

# Hypertoni - en hjärtefråga

## Patienters erfarenheter av hypertoni och önskemål av patientutbildning

<b>FÖRFATTARE</b>	Greta Sandström Anna-Maria Wiberg
<b>PROGRAM</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska 75 högskolepoäng OM 5310
	HT 2012
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Elisabeth Björk Brämberg
<b>EXAMINATOR</b>	Ingela Heno

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Hypertoni – en hjärtefråga
Titel (engelsk):	Hypertension – a matter of the heart
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, OM 5310
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Greta Sandström Anna-Maria Wiberg
Handledare:	Elisabeth Björk Brämberg
Examinator:	Ingela Heno

---

## FÖRORD

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Elisabeth Björk Brämberg för vägledning och goda råd under arbetets gång.

Ett särskilt tack till den distriktssköterska som hjälpte oss att få kontakt med informanter.

De fyra personer som ställde upp på intervju är värda ett stort tack, utan er ingen uppsats!

Vi vill också vi tacka våra familjer.

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Hjärt-kärlsjukdomar till följd av hypertoni orsakar stort lidande och stora kostnader världen över. Hypertoni kan ofta förebyggas genom livsstilsförändringar. Patienten har rätt till individanpassad information om sitt hälsotillstånd och dess behandling. Patientundervisning och information till patienter är en stor del av distriktssköterskans arbete. Patientundervisningens mål är att patienten ska bli självständig och få kunskap i hälsofrämjande egenvård. Patienten behöver själv ta beslutet att försöka ändra sin livsstil eller inte, för detta behövs kunskap om diagnosen. Det finns en efterfrågan på konkreta råd om levnadsvanor hos patienter med hypertoni. Gärna framfört via en rak dialog med distriktssköterskan. Patientundervisning och kontinuitet med vården har god effekt på följsamheten till ordinerad behandling. **Syfte:** Att beskriva patienters erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och önskemål om patientutbildning vid hypertoni. **Metod:** Pilotstudie med kvalitativ ansats. Fyra personer med hypertoni har intervjuats med öppna frågor. Innehållet i intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom att informanterna oväntat fick reda på att de hade hypertoni, exempelvis i samband med en hälsoundersökning. Det upplevdes som en obehaglig överraskning eftersom de inte hade känt av några symtom. Diagnosen medförde påverkan på livet, en ny livssituation som man försökte anpassa sig till. Information efterfrågades av informanterna, framförallt tiden efter diagnosen då det väcktes många frågor och funderingar. Informanterna hade informationskällor utöver sjukvården. Sökningar på internet var vanligt förekommande liksom samtal med vänner. Det framkom även att de informanter som hade en god och långvarig kontakt med sin distriktssköterska eller läkare kände uppskattning och trygghet i den personliga kontakten. **Diskussion:** Att få diagnosen hypertoni behöver inte förändra livet drastiskt, även små förändringar kan sänka blodtrycket. Det finns en önskan och ett behov av mer kunskap om hypertoni. Detta styrks av tidigare forskning.

**Nyckelord:** Hypertoni, patientundervisning, distriktssköterska, livsstilsförändringar, upplevelser.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Cardiovascular diseases caused by hypertension are responsible for vast suffering and enormous costs worldwide. Hypertension can often be prevented by lifestyle changes. The patient is entitled to individually adjusted information on his/hers state of health and possible treatments. Patient education and information are important parts of the work of a district nurse. The goal of patient education is for the patient to become independent and gain knowledge of healthy self-care. The patient needs to decide whether to try and change lifestyle or not, this requires knowledge about the diagnosis. Tangible advices of healthy ways of life are inquired, as is a straight dialogue with the district nurse. Patient education and continuity in the contact with health-care have good effect on compliance to the anti-hypertensive treatment.

**Purpose:** To describe hypertensive patients experiences of receiving a hypertensive diagnosis and their desires of patient education. **Method:** A pilot study was conducted with a qualitative approach where four persons with hypertension were interviewed.

The content of the interviews have been analyzed according to qualitative content analysis. **Result:** One finding of this study is that the participants received their hypertensive diagnosis unexpectedly, for instance at a medical examination. It was described as unpleasant, since they had not experienced any symptoms of the hypertension. The diagnosis influenced life; it brought a new situation that one tried to adapt to. After receiving the diagnosis the participants experienced a lack of information. The participants described other sources of information than health-care, like Internet and friends. Finally, some participants described relations of long duration with their district nurse or doctor as something desirable. Getting to know the nurse or doctor made the participants feel safe and taken good care of. **Discussion:** Being diagnosed with hypertension does not necessarily call for dramatic changes in one's lifestyle; even small changes might lower the blood-pressure. More knowledge about hypertension is both needed and desired by the participants. This is also seen in recent research.

**Keywords:** Hypertension, patient education, district nurse, lifestyle changes, experiences.

## INNEHÅLL

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Hypertoni	1
Förekomst	1
Definition hypertoni	2
Behandling	3
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>4</b>
Begreppen patientundervisning och patientinformation	4
Health belief-model	6
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>6</b>
Tillvägagångssätt vid artikelsökning	6
Sjuksköterskans roll i hypertoni vården	7
Kunskap om hypertoni	8
Förhållningssätt till hypertoni behandling	8
Följsamhet	9
Problemformulering	10
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
Urval	11
Datainsamling	11
Dataanalys	11
Pilotstudien	12
Dataanalys pilotstudien	12
Forskningsetiska överväganden	13
<b>RESULTAT</b>	<b>14</b>
Att få en diagnos utan att känna sig sjuk	14
Att anpassa sig till en ny livsstil	14
Att sakna kunskap om diagnos och behandling	15
Patientundervisning och andra kunskapskällor	16
Kontinuitet i relationen	17
<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats	22
Arbetsfördelning mellan författarna	23

<b>REFERENSER</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 1 Rekommenderad korrekt blodtrycksmätning</b>	<b>28</b>
<b>Bilaga 2 Forskningspersonsinformation</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 3 Intervjuguide</b>	<b>31</b>

# **INTRODUKTION**

## **INLEDNING**

Patientundervisning och information till patienter är en stor del av distriktssköterskans arbete (1). Distriktssköterskan möter dagligen människor som behöver hjälp med att sänka sitt blodtryck, där patientundervisning är en metod. Hypertoni kan orsaka stort lidande för individen och stora kostnader för samhället. Årligen orsakas 7,5 miljoner dödsfall av hypertoni världen över (2). Effektiv behandling av hypertoni skulle göra att människor slapp drabbas av följsjukdomar (3). Därför är vi intresserade av att hitta metoder för att kunna ge bästa möjliga stöd till personer med hypertoni. En brist i den tillgängliga forskningen är att det finns få studier som undersöker vilken hjälp patienterna själva önskar. Som en pilotstudie inför en fullskalig studie har vi därför intervjuat fyra personer om deras erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och önskemål av undervisning vid hypertoni.

## **BAKGRUND**

### **Hypertoni**

Hypertoni är den största riskfaktorn för hjärt- kärlsjukdomar, framförallt stroke och hjärtinfarkt, men är ingen sjukdom i sig (4). En stor del av alla hjärt- kärlsjukdomar kan förebyggas. Hjärt- kärlsjukdomar är den sjukdomsgrupp som orsakar flest dödsfall i Sverige. De flesta dödsfallen drabbar personer över 65 år. Hjärt- kärlsjukdomar orsakar även funktionsnedsättningar, framförallt bland äldre. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar i Sverige har dock minskat i den äldre befolkningen, samtidigt som personerna som insjuknar generellt är äldre vid insjuknandet. Även risken att drabbas av stroke har minskat, trots en åldrande befolkning. De viktigaste orsakerna till detta är minskad rökning, lägre blodtryck samt minskade blodfettsnivåer hos befolkningen (5).

### **Förekomst**

I Världshälsorapporten från 2002 beräknas antalet dödsfall orsakade av hjärt-kärlsjukdomar närapå att fördubblas från år 2002 till år 2020 i låginkomstländer, från ungefär 10 miljoner till 19 miljoner. I höginkomstländer är ökningen inte lika dramatisk, från ungefär 5 till 6 miljoner dödsfall per år (6). Nyligen presenterades nya europeiska riktlinjer för förebyggande av hjärt-kärlsjukdom. En av de viktigaste åtgärderna är att sänka blodtrycket (7).



