



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Patienter med högt blodtryck - upplevelse av samtal med personal i primärvården.

Författare:

Kristina Saalo Berg

Examensarbete i Vårdvetenskap

Inriktning mot distriktsjuksköterska

Avancerad nivå 15 hp

Handledare:

Clara Aarts

Examinator:

Bibbi Smide

HT 2012

SAMMANFATTNING

Högt blodtryck (hypertoni), en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar, ökar. Studiens syfte var att undersöka hur patienter med högt blodtryck upplever samtal med personal i primärvården. En kvalitativ intervjustudie med 10 deltagare där semistrukturerade frågor ställdes resulterade i tre kategorier: ”känsla av trygghet- otrygghet”, ”förståelse av information” och ”drivkrafter och hinder till förändring”. Samtal med personal i primärvården upplevdes positivt. I de fall där upplevelsen av samtal angående levnadsvanor inte upplevdes som positivt var anledningen att informanterna kände att de var tvungna att engagera sig. De flesta intervjuade upplevde att de fått frågor om levnadsvanor i början, när hypertoni konstaterades, men sedan togs det upp mer sällan. Det var oftast läkaren som samtalade med patienten om levnadsvanor. Samtliga hade fått frågor om kostvanor, motionsvanor och tobaksvanor men frågor om alkoholvanor ställdes inte i samma omfattning. Alla informanter hade förändrat sina motionsvanor och majoriteten hade även gjort förändringar i kostvanor. Flera informanter ansåg att de visste för lite om samband mellan levnadsvanor och högt blodtryck. I de fall uppföljning skedde avtog intensiteten med tiden. Önskemål om samtal där orsaken till hypertoni, samband mellan levnadsvanor och hypertoni och vad den enskilda individen kan göra för att förbättra sitt blodtryck framkom.

Nyckelord: hypertoni, primärvård, patienters upplevelse, livsstil

ABSTRACT

High blood pressure (hypertension), a risk factor for cardiovascular diseases is increasing. The aim of this study was to investigate how patients with high blood pressure perceive talks with primary care personnel. A qualitative study by means of interviewing ten participants was conducted. Semi-structured questions were asked which resulted in three categories of perception: "sense of security versus insecurity", "understanding information" and "incentive versus unwillingness to change ones lifestyle". Talks with primary care personnel were perceived in a positive manner. In those cases where the perception of talks regarding ways of everyday life and daily living habits however, was not as positive, it was mainly because the informants felt they had to get involved on a personal level. A majority of those interviewed pointed to the fact, that they had been asked questions about their living habits at the beginning, when diagnosed with hypertension, but as time progressed these were addressed more infrequently. Most often it was the physician who spoke to the patient about his or her living habits. All participants were asked questions pertaining to their habits regarding diet, exercise and tobacco. Questions about alcohol were not asked to the same extent. All informants had changed their exercise habits and the majority had also changed their eating habits. A number of informants felt they knew too little about the connection between living habits and hypertension. In those cases where a follow-up was done the intensity of the follow-ups decreased with time. Requests for talks emerged, where not only reasons for hypertension but also the connection between living habits and hypertension could be explained, as well as how the individual himself could improve his blood pressure.

Keywords: Hypertension, primary health care, patient experience, lifestyle

INLEDNING	1
Högt blodtryck	1
Förebyggande vård	1
Motiverande samtal som metod	2
Transteroretisk Modell	3
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011	4
Etiska principer vid livsstilsförändringar	4
Aktuellt forskningsläge	5
Ersättningssystem	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Design	7
Urval	7
Datainsamlingsmetod	8
Procedur och tillvägagångssätt	8
Etiska överväganden	9
Forskningsetiska aspekter	9
Bearbetning och analys	9
RESULTAT	11
Känsla av trygghet-otrygghet	11
Kontinuitet skapar trygghet	11
Respektfullt bemötande skapar förtroende	12
Förståelse av information	13
Bristande delaktighet	14
Kommunikationsproblem	15
Drivkrafter och hinder till förändring	15
Självinsikt	15
Coaching	16
Motivation	17
Hinder	17
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	18
Känsla av trygghet-otrygghet	18
Förståelse av information	19
Drivkraft och hinder till förändring	19
Metod diskussion	22
Förslag på vidare undersökningar	23
Slutsats	23
REFERENSER	24
Bilaga 1 Intervjuguide	29
Bilaga 2 Förfrågan om att delta i studien:	30

INLEDNING

Enligt en World Health Organisation (WHO) rapport från 2011 är hjärt-kärlsjukdomar den främsta orsaken till död och handikapp i världen. Trots att många av dessa sjukdomar går att förebygga, är det preventiva arbetet inte tillräckligt. Tobaksrök, ohälsosam kost och ökad fysisk inaktivitet gör att risken för hjärtinfarkt och stroke ökar. Att motionera 30 minuter om dagen, att äta frukt och grönsaker fem gånger per dag och begränsa saltintaget till högst en tesked per dag gör att hjärtinfarkter och strokes kan förebyggas. Dödsfallen på grund av hjärtkärlsjukdomar över hela världen var 17,3 miljoner 2008. Denna siffra befaras ha ökat till 23,6 miljoner 2030 (WHO, 2011). Högt blodtryck är underbehandlat över hela världen och alla individer bör göra livsstilsförändringar för att få ner sitt blodtryck (Whitworth, 2003).

