar risken att dö i hjärtinfarkt. Högt blodtryck kan även medföra organskador som åderförkalkning av halspulsådern och njurskador (SBU, 2007). Ericsson & Ericsson (2008) menar att den vanligaste komplikationen för hypertoni är stroke och ischemisk hjärtsjukdom, det höga blodtrycket medför att hjärtat måste arbeta hårdare vilket på lång sikt leder till att hjärtats vänstra kammare ökar i storlek vilket i sin tur leder till hjärtsvikt. Obehandlad hypertoni leder till död (Ericsson & Ericsson, 2008).

Då läkemedel är nödvändigt i behandlingen av hypertoni används i Sverige oftast tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister eller betablockare (SBU, 2007). För att lyckas med behandlingen och undvika biverkningar är det vanligt att två preparat kombineras. Mellan 1992 och 2002 fördubblades försäljningen av blodtryckssänkande läkemedel och kostnaden var år 2002 1 656 miljoner kronor (SBU, 2007). SBU (2007) menar att adekvat läkemedelsbehandling av alla patienter med hypertoni skulle öka kostnaderna än vad det är nu eftersom alla som lider av det inte behandlas idag. Valet av behandling spelar stor roll, kostnaderna på läkemedel varierar från 50 öre per dygn till 10 kronor per dygn. Det är billigare att behandla en patient med hypertoni än att behandla en patient som drabbats av följderna som hypertoni kan leda till (SBU, 2007). Apoteket AB (2009) menar att det är kostnadsbesparande att behandla äldre människor samt medelålders män med okomplicerat högt blodtryck med de billigaste läkemedlen. Det är däremot inte kostnadseffektivt att sänka gränsen för när blodtrycket är för högt eftersom fler människor då skulle behöva behandlas

för sin hypertoni, risken att drabbas av följsjukdomar är inte så stor då blodtrycket är under 140/90 vilket är dagens målvärde.

Rökstopp kan medföra stora behandlingsvinster i blodtrycksbehandlingen och ska därför vara en prioriterad åtgärd för personer med högt blodtryck (SBU, 2007). Ericsson & Ericsson (2008) beskriver att nikotin har direkt effekt på blodtrycket genom att stimulera centrala nervsystemet. Det diastoliska blodtrycket ökar i samband med överkonsumtion av alkohol hos både män och kvinnor. Ett måttligt intag av alkohol kan vara förenat med lägre risk för hjärt-kärlsjukdomar, men det finns ingen dokumentation som uppmuntrar alkoholintag i förebyggande syfte för dem som ej dricker alkohol (SBU, 2007). Alkoholen påverkar direkt det centrala nervsystemet och det är även energirikt och bidrar till ökad kroppsvikt (Ericsson & Ericsson, 2008). Statens folkhälsoinstitut (2007) menar att högt blodtryck är tre gånger vanligare hos överviktiga personer som hos normalviktiga. Ericsson & Ericsson (2008) menar att en måttlig viktreduktion minskar blodtrycket. Då det gäller kosten så kan saltreducerad kost ha en blodtrycksänkande effekt (Ibid.). Statens folkhälsoinstitut (2007) menar också att det finns en tydlig koppling när det gäller andelen fysisk aktivitet och blodtrycket, stillasittande ökar blodtrycket. Då det gäller den sociala livsstilen är det enligt Ericsson & Ericsson (2008) viktigt att försöka minska på stressen, stress stimulerar det sympatiska nervsystemet vilket i sin tur leder till att blodtrycket ökar.

Intervjuguide

Inledande frågor

- Kort presentation av respondenten
- Ålder, kön
- Utbildning - Vidareutbildning
- Arbetslivserfarenhet
- Huvudsakliga arbetsuppgifter

Samtalet med patienten

- Berätta om besöket när en patient med nyligen upptäckt hypertoni kommer till Dig.
- Vad samtalar ni om?
- Vad berättar du för patienten, hur är patientens reaktion?
- Vad är det viktigaste du vill framföra till patienten?
- Vad pratar patienten om?
- Hur handskas du med omotiverade patienter?
- Har du något bra exempel på ett samtal som varit av extra vikt för hypertonipatienten?

Rutiner

- Riktlinjer/Rutiner
- Har du egna rutiner?
- Tror du att alla distriktssköterskor på din arbetsplats arbetar lika?
- Dokumentation, exempel
- Hur kommer du i kontakt med hypertonipatienten?

Uppföljning

- Hur bokas uppföljningen?
- Hur går uppföljningen till?
- Har patienterna tagit till sig vad som sagts?

Förförståelse

- Finns det frågor/ämnen du anser vara provocativa?
- Hur påverkar din syn på patienten ditt sätt att bemöta denne?

Har du något att tillägga som du tror är av vikt för studien?

Brev till respondent

Älmhult/Kristianstad 2009-12-30

Hej!

Jag läser vidareutbildningen till distriktssköterska på Högskolan i Kristianstad och ska skriva en magisteruppsats på 15 högskolepoäng. Uppsatsen har som syfte att belysa samtalet mellan distriktssköterskan och patienten med nyupptäckt hypertoni.

Det skulle ha stor betydelse för studien om jag fick göra en intervju med Dig, intervjun genomförs vid ett tillfälle och beräknas ta cirka en timme. Jag och min handledare kommer att vara ensamma om att ha tillgång till vad Du svarar på intervjun och då arbetet är avslutat kommer materialet att förstöras. Dina personuppgifter kommer att vara avidentifierade så att det inte framgår vem Du är eller var Du jobbar. Du har rätt att avbryta Ditt deltagande när som helst under studiens gång.

Om du har frågor kan du kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Eva Ballovarre

E-mail: evisan@spray.se

Telefon: 070-303 59 70

Handledare: Kerstin Samarasinghe

E-mail: Kerstin.Samarasinghe@hkr.se

Telefon: 044-20 40 39

Jag har tagit del av informationen om studien som har som syfte att belysa samtalet mellan distriktssköterskan och patienten med nyupptäckt hypertoni och ställer mig villig att delta i studien.

SignaturFörtydligande.....

Plats..... Datum.....