Av Sveriges vuxna befolkning (>20 år) har 27 % någon form av hypertoni. Detta motsvarar ungefär 1,8 miljoner människor. Hypertoni är lika vanligt hos kvinnor som hos män. Förekomsten av hypertoni ökar med stigande ålder, i pensionsåldern har mer än varannan person hypertoni (1). Sverige, liksom våra grannländer, ses numera som ett land med låg risk för hjärt-kärlsjukdom. Skillnaden mellan de väst- och östeuropeiska länderna har ökat (7). Förekomsten av högt blodtryck ökar i alla delar av världen. Därför får förebyggandet av hjärt-kärlsjukdomar allt större uppmärksamhet i hela världen. Sett ur ett globalt perspektiv är hypertoni alltmer låg- och medelinkomstländernas börda. Befolkningen i dessa länder tenderar dessutom att drabbas av hypertoni och dess följder tidigare i livet än i höginkomstländer, vilket kan ge ännu större påverkan på familjen och arbetslivet (8).

### **Definition hypertoni**

Blodtryck är den spänning som finns i en artär (kärl som för blodet från hjärtat) i kroppen. Varje gång hjärtat drar sig samman bildas det systoliska blodtrycket. Det diastoliska blodtrycket är det tryck som råder när hjärtat vilar sig och återfylls med blod ett kort ögonblick före nästa sammandragning.

Hypertoni indelas efter allvarlighetsgrad i följande tre kategorier:

Mild: 140-159/90-99 mm Hg, ca 60 % av dem med hypertoni

Måttlig: 160-179/100-109 mm Hg, ca 30 %

Kraftig:  $\geq 180/\geq 110$  mm Hg, ca 10 % (1).

För att sätta diagnosen hypertoni krävs att blodtrycket kontrolleras flera gånger. Vid måttligt förhöjda värden bör diagnosen ställas efter tre till sex kontroller under en tre till sex månader lång period. Hypertoni delas in i två grupper; primär och sekundär hypertoni. Hos 95 % av personerna med hypertoni hittar man inte någon enskild orsak, detta kallas primär/essentiell hypertoni och ger oftast inte symtom förrän efter lång tid. Symtomen som kan uppkomma är exempelvis trötthet och huvudvärk (3). 30-60 % av blodtrycksvariationen i befolkningen beror på ärftliga anlag. Resten orsakas av andra faktorer som övervikt, matvanor, stress, hög alkoholkonsumtion och högt saltintag. Ca 5 % av personerna med hypertoni har sekundär hypertoni. Detta är en följd av andra sjukdomar eller läkemedelsbehandling (3). För vissa människor kan hypertoni förlöpa utan symtom och upptäcks till exempel i samband med en hälsokontroll (3, 7).

## Behandling

Livsstilsåtgärder utgör tillsammans med läkemedel basen i behandlingen av hypertoni. Icke-farmakologisk terapi som kan minska risken för framtida hjärt- och kärlsjukdom (med eller utan sänkning av blodtrycket) är viktminskning, fysisk aktivitet, ändrad kost, stresshantering, rökstopp samt minskning av högt alkoholintag. Dessa livsstilsåtgärder har mycket hög evidensstyrka och kan medföra stora behandlingsvinster. Ändrad kost och fysisk aktivitet kan var för sig sänka blodtrycket med ca 5 mm Hg, en livsstilsförändring kan alltså ha lika stor effekt som läkemedelsbehandling (1, 7, 9). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (1) är patientens följsamhet till ordinerad hypertoni-behandling avgörande för effekten av behandlingen.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat evidensbaserade nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. De fyra levnadsvanor som orsakar största delen av den samlade sjukdomsburden i Sverige tas upp; *tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet* samt *ohälsosamma matvanor*. Rådgivande samtal är grunden för åtgärderna inom samtliga fyra områden. Dessa är uppdelade i tre nivåer; enkla råd, rådgivande samtal samt kvalificerade rådgivande samtal (innehåller bland annat motiverande samtal (MI), kognitiv beteendeterapi (KBT) och Health belief model) (9). I en studie ställs frågan om livsstilsrådgivning är effektiv i icke-farmakologisk behandling när det gäller högt blodtryck i primärvården. Studien visade att systematisk rådgivning kan sänka blodtrycket hos patienter med hypertoni (10).

Det finns evidens för att en kostomläggning till mer grönsaker, frukt, fullkornsprodukter, mejeriprodukter med låg fetthalt och mindre mättat fett (den så kallade DASH-dieten; Dietary Approaches to Stop Hypertension) minskar blodtrycket (7, 11, 12). Proteinkällan har betydelse, fiskkonsumtion minskar risken för stroke och andra hjärt-kärlsjukdomar medan konsumtion av rött kött ökar risken (7, 11). Medelhavsdiet förefaller minska risken för hjärt-kärlsjukdomar mer effektivt än lågfettdiet, särskilt vad gäller överviktiga personer (12). Medelhavsdiet utmärks av högt intag av fleromättat fett, växtprotein, fullkorn och fisk, måttligt intag av alkohol samt lågt intag av rött kött, raffinerat spannmål och socker (7, 12).

## TEORETISK REFERENSRAM

## **Begreppen patientundervisning och patientinformation**

Patientundervisning och information är en stor del av distriktssköterskans arbete. I dagens informationssamhälle finns stora möjligheter att tillgå information. Sjuksköterskor, läkare och personal med specialistkompetens inom vården är de som tidigare haft mest kunskap om hypertoni, men utvecklingen av informationsteknologin och internet har gjort att fler fått tillgång till information om hälsa, ohälsa och sjukdom (13). Patienten har enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt till individanpassad information om sitt hälsotillstånd, samt vilken behandling och vilka undersökningar som finns. Individanpassad information är information som ges beroende på individens förutsättningar och förmåga att ta den till sig (14).

Undervisning innebär att det finns ett mål att försöka göra en förändring hos en annan människa och undervisningen är det sätt som används för att åstadkomma denna förändring (13). Det är viktigt när det gäller lärandet att både sjuksköterska och patient formulerar målen, varför kunskapen är viktig och i vilket syfte den skall användas (15). Målet med patientundervisning är att tillgodose patientens behov av kunskap för att patienten ska kunna fatta egna beslut och bli självständig (15-17). Det innebär att distriktssköterskan bör ta reda på vad patienten redan vet och vad hon/han har för behov av kunskap (16, 17). Det bör också ske en kontinuerlig utvärdering under undervisningsprocessen för att kunna se om målen är uppfyllda (16).

För att undervisningen ska få ett bra resultat är samarbetet med patienten av betydelse. Sjuksköterskor, läkare och personal med specialistkompetens bör ta tillvara patientens erfarenheter och låta patienten vara delaktig (15, 18). Det finns risk för att patienten inte kommer att ändra sitt beteende om hon/han inte är delaktig i att formulera målen för undervisningen (18).

Pilhammar (13) beskriver att information är ett budskap som förmedlas från en aktiv person till en person som tar emot informationen passivt, i en så kallad envägs kommunikation. Ansvar läggs på mottagaren som själv skall tolka informationen, vad den innebär och betyder. Individerna ska alltså förstå och bilda sig en uppfattning av given information. Problemet kan uppstå då en människa förväntas omvandla information till kunskap. Det krävs att individen redan innan har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att kunna omvandla informationen till användbar kunskap och dra rätt slutsatser. Sjuksköterskan kan inte ta för givet att patienten får ett lärotillfälle varje gång information ges (13). Dessutom leder

information inte alltid till ändrat beteende eftersom patienten gör sina egna val i livet och kanske har andra värderingar än det medicinska perspektivet på hälsa (19).

Därmed finns en viktig skillnad mellan begreppen patientundervisning och patientinformation. Patientundervisning har mer fokus på samarbete och dialog medan patientinformation är mer av en envägskommunikation. Vi har valt att utgå ifrån begreppet patientundervisning. Vi anser att det är mer användbart i samarbetet mellan patient och distriktssköterska, eftersom patientundervisningens mål är att patienten ska bli självständig och få kunskap i hälsofrämjande egenvård.