Högt blodtryck

En av riskfaktorerna för att drabbas av kranskärlssjukdom, stroke och övrig hjärt-kärlsjukdom är högt blodtryck. Om blodtrycksnivån ligger över 115/75 är risken att dö i hjärt-kärlsjukdom fördubblad om det systoliska blodtrycket ökar med 20 mm Hg, eller det diastoliska blodtrycket ökar med 10 mm Hg. I Sverige beräknades 27 % av den vuxna befolkningen (> 20 år) ha hypertoni 2004. Detta motsvarade 1,8 miljoner människor (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004). Gränsen för högt blodtryck (hypertoni) i vila är 140/90 mm Hg (Mancia, De Backer, Dominiczak, Cifkova, Fagard, Giuseppe & Zanchetti, 2007). Endast hos cirka fem procent av alla fall med högt blodtryck kan en utlösande orsak till hypertoni hittas. Detta kan vara till exempel hormonella orsaker eller njursjukdom. Stress, ärftliga faktorer, övervikt, stort alkoholintag och för mycket salt i kosten kan höja blodtrycket. Ofta har patienter med högt blodtryck inga uttalade symptom (Vårdguiden, 2011; Nyström & Engfeldt, 2011).

Förebyggande vård

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen ska personal inom sjukvården arbeta för att förhindra ohälsa. När möjlighet finns ska patienter informeras om hur detta kan ske (SFS 1982:763).

Folkhälsoarbetet i Sverige går ut på att främja hälsa och förebygga sjukdom hos befolkningen. Arbetet vänder sig till individer och samhället (Folkhälsoinstitutet [FHI], 2010). Det sjukdomsförebyggande arbetet på individnivå kan till exempel vara att ge

information och råd angående kostvanor till en patient med diabetes. På gruppnivå kan det vara förebyggande i form av en rökavvänjningsgrupp där både deltagarna själva och ledaren påverkar gruppen. Utbildningsprojekt i ett litet samhälle som har till syfte att påverka livsstilen sker på befolkningsnivå. Hälsan på samhällsnivå kan påverkas genom politiska beslut, till exempel rökförbud i offentliga lokaler. Individen är en del i ett sammanhang till exempel i sin familj eller bostadsområde. Detta kan definieras som en arena och även där kan förebyggande arbete ske (Andersson, 2006).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 skrivs att personal inom hälso- och sjukvården bör ställa frågor om patienternas levnadsvanor. Detta för att kunna erbjuda hjälp och stöd till individer genom samtal. Exakt vilken metod som ska användas finns inte angivet, men personalen ska föra en dialog med patienten som kan innehålla motiverande strategier (Socialstyrelsen, 2010). Motiverande samtal (MI) började användas av Miller, en amerikansk psykolog, för att hjälpa alkoholberoende patienter i början av 1980-talet. Miller utvecklade sin metod med hjälp av Rollnick, som förutom att han var utbildad psykolog även arbetade med metodutveckling av rådgivning i hälso- och sjukvården (Holm Ivarsson, 2010).

Motiverande samtal som metod

När en förändring av ett beteende önskas kan MI användas. Metoden innebär ett fokus på patienten och dennes syn på sin livsstil. Det är viktigt genom hela processen att respektera patientens egen vilja. Korta samtal, beskrivna som understigande 20 minuter kan ge beteendeförändringar, men om större förändring eftersträvas bör längre och återkommande samtal ske. Rådgivaren i ett motiverande samtal är till exempel personal i primärvården. De bör vara fria från egna värderingar i samtalet med patienten. Patientens ambivalens till förändring bör vara föremål för utforskning. Om patienten inte är säker på vad han/hon vill kan detta vara ett hinder för förändring. Rådgivaren hjälper till med förstärkningen av patientens motivation och när patienten bestämt sig för att göra en förändring gör man upp en plan med mål och delmål. Uppföljning bör ske för att kunna hjälpa patienten att vidmakthålla sin förändring (Holm Ivarsson, 2010). En vetenskaplig studie visade att motiverande samtal är en framgångsrik metod att använda vid förändring av motionsvanor. En randomiserad kontrollerad studie där 334 patienter med övervikt, höga blodfetter och hypertoni deltog visade att de patienter som fått MI samtal med dietist och sjukgymnast gick ner i vikt, fick

lägre blodtryck och lägre blodfettsnivåer än kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick inga MI samtal. Kosten förändrades dock inte hos några av deltagarna i denna studie (Hardcastle, Taylor, Bailey & Castle, 2008). En sammanställning av 72 vetenskapliga studier om effekten av MI visade att MI hade effekt i 74 % av studierna jämfört med traditionell rådgivning. Majoriteten av studierna (n=47) behandlade alkoholmissbruk, psykiska diagnoser och olika beroenden. I de övriga 25 studierna användes MI som metod för viktminskning, ökad fysisk aktivitet, blodfetsreducering, rökstopp, och normalisering av blodglukos. Vid studier där ett möte ingick med en rådgivare hade MI effekt på 40 % av patienterna men om fler än fem möten hade ägt rum ökade effekten till 87 %. Även längden på rådgivningarna spelade roll. Vid möten som varade 60 minuter hade 81 % effekt men bara 64 % hade effekt vid möten som var kortare än 20 minuter (Rubak, Sandbeak, Lauritzen & Christensen, 2005).

Transteroretisk Modell

Sedan 1960-talet har handlingsorienterade program varit vanliga när det gäller att få patienter att ändra sina levnadsvanor men detta har dock inte varit framgångsrikt. Genom att studera människor som försökte sluta röka kom Prochaska (1995) fram till att "handling" är ett av flera steg i en förändringsprocess som sker stegvis. Prochaskas förändringshjul beskriver de olika stadierna i förändringsprocessen, dessa är; "inte beredd", "ambivalent", "beredd", "handling" och "vidmakthållande". Ett steg tillbaka kan ske i processen, och detta kan äga rum i olika steg av förändringsarbetet (FHI, 2012b). Denna modell för beteendeförändring kallas transteoretisk modell (TTM). De individer som inte är beredda till förändring är de som har minst framgång i förändringsförsök. Här anser individen ofta att nackdelarna med en livsstilsförändring överväger fördelarna. Patienterna tror inte att de kan göra en förändring. För att överbrygga detta måste de få tilltro till sin egen förmåga. Utan hjälp fastnar majoriteten av patienterna i detta steg. Ibland kan det dock ske saker som gör att patienten helt plötsligt gör en förändring, till exempel att en förälder slutar röka då barnen uttrycker en rädsla för att föräldern ska dö. De patienter som är i ambivalensfasen tänker att de ska sluta med sin ovana inom sex månader. Dessa individer är mer medvetna om fördelarna med en förändring, men även nackdelarna och ansträngningen som krävs. Även dessa patienter kan fastna i denna fas ett par år om de inte får hjälp. Patienter som är beredda till livsstilsförändringar, anger att de tänkt börja förändringen inom en månad och att de har en plan. Här överväger fördelarna med en livsstilsförändring. Att misslyckas är den största rädslan och denna rädsla kan hindra individer att gå vidare. Dessa individer är de som kan lyckas i ett handlingsorienterat program. Handlingen är en intensiv fas där mycket energi går

åt till att inte falla tillbaka till den gamla livsstilen. Återfall är vanligt och handlingsfasen är mest intensiv de första tre månaderna. Det har visat sig att ca 6 månader är den tid som krävs för att förändra en vana, så att den går att vidmakthålla. Slutförande innebär att det inte finns någon risk att återfalla vad som är sker (Prochaska, 1995).

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011

De hälsovanor som nämns i de nationella riktlinjerna är rökning, riskbruk av alkohol, motionsvanor och ohälsosamma matvanor. För patienter med högt blodtryck är ohälsosamma levnadsvanor förknippade med särskild risk vilket gör att det är extra viktigt att dessa patienter får hjälp till förändring av levnadsvanor. De flesta insatserna enligt riktlinjerna består av samtal eller rådgivning och åtgärderna är indelade i tre nivåer: ”enkla råd”, ”rådgivande samtal” och ”kvalificerat rådgivande samtal”. Enkla råd består av kort information, vanligtvis mindre än 5 minuter. Rådgivande samtal, som är en dialog med individuell inriktning, kan innehålla motiverande inslag och bör vara ca 15-30 minuter. Kvalificerat rådgivande samtal är ofta längre än ett rådgivande samtal. Det är en dialog med individuell inriktning som kan innehålla motiverande inslag. I de nationella riktlinjerna skrivs att personalen ska ha utbildning i den använda metoden (Socialstyrelsen, 2011). Att visa respekt för patienten och att vara vänlig och förstående är viktigt i ett motiverande samtal. Yrkeserfarenhet och träning i metoden gör att metoden kan användas effektivare (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011).