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård skall patienten ges möjlighet att vara delaktig i sin vård. Vårdgivaren har skyldighet att skapa förutsättningar för en delaktig och välinformerad patient genom undervisning individuellt eller i grupp (9, 20). Individanpassad information har stor betydelse i behandlingen vid hypertoni. Detta beskrivs i de ”Nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård” och innebär att hänsyn skall tas till patientens mognad, erfarenhet, hälsotillstånd, eventuella funktionsnedsättning, språkliga och kulturella bakgrund. I en undersökning av Socialstyrelsen framkommer att patienter upplever ökad delaktighet och trygghet om de fått insikt i och förståelse för sitt hälsotillstånd, genom att patienten blivit informerad om vad som gjorts och vilka risker som finns (9).

En studie om patientundervisning fann att undervisningen alltid bör sträva efter att vara patientcentrerad och skraddarsydd för patienten. Undervisningen kan underlättas av att olika metoder används. Skriftlig information, videofilmer och datorunderstödd information framhölls då dessa kan studeras av patienten själv när så önskas (17). **Health Belief-model** Health Belief-model (HBM) är en kognitivt inriktad modell som förklarar mekanismerna för beteendeförändringar. HBM utvecklades på 1960-talet som en modell för att förklara varför människor ägnar sig åt hälsorelaterade beteenden. Med hjälp av den kan det vara möjligt att förutsäga en människas beteende, förutsatt att vi känner till hans/hennes åsikt om sin mottaglighet för en viss sjukdom, sjukdomens allvarlighetsgrad, vilken möda och vilka fördelar som förknippas med beteendeförändring samt vilka signaler, inre (symtom) eller yttre (information) som direkt uppmanar till handling. Viljan att söka hälsovård, följa ordinationer eller vidta sjukdomsförebyggande åtgärder bygger enligt HBM på att personen uppfattar sin hälsa som viktig. Personen behöver förstå att det finns risker att drabbas av sjukdom eller

försämring som kan leda till komplikationer. Följsamheten till behandlingen ökar om personen upplever att vinsterna är större än de uppoffringar de måste göra (21). Med hjälp av HBM kan människors hälsobeteende undersökas, förutses och påverkas. Detta underlättar vid utformandet av individanpassade utbildningsprogram. Ett handgripligt exempel är att patienten kan vara ovillig att medicinera eller ändra sin livsstil om han/hon inte känner sig sjuk. Om patienten däremot upplever att hypertoni kan utgöra ett allvarligt hot mot hälsan ökar benägenheten att följa ordinationerna. Upplevd känslighet är en stark indikator för förebyggande hälsobeteende (22).

## **TIDIGARE FORSKNING**

### **Tillvägagångssätt vid artikelsökning**

Sökning av artiklar relaterade till arbetets syfte gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Sökningarna gjordes utifrån söktermerna patient education, hypertension, needs, nursing wishes, experiences och primary nursing, i olika kombinationer. Några av artiklarna dök upp i båda databaserna, vilket kan innebära att en bra avsökning av området har gjorts. Som begränsning valdes endast artiklar publicerade efter 1998. Flera hundra vetenskapliga artiklar hittades utifrån sökorden, dock berörde flertalet diabetes och sällades bort. Av de kvarvarande artiklarna lästes ungefär 40 sammanfattningar. Slutligen valdes 22 artiklar vilka bedömdes svara till syftet. Ämnet hypertoni är väl beforskat. Dock är forskningen om patienternas upplevelser och önskemål betydligt mindre omfattande.

### **Sjuksköterskans roll i hypertoni vården**

I riktlinjerna för förebyggande av hjärt-kärlsjukdom rekommenderas att i större grad engagera sjuksköterskor i preventiva program. Även samarbete med ideella föreningar som patientorganisationer kan vara betydelsefullt, se exempelvis [www.minhjartskola.se](http://www.minhjartskola.se) (7).

Sjuksköterskeledda program vid hypertoni innehållande rådgivning om rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, viktminskning, diet, fysisk aktivitet och stresshantering, kan ha sänkande effekt på deltagarnas blodtryck. Rådgivning minskar riskfaktorerna men livsstilsförändringar är svåra att åstadkomma (23, 24). När ett beteende ändras bör det följas upp under flera år. Det tar lång tid att införliva ett nytt beteende i en persons dagliga liv och det behövs ofta stöd under tiden (24).

En bra utgångspunkt är att sjuksköterskan börjar med att fråga patienten hur mycket hon/han

vet om hypertoni. Många patienter har otillräcklig kunskap om hur de själva kan förbättra sin prognos. Fördjupad kunskap är nödvändig för att kunna fatta beslut om sitt riskabla beteende. Patienten behöver besluta sig för huruvida hon/han ska ändra sin livsstil eller inte (24). Sjuksköterskor skulle kunna ge förbättrad undervisning om de har kunskap om patienternas erfarenheter och syn på ohälsa och behandlingar (19).

Det underlättar om hälso-och sjukvårdspersonal har kunskap om vilka attityder patienter med hypertoni har till sin diagnos, då det ökar förståelsen för hur de behandlar sig själva och varför. Patienterna behöver olika typer av vård och stöd beroende på vilken relation de har till sin hypertoni. Distriktssköterskan är en av dem som ansvarar för att patienterna har kunskaperna och vet hur de ska agera för att främja behandlingen av hypertoni. Patienten har även eget ansvar för behandlingen. Patienten bör tillsammans med specialistutbildad vårdpersonal sätta upp mål för behandlingen, metoder hur man kan uppnå dem och ett sätt att utvärdera dem (25). Det finns behov av att sjuksköterskan klargör målen med patientundervisningen så att patienten inte har orealistiska förväntningar, vilket kan leda till besvikelse (26).

### **Kunskap om hypertoni**

Personer med hypertoni kan ha varierande kunskap om hypertoni, både vad gäller diagnosen, vilka livsstilsförändringar som bör göras och hur de kan genomföras. Deltagarna i en studie var missnöjda med den rådgivning som de fått från hälso- och sjukvården. Flera av deltagarna upplevde att den information de fått var bristfällig och att den inte var individanpassad. Problem kan uppstå om kommunikationen mellan patienten och vårdgivaren brister. Skäl till detta kan enligt deltagarna i en studie vara tidsbrist hos läkaren eller sjuksköterskan. Artikelförfattarna föreslår gruppbesök hos läkaren, vilket skulle kunna öka interaktionen mellan läkare och patient eftersom kommunikationen förbättrats. De menar att det är lättare att tillsammans i gruppen dela sina bekymmer med läkaren. En annan positiv effekt av gruppundervisning är att läkarens/sjuksköterskans tid används mer effektivt (27). Flera studier (27-30) visar att patienters kunskaper om hypertoni ofta kommer från andra källor än sjukvårdspersonal, exempelvis massmedia och vänner.

### **Förhållningssätt till hypertoni-behandling**

I en studie saknade 72 % av deltagarna motivation att gå på kontinuerliga kontroller. Av deltagarna hade 66 % svårt att acceptera sitt höga blodtryck och 56 % upplevde att de hade

fått för lite information om behandlingen och framtida risker (31).

Deltagarna i en studie upplevde en brist på råd om levnadsvanor och ville ha mer av detta. De upplevde den hälsofrämjande vården som viktig. Av deltagarna upplevde 22 % att de hade fått rådgivning av sin läkare och 5 % att de hade fått information av en mottagningssjuksköterska. Den hälsofrämjande vården skall planeras och anpassas efter befolkningens behov (30).

Deltagarna i en studie om hälsosamtal önskade en rak dialog med sjuksköterskan. De upplevde att det var viktigt att kunna ställa frågor och få ärliga svar, även om svaren var nedslående (19).

För att få mer utbyte av sin vård är det en fördel att patienten är aktiv. En aktiv patient ställer frågor, söker förklaringar, framför önskemål, har åsikter och förväntar sig att bli lyssnad på. När patienten väl har fått sitt recept på blodtrycksmedicin får hon/han till stor del klara sig på egen hand. Sjukvårdens roll är i mångt och mycket att hjälpa patienten att hjälpa sig själv (29).