Etiska principer vid livsstilsförändringar

Autonomiprincipen, icke-skada principen, göra-gott principen och rättvisepincipen bör beaktas vid livsstilsförändringar. Individens rätt att bestämma hur han/hon ska leva sitt liv. Att informeras om sina levnadsvanor kan göra att patienten lever mer hälsosamt vilket kan öka autonomin. Icke-skada principen betyder att det finns en skyldighet från personalens sida att inte skada patienten. Ingen nedsättning av funktionen får åstadkommas enligt denna princip. Att inte respektera patientens integritet eller att göra så att individen mår sämre innebär ett brott mot icke-skada principen. En förändring i en levnadsvana som gör att patienten känner till exempel oro eller obehag går emot denna princip. Men om de förändrade levnadsvanorna gör att patienten får mer fördelar än nackdelar är detta inte oetiskt. Vid samtal om levnadsvanor kan patienten anse att integriteten kränks. Göra gott principen innebär flera skyldigheter bland annat att förhindra och minska skada och att uppmuntra det positiva. Detta innebär att försök till förbättring av levnadsvanor kan anses vara helt i linje med denna

princip eftersom det på sikt ofta leder till att individen får bättre hälsa. Rättvis principen innebär att alla människor ska behandlas rättvist. Den som har störst behov av till exempel stöd och åtgärder när det gäller förändringar av levnadsvanor bör prioriteras (Svederberg, Svensson & Kindeberg, 2001).

Aktuellt forskningsläge

En finsk studie med 220 deltagare undersökte sjuksköterskors och läkares syn på sin roll när det gällde att samtala med patienter angående livsstilsförändringar. Båda yrkesgrupperna ansåg att det ingick i yrkesrollen att informera, motivera och stödja patienter för att kunna hjälpa dem till en hälsosammare livsstil. De upplevde att patienternas ovilja att ändra sina vanor var ett stort hinder, däremot var inte patienternas kunskapsbrist ett hinder för livsstilsförändring. Drygt hälften av personalen ansåg att de hade tillräckliga kunskaper för att ge livsstilsråd. 75 % av de 59 deltagande läkarna och 50 % av de 161 deltagande sjuksköterskorna angav ett pressat tidsschema som orsak till att de inte hade tid att sätta sig in i patientens livssituation (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007).

Utbildning i hälsosamma levnadsvanor ger en positiv effekt på blodtrycket (Hacihanoglu & Gözûm, 2011). I en svensk studie som riktade sig till samtliga 6734 besökare på en vårdcentral visade det sig att endast 18 % fick livsstilsråd av personalen. De patientgrupper som fick råd i störst utsträckning var de som var män, de som hade bokad tid för besöket samt de som hade en låg grad av självupplevd hälsa. Studien visade även att råd om fysisk aktivitet var fyra gånger vanligare än råd om alkoholvanor samt att de besökare som fått livsstilsråd var mer nöjda med sitt besök på vårdcentralen än de som inte fått några råd (Johansson, Bendtsen, & Åkerlind, 2005). Två attitydundersökningar genomförda i Sverige visade att det fanns ett stort intresse hos människor att öka sin fysiska aktivitet. Patienterna ansåg att vården borde föreslå förändrade levnadsvanor framför mediciner och majoriteten av de tillfrågade ville ha råd om levnadsvanor där fokus på patientens situation fanns (FHI, 2012a).

I en europeisk studie med 7947 deltagare från 22 länder fick alla patienter som besökte sin husläkare svara på en enkät där attityden till att få livsstilsråd från husläkaren undersöktes. Det visade sig att bland de patienter som rökte, rörde sig mindre än 30 minuter per dag eller hade ohälsosamma kostvanor ville mellan 46,3 % och 51,1 % ha livsstilsråd rörande de ohälsosamma levnadsvanorna. De patienter, 1357 stycken, som definierades som

högriskpatienter när det gällde alkohol, drack fem drinkar per dag eller mer. Bland dem var viljan att få livsstilsråd angående alkohol 21,1 %. Bland de patienter som var högriskpatienter för alkohol angav 42 % att läkaren tog upp alkoholvanor till diskussion. Av dessa fick 63 % råd angående rökning (Brotons m.fl., 2012). En australiensisk studie visade däremot att läkare dubbelt så ofta gav råd angående rökning och alkohol än råd om kost- och motionsvanor. Orsaker till att inte ge livsstilsråd alls var bland annat tidspress, kunskapsbrist, organisationsproblem samt okunskap om vart läkaren skulle remittera patienten (Fanaian, Wan, Vagholkar, Schutze & Harris, 2010). När norska allmänläkare tillfrågades hur de tog upp frågor om alkohol med patienter som inte själva initierat frågan visade det sig att de flesta läkarna tog upp frågan med sina patienter. De kunde dock känna rädsla att förlora kontakten med vissa patienter som överkonsumerade alkohol. Många läkare upplevde att alkoholkonsumtionen sjönk hos patienter om frågan diskuterades (Lid & Malterud, 2012). En rädsla för att ta upp känsliga frågor kan göra att läkare undviker att ta upp detta till samtal (Schultz, Delva & Kerr, 2012).

Leijon och medarbetare (2011) undersökte vilka patienter som följde råd om fysisk aktivitet bland de som fått fysisk aktivitet på recept (FAR) utskrivet av sin läkare i primärvården. Patienterna bedömdes ha nytta av fysisk aktivitet och hade antingen en stillasittande livsstil, högt blodtryck, diabetes, var överviktiga, deprimerade eller hade muskuloskeletal besvär. Studien visade att de yngsta deltagarna (ålder 18-29 år) hade minst sannolikhet att följa ordinationen. De personer som hade mest stillasittande livsstil innan de fick FAR utskrivet och de som fick FAR utskrivet för träning på gym och liknande, hade även de en sämre följsamhet till ordinationen. Män var omotiverade och kvinnor angav smärta eller sjukdom som orsak till att de ej kunde öka sin fysiska aktivitet. Patienter med diabetes och högt blodtryck ökade sin aktivitetsnivå i större grad än andra grupper. Hypertonipatienter angav tidsbrist som orsak till att de inte tränade enligt ordinationen (Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin & Nielsen, 2011). Distriktsläkaren bör ge livsstilsråd som är anpassade till patientens livssituation. En god relation mellan patient och doktor gör att patienterna känner mer motivation att göra livsstilsförändringar (Walseth, Abildsnes, & Schei, 2011).

Ersättningssystem

I Stockholm läns landsting ersätts ett läkarbesök i primärvården med 495 kr/läkarbesök, och ett sjuksköterskebesök med 207 kr/ sjuksköterskebesök. En extra ersättning med 100 kr utfaller om en distriktsjuksköterska utför ett "Motiverande samtal" eller annan evidensbaserad

metod om livsstilsförändring. En begränsning finns för att få den extra ersättningen. Den utbetalas för högst 10 % av det sammanlagda antalet distriktsjuksköterskebesök.

En särskild ersättning ges till de husläkarmottagningar som uppfyllt de kriterier som ställs för hälsofrämjande åtgärder enligt kapitel 6 i Uppföljningsplanen för husläkarmottagningar. Det är läkare som ska ta upp kostvanor, motionsvanor tobaksvanor och/eller alkoholvanor med patienten för att ersättningen ska utfalla (SLL, 2011).

Problemformulering

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) bör hälso- och sjukvårdspersonal ställa frågor om patienternas levnadsvanor. Inom ramen för sitt arbete träffar distriktsköterskan patienter med högt blodtryck vid bland annat blodtryckskontroller och kan då få ett naturligt tillfälle att ställa dessa frågor. Det är oklart hur detta sker idag och hur patienter upplever att personalen samtalar kring levnadsvanor i primärvården.

Syfte

Att undersöka hur patienter med högt blodtryck upplever samtal med personal i primärvården, och om och hur de samtalar kring levnadsvanor.

Design

Studien har en deskriptiv explorativ design. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med semi-strukturerade frågor.

Urval

Intervjupersonerna var personer som diagnosticerats med högt blodtryck och som medicinerats för detta. Övriga inklusionskriterier var ålder mellan 18-70 år och att behärska det svenska språket. Sammanlagt tio personer ingick i studien, fyra kvinnor och sex män, ålder mellan 31 och 69 år. De hade varit medicinerade för sitt höga blodtryck mellan en månad och tolv år. Tre av deltagarna hade diabetes typ 2.

Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data till denna studie.

I den bifogade intervjuguiden redovisas de öppna frågor och de eventuella följdfrågor som ställdes, om svaren inte berörde de teman som studien vill ha svar på (se bilaga 1). Frågorna var utarbetade av författaren efter genomläsning av litteratur. Frågorna handlade om hur patienterna upplever samtal i primärvården med fokus på levnadsvanor och på vilket sätt levnadsvanorna diskuteras, om de diskuteras. Författaren ville även undersöka vilken metod personalen har använt för sitt eventuella samtal om levnadsvanor det vill säga vilken nivå på samtalen/råden som personalen använde enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Vidare frågades om vad intervjupersonerna tyckte om samtalen enligt ett etiskt perspektiv. En fråga handlade om information; vad intervjupersonen fått för information om samband mellan högt blodtryck och levnadsvanor. Författaren ville undersöka om intervjupersonen har ändrat någon levnadsvana, och vad som ändrats, hur uppföljning skedde och hur intervjupersonen skulle vilja att ett samtal kring levnadsvanor diskuteras på vårdcentralen. Den semistrukturerade frågeguiden säkerställde att forskaren i intervjuerna berörde de ämnen som hon ville ha belysta (Polit & Beck 2008).