### **Följsamhet**

De flesta studier om följsamhet har gjorts utifrån sjukvårdens perspektiv. Få studier har fokuserat på patienternas upplevelser. Gascón et al (27) visade att flera faktorer påverkar följsamheten. Deltagarna i studien hade rädslor och negativa bilder av blodtryckssänkande läkemedel. Det saknades även kunskap om läkemedlen vid hypertoni, deltagarna uttryckte misstro och rädsla för biverkningar. Det fanns en rädsla för att behöva medicinera med blodtryckssänkande läkemedel resten av livet, negativa tankar kring medicinering samt att läkemedlen var skadliga för kroppen. Vissa deltagare ansåg att det inte var någon fara om de inte tog blodtrycksmedicinen regelbundet och en del tog inte sin medicin enligt ordinationen på receptet. Andra deltagare valde själva hur stor dos av läkemedlet de tog och avstod ibland helt. De flesta av deltagarna hade synpunkter på att det gavs liten tid till information och att den tiden istället användes till receptförskrivning. De vanligast förekommande rekommendationerna angående livsstilsförändringar var minskat saltintag och fysisk aktivitet, men läkaren förklarade inte varför dessa var viktiga.

Flera studier betonar patientundervisningens positiva effekter på följsamhet till behandling, vilket i sin tur minskar vårdkostnaderna (32-34). För att uppnå livsstilsförändringar och ökad följsamhet till behandlingen behövs kontinuitet i kontakten med sjukvården (7).

En studie visar att patienter som var medvetna om att högt blodtryck kan förkorta den förväntade livslängden hade bättre följsamhet till sin medicinering och ökad närvaro på återbesöken. Det finns alltså ett samband mellan kunskap om hypertoni och ett välinställt blodtryck (28).

I tidigare forskning ges följande tips för att öka följsamheten: Ta ingenting för givet! (Patienten kanske inte har råd att köpa mediciner, kanske inte har stöd av sin familj i livsstilsförändringarna.) Ta i förväg reda på vad patienten vet och skulle vilja veta. Det krävs mer än bara kunskap för att förändra sin livsstil. Vid kronisk sjukdom bör livskvaliteten mätas före livsstilsinterventionerna för att kunna se förbättringar och försämringar. Försämringar kan ge vårdpersonalen en signal om att ändra behandlingsstrategi. Förbättringar, även små, är viktiga för att uppmuntra patientens fortsatta arbete (32, 34). Ge patienten skriftlig information utöver den muntliga. Information på papper bör vara kortfattad och lättläst (17, 32, 34). Muntlig information bör ges i dialogform snarare än som en föreläsning (34). Uppmuntra patienten att engagera sina anhöriga i livsstilsinterventionerna, både som stöd och genom aktivt deltagande (32).

### **Problemformulering**

Det är välkänt att högt blodtryck kan orsaka hjärt- kärlsjukdomar som stroke och hjärtinfarkt. Detta ger konsekvenser både för den enskilde och för samhället. För att minska dessa konsekvenser bör distriktssköterskan arbeta hälsofrämjande och motivera patienter till goda levnadsvanor och livsstilsförändringar i den mån de behövs. För att kunna ge så bra vård som möjligt behövs kunskap om patienters tidigare erfarenheter av hypertoni och patientundervisning samt deras önskemål om patientutbildning. Vetenskapliga studier och nationella riktlinjer pekar på behovet av preventivt arbete. Det finns få studier gjorda ur patienternas perspektiv. Tidigare forskning visar att patienter har skiftande följsamhet och motivation att följa ordinerad behandling och deras kunskaper om hypertoni varierar men visar att patient-undervisning kan ha god effekt. Vi vill fördjupa kunskaperna om patienternas erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och deras önskemål om patient-undervisning.

### **SYFTE**



Studiens syfte är att beskriva patienters erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och deras önskemål om patientutbildning vid hypertoni.

## **METOD**

Studien bygger på patienters erfarenheter av hypertoni och har en kvalitativ ansats. Med kvalitativ ansats avses att beskriva människans upplevelser och erfarenheter, att försöka förstå det specifikt mänskliga (35). Vi har valt att använda kvalitativa intervjuer då dialogen kan ge kunskap om människors erfarenheter, känslor och förhoppningar (36).

## **URVAL**

Studien planeras som en fullskalestudie med 20 deltagare. Inklusionskriterier är att deltagarna är >20 år och har diagnosen primär hypertoni. Exklusionskriterium är att de inte har andra diagnoser som kräver regelbunden kontakt med hälso- och sjukvård. Distriktssköterskor på vårdcentraler med hypertoniomottagning i Göteborg kommer att tillfrågas om hjälp att få kontakt med lämpliga informanter. För att undvika snedfördelning i urvalet kommer informanter även att sökas upp på andra sätt, exempelvis genom annonsering på självhjälpshemsidor som minhjartskola.se.

## **DATAINSAMLING**

Insamlingen av data sker genom öppna kvalitativa intervjuer. Det innebär att intervjun har specifika teman och följdfrågor kring dessa. Intervjuaren uppmuntrar informanten att prata fritt kring frågorna och berätta med egna ord, genom öppna frågor och följdfrågor (37). Inför intervjuerna formuleras frågor utifrån syftet och problemformuleringen. Den kvalitativa intervjun innebär att den som blir intervjuad beskriver så noggrant som möjligt vad han/hon känner och upplever (36). Deltagarna informeras om att intervjun beräknas ta 30-60 minuter. De väljer själva tid och plats för intervjun. Intervjuerna spelas in på band och skrivs sedan ut ordagrant. Studien bygger på en forskningsgenomgång, med stöd från tidigare forskning skapas en intervjuguide (se bilaga 3). Intervjuguiden innehåller fyra temaområden; *att få diagnosen hypertoni, kunskap om hypertoni, undervisning samt livsstilsförändringar*. Huvudfrågor skapas utifrån de olika temaområdena. Intervjuerna inleds med frågan *Hur fick du reda på att du hade högt blodtryck?* Det är en fördel att öppningsfrågan är konkret och den får gärna anknyta till en specifik händelse (36).

## **DATAANALYS**

Vid analysen av insamlat material används kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats vilket innebär att texten analyseras utan att utgå ifrån en hypotes. Texten som analyseras bör ses i sitt sammanhang. Informantens berättelse tolkas med medvetenhet om hans/hennes historia, livserfarenhet och livsvillkor. Flera tolkningar kan vara möjliga även om de skiljer sig åt. I en kvalitativ innehållsanalys tolkas texter. Texten läses flera gånger enskilt, men också av studiens båda författare för att få en första förståelse av materialet. Utifrån syftet identifieras meningsenheter. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten. Den kan bestå av ord, stycken av text och meningar som hör ihop i sitt sammanhang och innehåll. Meningsenheterna förs över i tabeller i datorn för att få det mer överskådligt. Därefter kondenseras meningsenheterna, vilket innebär att författaren kortar ner texten och formulerar den med sina egna ord. Texten blir mer lätthanterlig samtidigt som det centrala i den bevaras. Författarna förser sedan den kondenserade texten med koder, vilka kortfattat beskriver meningsenheternas innehåll i dess sammanhang. Koderna sätts sedan i kategorier. Kategorier är en grupp med koder som har gemensamt innehåll och beskriver textens innehåll (38).

## **PILOTSTUDIEN**

Forskningsplanen prövades i en pilotstudie. I pilotstudien intervjuades fyra personer, två kvinnor och två män i åldrarna 52-77 år. Studien omfattar deras erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och önskemål av undervisning vid hypertoni. Frågor ställdes till deltagarna utifrån intervjuguiden och de gavs möjlighet att berätta fritt om sina upplevelser. Intervjuerna varade i mellan 22 och 31 minuter. Tre av deltagarna kontaktades via en distriktssköterska på en vårdcentral. Den fjärde deltagaren kontaktades genom tips från en bekant. Information om studien skickades med e-post till distriktssköterskan och hennes chef, med Forskningspersoninformationen (se Bilaga 2) som bilaga. Intervjuerna skedde 2012-09-20 - 2012-09-25. Två av intervjuerna ägde rum på en vårdcentral, en tredje hemma hos informanten och en fjärde på annan ort. Samtliga deltagare hade hypertoni, tiden från att de fick diagnosen varierade mellan en knapp månad och cirka 30 år.

## **DATAANALYS PILOTSTUDIEN**

Författarna genomförde två intervjuer var och skrev sedan ut dem ordagrant. All text lästes flera gånger, både enskilt och tillsammans, för att få en övergripande bild av texten. Var och en av författarna identifierade meningsbärande enheter i sitt material utifrån studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades genom att texterna kortades ner och beskrevs med

författarnas egna ord. Författarna arbetade hela tiden så att kärnan som bevarades kunde svara till syftet. De kondenserade meningsenheterna bearbetades gemensamt och kodningen genomfördes. Kodning innebär att meningsenheternas innehåll beskrivs. Strävan var att arbeta meningsnära för att inte tappa bort betydelsen i meningsenheten. Därefter diskuterades varje kod gemensamt för att säkerställa att alla koder stämde överens med innebörden i meningsenheten och svarade an till syftet, se exempel i Tabell 1. Författarna återgick ett flertal gånger till den ursprungliga intervjutexten under analysens gång för att kontrollera att kontexten bevarades. Sedan grupperades och abstraherades koderna efter liknande innehåll till en högre nivå i fem kategorier.