Procedur och tillvägagångssätt

Personerna rekryterades genom att patienter som besökte distriktsköterskan för blodtryckskontroll på två olika vårdcentraler inom Stockholms läns landsting mellan den 8/8 2012 och den 19/8 2012 tillfrågades om de ville delta i studien. Deltagarna i studien fick ett brev när de besökte vårdcentralen där de informerades om studiens syfte och upplägg. De som valde att delta, deltog i studien av fri vilja och informerades om att de när som helst kan/kunde avbryta sitt deltagande utan att ange något speciellt skäl. Distriktsjuksköterskan fick namn och telefonnummer till de patienter som ville delta i studien och vidarebefordrade endast dessa uppgifter till författaren. Personerna kontaktades per telefon inom en vecka. Se bilaga 2. En kvinna hade meddelat distriktsköterskan att hon ville delta i studien, men när det skulle bestämmas tid för möte avböjde hon medverkan. En person som kontaktades för tidsbokning föll inte in i kriterierna för att få delta, hon var 76 år. De personer som samtyckte till att delta i studien intervjuades på tid och plats som passade dem. Det innebar att fem personer intervjuades i ett lånat rum på en vårdcentral och att fem personer intervjuades i sitt hem. Intervjuerna ägde rum mellan 22/8-2012 och 3/9-2012. Tidsåtgång för intervjuerna var

mellan 10 och 20 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon, Olympus Digital Voice Recorder VN-6500, och diktafonen och utskriften förvarades inlåsta.

Etiska överväganden

Att delta i en studie där deltagarna delar med sig av sina personliga erfarenheter kan vara känsligt. Samtidigt kan det kännas positivt att få dela med sig av sina erfarenheter.

Att intervjuaren hade betydelse för deltagarna i intervjuerna är ofrånkomligt. Intervjuerna var i så stor utsträckning som möjligt utförda så att ledande frågor undveks för att inte påverka deltagarnas svar (Kvale & Brinkmann, 2010). Tillstånd inhämtades skriftligt från verksamhetschefen.

Forskningsetiska aspekter

De intervjuade har informerats muntligt och skriftligt om studiens syfte, dess metod och planen för examensarbetet. Information om hur de data som samlats in kommer att användas gavs till de intervjuade. Deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst, utan att informanterna behövde ange något särskilt skäl. Deltagandet var anonymt. Intervjupersonerna garanterades att examinationsarbetet skrivs på ett sätt så att informanternas identitet ej kan avslöjas. All data i form av inspelat material och transkriptioner av intervjuerna förvaras inlåst under studiens genomförande och förstörs när studien godkänts (Codex, 2012).

Bearbetning och analys

De inspelade intervjuerna transkriberades inom en vecka efter intervjun. Det transkriberade materialet jämfördes med ljudupptagningen för att garantera att intervjuerna blivit korrekt återgivna. Transkriptionerna lästes igenom flera gånger. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes. Varje intervju sågs som en analysenhet. Analysenheterna kopierades på olikfärgat papper-en färg per intervju. Ur dessa analysenheter klipptes meningsenheter ut. En meningsenhet är en del av texten som ger den mening, t.ex. ord, meningar eller hela stycken i texten som hör ihop genom sitt innehåll. När analysen ägde rum kondenseras (förkortades) och abstraherades (innehållet lyftes fram till en högre logisk nivå) meningsenheterna. Den kondenserade texten kodades. En kod är ett namn på en meningsenhet, som kort beskriver dess innehåll. Koderna sorterades in under en kategori (Granskär, Höglund & Nielsen, 2008).

Kategorierna och underkategorierna presenteras i resultatdelen som belyses med hjälp av citat för att öka trovärdigheten. Citaten i studien har redigerats när meningsbyggnaden varit felaktig för att öka förståelsen och eventuella svordomar har tagit bort.

Exempel på innehållsanalysen redovisas i tabell 1. Eftersom författaren var delaktig i samspelet under intervjun kan intervjustudien inte bli helt oberoende av författaren.

Författarens förförståelse påverkade hur intervjuerna tolkades (Granskär, Höglund & Nielsen, 2008). I sitt yrke på en ortopedisk vårdavdelning och på vårdcentral har intervjuaren kommit i kontakt med patienter med hypertoni.

Det inspelade materialet oidentifierades och sparades i en elektronisk databas tills studien var klar. Materialet förstörs efter att arbetet har blivit godkänt. Även data transkriptionerna förvarades även de inlåsta under studiens genomförande. Deltagarna är anonyma i studien.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsenheter	Kondenserade Meningsenheter	Kod	Underkategori	Kategori
Jag går ju hit regelbundet varje månad till samma sköterska och kollar mitt blodtryck, och jag tycker det är väldigt viktigt att just få komma till samma..	Jag går regelbundet till samma sköterska, det är viktigt för mig	Samma person varje gång viktigt	Kontinuitet/ Personal	Känsla av trygghet-otrygghet
Jag har försökt ta upp det några gånger, men det är aldrig någon som nappar på det.	Försökt fråga, men ingen svarar	Frågar, får ej svar	Bemötande	
Det, det är lite som att bli åthutad som vuxen liksom att si och så ska du inte göra	Blir åthutad, si och så ska du inte göra.	Blir åthutad av personal	Bemötande	
Först måste jag ju veta vad sambanden är annars går det inte ändra på nåt...	Vill veta samband innan förändring	Vill ha förklaring	Bristande delaktighet	Förståelse av information
De utgår från att jag har en egen maskin hemma. Det är det ingen som pratat om....	Personalen utgår från att jag har en egen blodtrycksapparat hemma, utan att fråga	Ingen frågar om jag har en egen apparat hemma.	Kommunikations problem	
Jag vet ju själv, jag kan ju konstatera att jag är 10 kilo för tung, minst..	Jag vet själv att jag väger för mycket	Jag är för tung	Självsikt	Drivkrafter och hinder till förändring
Ja, då var jag ju tvungen att liksom visa att jag gjort nånting..	Jag kände mig tvingad att visa vad jag gjort	Uppföljning	Coaching	