*Tabell 1. Exempel på innehållsanalys.*

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Jag har ju fått ganska mycket information av [distriktssköterskan] och lite broschyrer och sånt där va (4:1).	Har fått mycket information och broschyrer av dsk	Muntlig och skriftlig information	Olika sätt att inhämta kunskap

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

I forskning måste nyttan med forskningen vägas mot dess potentiella skada. Det skulle kunna upplevas som integritetskränkande att bli tillfrågad om sin hypertoni, sina livsstilsförändringar och indirekt även hur väl man har lyckats med dessa förändringar. Å andra sidan har deltagarna fått möjlighet att diskutera sin situation med någon utomstående med mångårig erfarenhet som sjuksköterska och pågående specialistutbildning vilket kan vara fördelaktigt. Vi har utgått från centrala etikprövningsnämndens rekommendationer om forskning (39). Vetenskapsrådet har formulerat fyra huvudregler för forskningsetik:

- 1 Informationskravet; de som berörs av forskningen ska informeras om dess syfte av forskaren.
- 2 Samtyckeskravet; studiedeltagarna har rätt att själva bestämma över sin medverkan.
- 3 Konfidentialitetskravet: uppgifterna om samtliga deltagare i studien ska ges största möjliga konfidentialitet, personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig kan ta del av dem.

- 4 Nyttjandekravet; uppgifterna om studiedeltagarna får endast användas för forskningsändamål (40).

Deltagarna fick skriftlig information (Bilaga 2), där studiens syfte, eventuella risker och nytta med studien beskrivs, samt vad som förväntas av deltagaren. Deltagarna informerades även muntligt om frivilligheten att delta och möjligheten att när som helst avbryta sin medverkan. Det har poängterats att all information avidentifieras, samt att deltagarnas behandling eller omhändertagande på vårdcentralen eller annan vårdinrättning inte kommer att påverkas av deras deltagande i studien.

Samtliga deltagare samtyckte till att delta i studien.

## **RESULTAT**

Efter analysen av intervjutexterna identifierades fem kategorier; *att få en diagnos utan att känna sig sjuk, att anpassa sig till en ny livsstil, att sakna kunskap om diagnos och behandling, patientundervisning och andra kunskapskällor samt kontinuitet i relationen.*

### **ATT FÅ EN DIAGNOS UTAN ATT KÄNNA SIG SJUK**

Några av informanterna fick reda på sin hypertoni-diagnos oväntat, exempelvis på en rutinkontroll. De hade inte haft några symtom på hypertoni före diagnosen. Detta ledde till olustkänslor då de var medvetna om vilka konsekvenserna kunde bli av obehandlad hypertoni. Det kändes jobbigt när beskedet om hypertoni kom oväntat. Diagnosen kunde även ses som ett facit på livet, sett ur backspegeln upplevdes det inte så konstigt att drabbas av hypertoni med tanke på den tidigare livsstilen.

*”Man blev ju helt ställd då eftersom jag inte hade känt speciellt mycket”* (Intervjuperson (IP)

2)

*”Det är ju verkligen lite skrämmande alltså, att man inte märker det förrän det smäller”* (IP 3)

### **ATT ANPASSA SIG TILL EN NY LIVSSTIL**

Att få diagnosen hypertoni upplevdes som att hamna i en ny livssituation som man ville försöka anpassa sig till. Informanterna upplevde att de hade motivation att ändra sin livsstil och att hypertoni gick att hantera i det dagliga livet utan att göra några större inskränkningar.

De accepterade att livsstilsförändringarna kanske behöver vara en del av deras liv lång tid framöver.

*”Det här är antagligen nåt man får leva med en bra bit i resten av mitt liv... ja man har accepterat att så här är det” (IP 2)*

De kände även en tilltro till den egna förmågan att anpassa sig och ändra sina vanor.

*”Det är inte sämre än att jag kan klara detta själv... Så pass stark vilja har jag” (IP1)*

Upptäckten av hypertoni hos informanterna påverkade deras liv mer eller mindre. Att få diagnosen innebar påverkan på det egna livet, familjen och omgivningen. De var måna om att ändra sina vanor men upplevde inte att det krävdes några dramatiska förändringar av livsstilen.

*”Så visst har det påverkat mig... sen har det väl inte blivit nåt drastiskt” (IP 2).*

*“Det här är en grej som kan tendera till att påverka inte bara mig utan dom därhemma “ (IP 2)*

En av informanterna hade nyligen slutat röka och kände sig stolt över sin nya livsstil. Det fanns en insikt att livsstilsförändringar kan leda till ett bättre liv.

*“För han sa ju det läkaren, om jag slutar röka lever jag ett bättre liv” (IP 1)*

En informant tyckte dock att det var svårt att motivera sig att motionera mer.

*”Jag föresätter mig jämt men alltid kommer det nåt i vägen. Fast det är lathet, det är fullkomlig lathet”(IP 4)*

## **ATT SAKNA KUNSKAP OM DIAGNOS OCH BEHANDLING**

Informanterna önskade konkret och individanpassad information, gärna förmedlad på ett rakt och tydligt sätt av distriktssköterskan eller läkaren.

En informant upplevde skillnader i blodtrycket om det mättes hos läkaren eller hos distriktssköterskan, att mätvärdena var lägre hos distriktssköterskan. Distriktssköterskan tog sig tid, det var 15-20 minuter vila inplanerat före blodtryckskontrollen. Hos läkaren fanns inte tid för vila, blodtrycket mättes nästan omedelbart. En informant hade till och med fått frågan om han var rädd för läkare.

*”Det bästa med henne [distriktssköterskan] är för då är blodtrycket bra!” (IP 4)*

Informanterna upplevde de att de saknar information, framförallt när de var nydiagnostiserade. Första tiden efter diagnosen präglades av osäkerhet kring hur livet skulle påverkas. Detta ledde till funderingar och frågor.

*”Fram till jag kom hit så visste jag egentligen ingenting” (IP 2)*

*”Så ska jag kritisera nånting så var det just den biten, att man skriver ut medicinen och sen sa man inget mer” (IP 2)*

Det fanns svårigheter att se hela bilden med hypertoniens orsakssamband, kunskapsöversikten saknades.

*”Eftersom jag inte ser den samlade bilden och kan bocka av det... Om en läkare har den bilden och kan säga att det här är grejer du kan göra [för att förbättra blodtrycket] då vore det ju väldigt intressant” (IP 3)*

Det framkom vissa brister i följsamheten. En av deltagarna upplevde att blodtrycket blev för lågt och minskade medicineringen på eget bevåg.

## **PATIENTUNDERVISNING OCH ANDRA KUNSKAPSKÄLLOR**

Information om hypertoni och behandling inhämtades på flera sätt, till exempel genom distriktssköterskan och läkaren, Internet eller vänner. Det framkom både för- och nackdelar med information från nätet. En person menade att det var lättare att ta till sig information som kommer från någon utomstående, snarare än att höra det från sina anhöriga. Ytterligare en åsikt var att det gick lika bra att få informationen skriftligt som att få det förklarat för sig av en läkare eller distriktssköterska.

*”Jag har ju väldigt många väninnor och bekanta som har just detta med högt blodtryck och vi pratar sinsemellan” (IP 1)*

*”Om jag får nåt symtom så börjar jag förstås leta på Google... Man hittar väldigt mycket... Man kan ju bli rädd faktiskt, skrämmd om det är fel information också ” (IP 3)*

En informant upplevde sig inte ha fått någon information alls på vårdcentralen, undervisningen gavs indirekt genom frågor som “Du röker väl inte?” och “Motionerar du?” Eftersom svaren verkade vara tillfredsställande (nej jag röker inte, ja jag motionerar) gavs ingen ytterligare information.