RESULTAT

Initialt redovisas de kategorier och underkategorier som kom fram under analys av intervjumaterialet i tabell 2. Tre kategorier kunde urskiljas ur intervjumaterialet: Känsla av trygghet-otrygghet, förståelse av information, och drivkrafter och hinder till förändring.

Tabell 2 Kategorier och underkategorier

Känsla av trygghet-otrygghet			
Kontinuitet skapar trygghet		Respektfullt bemötande skapar förtroende	
Förståelse av information			
Bristande delaktighet		Kommunikationsproblem	
Drivkrafter och hinder till förändring			
Självinsikt	Coaching	Motivation	Hinder

Känsla av trygghet-otrygghet

Känslan av trygghet upplevdes vid kontinuitet av personal. Vid ständiga personalförändringar, dåligt bemötande och när en känsla av övergivenhet infann sig upplevdes otrygghet.

Kontinuitet skapar trygghet

För att informanterna skulle känna sig trygga upplevde de att det var viktigt med kontinuitet. När de fick träffa samma personal flera gånger kände de att kontakten blev bättre. Det var lättare att samtala med personalen om de var bekanta. En positiv upplevelse var att få gå regelbundet till samma distriktsköterska för att väga sig och kontrollera blodtryck och blodsocker.

”Jag har fått förmånen, jag tycker det känns jättebra.” (informant 6)

Patienten hade övervägt att byta vårdcentral då hennes läkare hade slutat och hon hade fått en ny läkare. Det var tack vare den kontinuitet som hon fick genom att få gå till distriktsköterskan som gjorde att ett byte inte genomfördes.

Flera personer upplevde att de ofta fick byta läkare. Detta framkallade en känsla av otrygghet. Patienten och läkaren fick ingen möjlighet att lära känna varandra.

”..det verkar som att man får olika läkare varje gång man kommer. Så att jag har ingen fast som jag gick till i början, det tyckte jag i och för sig var bättre, de lärde känna en lite grann, så att man visste.”(informant 3)

När de patienter som gått på regelbundna besök för att följa upp sina levnadsvanor plötsligt upptäckte att läkaren slutat, kunde det göra att de kände sig otrygga och de regelbundna besöken upphörde. Personalen upplevdes som mycket intresserad av samtal om levnadsvanor när det höga blodtrycket var nyupptäckt. Gradvis avtog dock personalens intresse.

*”Nu känns det lite grann som att de bara kollar och sedan är det inget mer.”
(informant 3)*

Respektfullt bemötande skapar förtroende

Personalens bemötande upplevdes som viktigt för att skapa trygghet. Att personalen var intresserad, vänlig och att de var lätta att prata med upplevdes generellt som mycket positivt. Att bli lyssnad på kändes väldigt viktigt. När medicineringen inte fungerade bra, kändes det viktigt att läkaren tog det på allvar och bokade in en tid för diskussion om detta och ett eventuellt medicinbyte.

Det var vanligast att läkaren samtalade med patienter om levnadsvanor. Hur det genomfördes varierade, det kunde vara rådgivning, förslag på förändringar och frågor om motivation.

Även upplevelse av att få frågor från en uppgjord lista fanns:

”Det var mer som att han ticka av liksom, det var inte som ett samtal direkt.”(informant 1)

Att personalen inte hade ett genuint intresse för patientens hälsa upplevdes så här av en patient.

”Du struntar ju egentligen i hur jag mår när jag har gått ifrån dig.”(informant 8)

Olika känslor väcktes beroende på hur bemötandet med personalen upplevdes. En känsla av att bli tillrättavisad eller kommenderad av personalen när levnadsvanor diskuterades beskrevs på detta sätt:

”Det är lite som att bli åthutad som vuxen.. att si och så ska du inte göra.”(informant 8)

Personalens uttryck kunde tolkas som att patienten gjort något fel och detta kunde i sin tur leda till att patienten kände sig stressad. En känsla av att ha gjort något fel upplevdes. Personalens förhållningssätt hade betydelse när det gällde samtal om levnadsvanor. Ett förhållningssätt där läkaren informerade, men ändå hade egna åsikter och diskuterade olika alternativ för att sedan låta patienten ta eget beslut föredrogs av en informant.