Informanterna hade ingen erfarenhet av gruppundervisning. Det framkom heller inget önskemål om undervisning i grupp, snarare efterfrågades enskild undervisning. Det främsta argumentet mot gruppundervisning var att informationen inte kunde anpassas efter varje enskild deltagares behov och tidigare kunskaper. Man ville inte lägga tid på att lyssna på råd som man redan hade kunskap om eller som inte var aktuella för en själv. Dessutom upplevdes det som svårt att ställa vilka frågor man ville.

*”Medveten om hur man ska sköta sig, det är man ju. Så jag vet inte om det här [gruppundervisning] ger så mycket” (IP 4)*

Dock kunde informanterna tänka sig åtminstone två fördelar med gruppundervisning; när deltagarna i en undervisningsgrupp lär känna varandra kan de peppa och dela erfarenheter med varandra.

*”Fördelen med grupp är ju det att erfarenheterna blir mycket starkare då eftersom det är upplevelser som de andra haft” (IP 2)*

## **KONTINUITET I RELATIONEN**

Informanterna upplevde att distriktsköterskan hade ett stort intresse i att hjälpa dem att få ner blodtrycket. Hypertoni kan kräva livslång behandling och kontroller. Att lära känna sin läkare och distriktsköterska gav trygghet, och relationen hade möjlighet att bli god och ömsesidig. Kontinuiteten på vårdcentralen uppskattades av informanterna. Att skapa kontakter och känna att förtroendet blev starkare med tiden upplevdes som viktigt.

*”Jag har ju gått hos henne [distriktssköterskan] i 12 år... och det är ju skönt så länge hon är där” (IP 4).*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Innevarande studie är en pilotstudie där genomförbarheten för den fullskaliga studien prövas. Som metod har vi valt en kvalitativ intervjustudie, då den lämpar sig väl till studiens syfte att få förståelse för och insikt om en upplevd erfarenhet (35). Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (41).

För att beskriva trovärdigheten i en kvalitativ studie används begrepp som tillförlitlighet och överförbarhet. Studiens trovärdighet är beroende av vilken datainsamlingsmetod som valts och hur mycket data som insamlats. Trovärdigheten ökar om analysprocessen beskrivs så att läsaren lätt kan följa tankesättet (41). Intervjumaterialet skrevs ut ordagrant vilket är betydelsefullt för att stärka trovärdigheten (36). Som stöd för att innefatta samma ämnen i alla intervjuer använde sig författarna av en intervjuguide. Vi anser att studien har så hög trovärdighet som är möjligt med den mängd data som har insamlats.

Studiens tillförlitlighet bygger på det insamlade materialets kvalitet och huruvida det valda analys sättet passar till studiens syfte (41). Studiens tillförlitlighet stärktes av att författarna har läst samtliga intervjuer och genomfört delar av analysen gemensamt. I analysarbetet reflekterade och diskuterade författarna gemensamt tolkningen av materialet.

Analysprocessen är utförligt beskriven. Det upplevdes som en fördel att vara två. Vi anser att det insamlade materialet håller god kvalitet och att analysmetoden passar studiens syfte väl.

För att bedöma en studies överförbarhet, möjligheten att överföra resultatet till andra grupper eller situationer, är det av vikt att noggrant beskriva kontext, deltagare, datainsamlingsmetoder och analysprocess (41). Då innevarande studie är en pilotstudie kan inga stora slutsatser dras om dess överförbarhet.

Inför varje intervju gavs en kort muntlig genomgång av studiens syfte, sekretess och frivilligheten att delta. Intervjuerna skrevs ut ordagrant i nära anslutning till intervjuerna för att ha dem i färskt minne och miniminera risken för felskrivningar (36). Som stöd för att inte tappa tråden under intervjuerna användes en intervjuguide (Bilaga 3) med öppna frågor vilka gav informanterna tillfälle att tala fritt. När svaret inte upplevdes som tillräckligt uttömmande



ställdes följdfrågor av typen; "Kan du berätta mer om...?", "Hur menar du?" och "På vilket sätt?" Detta är enligt Graneheim & Lundman (41) viktigt för att öka innehållet i svaren.

Forskarens förförståelse är en viktig del i tolkningsprocessen. I kvalitativa intervjustudier är forskaren medskapare av texten genom sin delaktighet i samspelet under intervjun (41).

Resultatet är färgat av vår förförståelse vilket bland annat påverkade vilka koder vi satte.

Detta är vi medvetna om och har hanterat genom att försöka läsa analysenheterna med öppna ögon utan att värdera.

Semistrukturerade intervjuer upplevdes som en bra metod utifrån studiens syfte. En annan tänkbar metod skulle kunna vara observationsstudier av undervisningssituationer mellan patient och distriktssköterska. Det är möjligt att patienterna har fått information utan att ha upplevt det som undervisning. Det skulle kunna fångas upp i en observationsstudie. Troligen är det tidskrävande att genomföra praktiskt då distriktssköterskans undervisning många gånger sker när tillfälle ges, exempelvis i samband med en blodtryckskontroll, snarare än ett planerat undervisningsmoment. För att ytterligare fördjupa kunskapen kring ämnet skulle det vara intressant att intervjua distriktssköterskor om deras syn på undervisningen och patienternas kunskaper.

Pilotstudien innebar ett tillfälle att förbereda inför den fullskaliga studien. Det förefaller rimligt att använda samma metod även i fullskaliga studien. Inför fullskalestudien behöver vissa delar ses över: Författarna var ovana vid att göra intervjuer. Författarnas intervjuteknik behöver förfinas och intervjufrågorna som ställdes i pilotstudien kan behöva justeras. Detta för att kunna ställa rätt följdfrågor och få mer utförliga svar av informanterna. Exempelvis frågan "Tycker du att du har tillräcklig kunskap om hypertoni?" borde formuleras "Kan du berätta lite om vad du vet om hypertoni". Även frågan "Har du fått någon undervisning om hypertoni?" skulle kunna formuleras om till "Kan du berätta om hur du har fått kunskap om hypertoni".

Antalet informanter kommer att vara större i den fullskaliga studien, 20 jämfört med 4 i pilotstudien. Inför den fullskaliga studien bör informanter uppsökas från flera olika håll för att undvika att distriktssköterskorna bara tillfrågar "duktiga" patienter som de har god kontakt med.

Det är möjligt att resultatet blir annorlunda när det insamlade materialet mångdubblas och variationen i informanternas ålder och erfarenheter blir större. I pilotstudien har vi bara med

svensktalande informanter. Kanske påverkas resultatet om informanterna utökas med personer av exempelvis utomeuropeisk härkomst. De har troligen andra erfarenheter av att få sin hypertoni-diagnos och kanske andra önskningsområden om hur patientundervisningen bör ges.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med studien var att utifrån patientens perspektiv beskriva erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och önskemål om patientundervisning vid hypertoni. Då detta är en pilotstudie är resultatet inte tillräckligt omfattande för att kunna dra några säkra slutsatser. Studien visar dock på tendenser.

I vår studie framkommer att diagnosen hypertoni ofta kommer plötsligt och utan symtom. Diagnosen kunde ändå upplevas som ett facit på hur livet hade varit dithittills, det höga blodtrycket speglar den tidigare livsstilen. Detta bekräftas av tidigare forskning som också visar svårigheterna för en person som har hypertoni att se riskerna för komplikationer och hur viktig en behandling kan vara, då de inte alltid känner att de har högt blodtryck (3, 7). Även individer med hälsosam livsstil kan drabbas av hypertoni, ärftligheten är en viktig faktor (3). Chocken i att få hypertoni-diagnosen skulle kunna vara ännu större för dessa individer.

Enligt denna studie upplevdes hypertoni-diagnosen som att hamna i en ny livssituation. En insikt om att livet måste anpassas, eftersom det är något som eventuellt kommer att påverka livet länge. Hypertoni gick att hantera utan att göra några större inskränkningar. Tidigare forskning bekräftar resultatet samt att även små förändringar i livsstilen kan leda till ett bättre blodtryck (1, 7, 9).

I vår studie upplevde informanterna skillnad i blodtrycket beroende på vem som mätte det, distriktssköterskan eller läkaren. Hos läkaren kontrollerades blodtrycket i många fall utan vila, vilket kunde ge ett högre värde. Enligt riktlinjerna för blodtryckskontroller ingår vila före kontrollen (42). Distriktssköterskan tog sig mer tid och patienten fick vila innan blodtrycket togs. Detta visar på vikten av att verksamheterna låter patientbesöken få ta tid, både hos distriktssköterskan och hos läkaren. Dels för att följa riktlinjerna och få så korrekt värde som möjligt, dels för att all personal bör utföra blodtryckskontroller på samma sätt. I tidigare forskning påpekades att den korta tiden hos läkaren mest gick åt till att skriva recept, nästan ingen information gavs och läkarna ställde få frågor (27). Detta kan, tillsammans med

rekommendationerna i de nya europeiska riktlinjerna (7), ses som incitament för ökad inblandning av distriktssköterskor i hypertoni vården.

I föreliggande studie finns en tilltro hos informanterna till den egna förmågan och en vilja att klara av situationen. Enligt Health belief-model bygger detta på att personen uppfattar sin hälsa som viktig och upplever att vinsterna av livsstilsförändringarna är större än uppoffringarna (21). För att patienten ska komma till insikt om hälsoriskerna som är förknippade med hypertoni krävs enligt HBM undervisning och information. Den ökade kunskapen kan ge bättre följsamhet till medicinering och livsstilsförändringar (21, 22).

I vårt resultat framkommer att informanterna önskar mer kunskap om hypertoni, framförallt första tiden efter diagnosen. Flera sätt att få information om hypertoni beskrivs av informanterna. Ett allt vanligare sätt är att leta på internet. Nackdelen är att det kan skapa oro då informationen är obegränsad och inte individanpassad, en informant beskrev det som skrämmande. Ett flertal studier (27-30) uppvisar liknande resultat. Tidigare forskning visar att distriktssköterskan bör vara medveten om att människor som söker vård idag ofta har med sig mer kunskap än tidigare (13). Detta behöver inte betyda att kunskapen är korrekt.

Bland informanterna fanns stor variation i hur länge de hade haft diagnosen hypertoni, från en månad till 30 år. Tiden speglade någorlunda deras behov av kunskap. Den person som var nydiagnostiserad upplevde ett stort behov av kunskap medan de som haft diagnosen länge kände sig trygga och relativt välinformerade. Informanterna i vår studie föredrog individanpassad enskild undervisning. Det framkom att gruppundervisning är något som inte passar alla. Dels kunde det vara svårt att ställa vilka frågor man ville dels fanns en önskan om att inte känna sig bunden. Informanterna ville inte heller lyssna på det de redan hade kunskap om eller levde efter. Fördelarna med gruppundervisning beskrevs som att få dela erfarenheter med andra och möjligheten att få stöd från de andra i gruppen.

Några av informanterna i studien hade långvariga kontakter på vårdcentralen vilket kändes tryggt. Relationerna upplevdes som mer personliga och deltagarna kände sig sedda. Den brist på följsamhet som belystes i resultatet skulle kunna härledas till en nästan obefintlig kontakt med läkare och/eller distriktssköterska på vårdcentralen. Tidigare forskning slår fast att patienten behöver få god kunskap om sin diagnos och dess behandling för att uppnå större

följsamhet. Kontinuitet i kontakten med vården ökar följsamheten och ökar chansen att lyckas med livsstilsförändringar (7).

För distriktssköterskan är det viktigt att ta reda på patienternas kunskap och önskemål av undervisning, för att kunna stödja patienterna i deras egna tankar kring hur de skall åstadkomma livsstilsförändringar och uppnå ett bra blodtryck (24). Det är viktigt att fånga upp patientens hela riskprofil, att få patienten att förstå att hypertoni kan bero på flera orsaker. Det verkar svårt att individanpassa gruppundervisning. Gruppundervisning kanske kan passa bra för en homogen grupp som befinner sig i samma stadie, det vill säga nydiagnostiserade med ungefär samma förkunskaper.

En fördel som inte har tagits upp är att gruppundervisning kan ge gemenskap med andra i liknande situation, en möjlighet att få vänner.

Vi anser att studiens syfte om patienternas erfarenheter av att få diagnosen hypertoni har besvarats. Syftet om deras önskemål av undervisningen behöver ett fylligare underlag. Troligen kommer fullskalestudien att ge en mer heltäckande bild.

### **Slutsats**

Hypertoni är en åkomma som inte nödvändigtvis ger några symtom. Diagnosen hypertoni kan därför komma oväntat och vålla obehag och funderingar. Patienterna efterfrågar mer kunskap om diagnosen hypertoni och dess behandling. Informationen som ges får gärna vara konkret och individanpassad. Det är därför viktigt att distriktssköterskan tar reda på patientens kunskapsnivå för att kunna anpassa undervisningen därefter. Att få diagnosen hypertoni är ofta förknippat med ett behov att ändra sin livsstil. Långvarig kontakt med distriktssköterskan eller läkaren upplevs som trygg och viktig. Riktlinjerna för blodtryckskontroller följs inte alltid, troligen beroende på kombinationen av tidsbrist och okunskap. I studien förefaller distriktssköterskan ha större möjlighet än läkaren att följa riktlinjerna genom att kunna ge tid för patientens vila. Våra resultat om erfarenheter av att få diagnosen hypertoni och önskemål om patientutbildning bekräftar tidigare forskning.

### **Arbetsfördelning mellan författarna**

A-M W och G S har bidragit till artikelsökning, artikelgenomgång och analyser i lika stor utsträckning. Även arbetet med att skriva resultat och diskussion har skett gemensamt. Genomförandet av intervjuer och transkription har var och en gjort för sig, två intervjuer var.

## REFERENSER

1. SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport 170.
2. World Health Organization [WHO]. 2012 Hypertension fact sheet. [webbsida] [läst 2012-09-05]; Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.htm>.
3. Hjärt- och Lungfonden. Blodtrycket: en skrift om högt och lågt blodtryck. [webbsida]. [läst 2012-09-20] Tillgänglig: [http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift\\_blodtrycket\\_2012.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift_blodtrycket_2012.pdf)
4. Hunsbår S. Allmänmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2007.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. [webbsida]. [läst 2012-09-25] Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71)
6. World Health Organization. The effectiveness and costs of population interventions to reduce salt consumption. [webbsida]. 2007 [läst 2012-09-10]; [34 sidor]. Tillgänglig: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/Neal\\_saltpaper\\_2006.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/Neal_saltpaper_2006.pdf)
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal. 2012;33:1635-1701.
8. Sliwa K, Stewart S, Gersh BJ. Hypertension. A global perspective. Circulation. 2011;123:2892-2896.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: [webbsida]. 2012. [läst 2012-09-20] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>.
10. Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH, Mustonen JN, Salomaa VV, Sundvall, JE. et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. Journal of hypertension. 2002;20:2505-2512.
11. Apostolopoulou M, Michalakis K, Miras A, Hatzitolios A, Savopoulos C. Nutrition in the primary and secondary prevention of stroke. Maturitas. 2012;72:29-34.
12. Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, Briel M. Meta-analysis comparing mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. The American Journal of Medicine. 2011;124(9):841-851.

- 13.** Pilhammar Andersson E, Bergh M, Friberg F, Gedda B, Häggström E. Pedagogik inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2003.
- 14.** Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) [webbsida] [läst 2012-09-05] Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>
- 15.** Engström B, Beijer Melander M., Ekman I, Friberg F, Östlinder G. Patientundervisning och patienters lärande. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag AB; 2007.
- 16.** Wingard R. Patient education and the nursing process: Meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal* 2005;32(2):211-214.
- 17.** Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L. et al. Needs for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient education and counseling*. 2003;51:239-245.
- 18.** Rankin SH, Stallings KD. Patient education principals and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- 19.** Persson M, Friberg F. The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:520-528.
- 20.** Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnummer 2005-105-1 [läst 2012-10-05] Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
- 21.** Rydén O, Stenström U. Hälsopsykologi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom. Stockholm: Bonniers; 2008.
- 22.** Thalacker KM. Hypertension and the Hmong Community: Using the health belief model for health promotion. *Health promotion practice*. 2011; 12: 538-543
- 23.** Hacıhasanoglu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and MBI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;20:692-705.
- 24.** Drevenhorn E, Kjellgren K I, Bengtson A. Outcomes following a programme for lifestyle change with people with hypertension. *Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:144-151.
- 25.** Lahdenperä, TS, Kyngäs, HA . Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;34:189-195.

26. Leung CM, Ho GKH, Foong M, Ho CF, Lee PKK, Mak LSP. Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52:631-639.
27. Gascón JJ, Sánchez-Ortuño M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with the treatment - Results from a qualitative study. *Family Practice*. 2004;21:125-130.
28. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness and attitudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med*. 2005;20:219-225.
29. Sims J. What influences a patient's desire to participate in the management of their hypertension? *Patient education and counseling*. 1998;38:185-194.
30. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39:472-479.
31. Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Takala J. Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*. 2001;15:755-761.
32. Anthony Peterson J. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007;19:349-357.
33. Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K. Counseling hypertensive patients. An observational study of 21 public health nurses. *Clinical Nursing Research*. 2001;10(4):369-386.
34. Kemp I. Moving towards Health oriented patient education (HOPE). *Nursing Practice in Action*. 2000;14(2):57-66.
35. Dahlberg K. Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur; 2003.
36. Kvale S Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
37. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
38. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
39. Etikprövningsnämnden. Vägledning till forskningspersonsinformation.[webbsida]. [läst 2012-09-10] Tillgänglig: <http://www.epn.se/sv/start/start sida/>.
40. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2011.



**41.** Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-112.

**42.** Vårdhandboken. 2010 [webbsida] [läst 2012-08-28]; Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodtrycksmatning/Tillvagagangssatt/>,

## **BILAGA 1**

### **Rekommenderad korrekt blodtrycksmätning**

Förberedelser: Patienten bör instrueras att halvtimmen före blodtryckskontrollen inte dricka kaffe eller te, snusa eller röka samt inte anstränga sig kraftigt fysiskt. Blodtrycket varierar under dygnet, det är lägst på natten, ökar under morgontimmarna och sjunker på kvällen.

### **Tillvägagångssätt**

Inga stasande kläder ovanför eller under manschetten. Patientens ben får inte vara korsade. Manschetten måste ha rätt storlek. Trycket kan mätas sittande eller liggande. Patienten informeras om undersökningen och får sedan vila i fem minuter i tystnad och dämpad belysning.

Sittande: Stolen ska ha armstöd så att patientens arm kommer i höjd med sternum. Patienten ska sitta bekvämt tillbakalutad med fötterna stadigt på golvet. Armen är avslappnad och handflatan uppåt.

Liggande: Använd nivåkudde under armen så att blodtrycksmanschetten hamnar i höjd med hjärtat.

- Mät alltid i samma arm.
- Manschetten placeras 2-2,5 cm ovanför armvecket. Ska sitta stadigt men inte hårt, två fingrar ska få plats under manschetten.
- A radialis eller a brachialis palperas för att mäta det palpatoriska blodtrycket.
- Därefter tas ett auskultatoriskt blodtryck.
- Vid två mätningar efter varandra, vänta en minut mellan och töm venstasen genom att låta patienten lyfta armen. Manschetten töms helt på luft.

Vid det allra första mättillfället ska blodtrycket mätas i båda armarna. Om patienten är äldre än 60 år, har diabetes eller medicinerar mot högt blodtryck bör även ett stående blodtryck mätas efter en minut.

På mottagningen ska blodtrycket mätas 2-3 gånger i följd eftersom trycket ofta sjunker efter några minuter. Medelvärdet noteras i journalen liksom vilken arm som användes så att blodtrycket fortsättningsvis mäts i samma arm.

### **Palpatorisk mätning**

Palpera pulsen i a radialis (på tumsidan i handleden) eller i a brachialis (på lillfingersidan i armvecket). Pumpa upp manschetten tills pulsen slutar att kännas och ytterligare 30 mmHg. Sedan släpps trycket långsamt ut, det manschettryck då pulsen återkommer är värdet för det systoliska blodtrycket.

### **Auskultatorisk mätning**

Lägg stetoskopet i armvecket där pulsen palperats. Pumpa upp manschetten till 30 mmHg över det palpatoriska värdet. Släpp sedan långsamt ut trycket. De första pulsslagen som hörs är det systoliska blodtrycksvärdet. Ljuden ändras för att slutligen upphöra, vilket är det diastoliska värdet. Om endast det auskultatoriska blodtrycket mäts, utan kännedom om tidigare blodtrycksvärden, pumpas manschetten minst upp till 200 mm Hg för att inte missa ”silent gap”. Silent gap innebär en tyst period mellan systole och diastole, uppstår främst vid högt blodtryck (42).

## **BILAGA 2**

## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

### **Bakgrund**

Högt blodtryck (hypertoni) är vanligt bland vuxna i Sverige och övriga världen. Behandlingen av hypertoni innebär undervisning och information om livsstilsförändringar och ibland läkemedelsbehandling. Livsstilsförändringar kan vara lika effektivt som läkemedel vid måttligt förhöjt blodtryck. För att kunna vara aktiv i egenvården bör personer med hypertoni vara välinformerade om sin sjukdom. Enligt Socialstyrelsen ska sjuksköterskan ge patienten möjlighet att vara delaktig i sin vård samt informera patienten och ge undervisning individuellt eller i grupp. Det finns en hel del forskning om hur vårdpersonalen upplever undervisningen, dock finns inte så mycket forskning om vad patienterna själva har för erfarenheter och önskemål av undervisning vid hypertoni.

### **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva erfarenheter av undervisning om livsstilsåtgärder bland personer som har hypertoni, samt att undersöka vad de har för önskemål om undervisningen.

### **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras inom primärvården i Göteborg. Vi har fått dina kontaktuppgifter genom din vårdcentral. Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du behandlas för hypertoni.

### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en intervju med dig som beräknas ta mellan 30 och 60 min. Intervjun kommer att äga rum på det ställe som du önskar, t ex på vårdcentralen, på ett bibliotek eller hemma hos dig. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivs ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

### **Finns det några risker med att delta?**

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att vi kommer in på områden när det gäller din hypertoni som du upplever känsliga. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun. All information kommer att avidentifieras, alla person- och Ortsnamn är borttagna när resultatet presenteras.

### **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma patienters erfarenheter och önskemål om patientundervisning, samt vara till hjälp vid utformandet av patientundervisning.

### **Hantering av data och sekretess**

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att endast vi som författare och vår handledare har tillgång till materialet. När studien är avslutad förstörs insamlat material. Inget insamlat material kommer att lämnas ut till din vårdcentral, enbart studiens resultat kommer att presenteras.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

**Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför. Detta kommer inte att påverka din behandling eller omhändertagandet av dig på vårdcentralen.

**Ansvariga för studien**

Distriktssköterskestudent Anna-Maria Wiberg  
Mobil: 0707-74 18 60  
guswiban@student.gu.se

Distriktssköterskestudent Greta Sandström  
Mobil: 0736-36 05 79  
gusmalgr@student.gu.se

Handledare Elisabeth Björk Brämberg  
Lektor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet  
Elisabeth.bjork.bramberg@gu.se

## **BILAGA 3**

### **INTERVJUGUIDE**

#### **Frågeområde 1: Att få diagnosen hypertoni**

- Hur fick du reda på att du hade högt blodtryck?

#### **Frågeområde 2: Kunskap om högt blodtryck**

- Tycker du att du har tillräcklig kunskap om hypertoni?
- Känner du att du vet vad högt blodtryck innebär?

#### **Frågeområde 3: Undervisning**

- Har du fått någon utbildning/undervisning/information om hypertoni? Kan du berätta för mig?
- Av vem? Vad handlade det om? Hur? Kan du ge exempel på detta?
- Har undervisningen varit anpassad efter dig?
- Har undervisningen gett något resultat? berätta för mig.
- Vad var bäst respektive sämst med undervisningen du fick?
- Vilka tankar och förväntningar hade du inför patientundervisningen?
- Hur skulle du ställa dig till information/undervisning i grupp?
- Vad tror du hade varit bäst för dig; gruppundervisning eller enskild undervisning?
- Vilka för- respektive nackdelar ser du med de olika metoderna?
- Hur tycker du din undervisning varit?
- Vad i patientundervisningen har varit till hjälp för dig?
- Upplever du att du har fått någon uppföljning vad gäller patientundervisning?
- Finns det något i patientundervisningen som du saknade eller hade önskat annorlunda?

#### **Frågeområde 4: Livsstilsförändringar**

- Känner du till vilka livsstilsförändringar som skulle kunna sänka blodtrycket?
- Vad tror du om dina möjligheter att bibehålla/åstadkomma nya livsstilsförändringar i framtiden?
- Berätta hur undervisningen har påverkat dig och ditt sätt att leva.