”..han lade fram liksom, liksom tyckte och resonerade. Han ville få mig att göra val och.. bli aktiv själv och han sa det rakt ut att det är ditt liv..men det är du som väljer.” (informant 1)

Denna läkare arbetade inte på en vårdcentral, men patienten önskade att läkare i primärvården tog upp levnadsvanor på ett likande sätt. Informanterna kände inte alltid att de blev tillfrågade om sin motivation före samtalet om levnadsvanor.

Flera av de intervjuade hade upplevt övergivenhet i olika sammanhang. När patienter till exempel hänvisades till andra vårdgivare när de sökte vård för något som de upplevde som akut, kände de sig avfärdade. Detta skapade otrygghet. När informanterna kände att personalen inte lyssnade på något som de ville ta upp till diskussion kunde de uppleva uppgivenhet.

”Jag har försökt ta upp det flera gånger, men det är aldrig någon som nappar på det.”(informant 1)

Förståelse av information

Informanterna hade förstått informationen på olika sätt. Både vad som upplevdes som bra men också vad som upplevdes som bristfällig information.

De patienter som hade diabetes hade av naturliga skäl fått mer information om kostens betydelse eftersom det är så avgörande för blodsockernivåerna. Broschyrer om förändringar av levnadsvanor och kost hade delats ut till några av deltagarna i studien. Flera hade fått remiss till dietist för gruppundervisning. Dessa upplevde att de fått viktig information om kost.

Bristande delaktighet

En majoritet av deltagarna upplevde att de inte hade fått någon information om orsaken till sitt höga blodtryck. Detta resulterade i att informanterna inte kände sig delaktiga i samtalen om levnadsvanor. Särskilt en person upplevde detta som mycket negativt.

”Det måste ju finnas hur mycket kunskap som helst...vad det är ..., vad kan det vara för orsaker?..”(Informant 1)

De flesta informanterna ville veta orsaken till sitt höga blodtryck. De som fått information om orsak till det höga blodtrycket fick veta att det berodde på ärftliga faktorer.

”Hur jag ska ändra mig är det ingen som sagt utan mera att jag ska försöka göra det.” (informant 8)

*”Men först måste man ju veta vad man ska ändra eller först måste du veta vad sambanden **är** annars går det ju inte ändra på någonting...”(informant 1)*

Några deltagare hade fått information om samband mellan högt blodtryck och levnadsvanor, andra inte. Patienter uttryckte en vilja att få veta hur blodtrycket påverkas av förändrade levnadsvanor, och utifrån detta, ha ett grundläggande samtal.

”Inte dricker du för mycket, röker du för mycket lär du dig aldrig, nähä. Utan mer det här, vi kom fram till att det ser ut så här.....sen, jaha, okej, sen kan man diskutera utifrån det då.” (informant 1)

En önskan om information i form av en dialog uttrycktes, och att få veta vilken förändring som krävdes för att slippa medicinering.

”Jag vet ju liksom inte riktigt vad det ska ligga på eller vad som är okay.”(informant 2)

Att inte känna sig informerad om var gränserna för högt blodtryck ligger, skapade osäkerhet.

”...vad hade du för blodtryck senast, och du vet, det håller ju inte jag reda på, så, det är ju så tekniska frågor.” (informant 1)

Bristen på delaktighet i samtalen upplevdes som negativt och det fanns önskemål om grundlig information från sjukvårdspersonal istället för att behöva söka information på internet.

En av de intervjuade var normalviktig och tränade mycket när hans hypertoni uppdagades och på grund av detta trodde han inte att kost- eller motionsvanorna var orsaken till det höga

blodtrycket. Efter något år var han överviktig och hade fått rådet att försöka gå ner i vikt. Patienten förstod inte orsaken till detta.

"...de verkar ju inte hundra på att det är det, men jag vet inte, men jag vet faktiskt inte." (informant 3)

Kommunikationsproblem

Det kunde vara underförstådda budskap och sådant som personalen tog för givet som kändes problematiska för patienterna. En man förstod inte varför personalen förutsatte att han hade en blodtrycksmätare hemma. De hade aldrig frågat honom om detta. Vissa informanter upplevde problem i kommunikationen med personal. Språkproblem kunde vara ett hinder vid samtal i primärvården.

"Jag hade en lång "stör" här förut, jag kommer inte ihåg vad han heter, och han kunde ju inte svenska. Han var säkert jätteduktig läkare, men när man inte kan prata..." (informant 8)

Denna patient bytte senare till en annan läkare.

Drivkrafter och hinder till förändring

Ett mönster som kunde ses var att de intervjuade ofta var medvetna om sina egna brister när det gällde levnadsvanor. De insåg även ibland vad som skulle behövas för att få en förändring till stånd. Men de hade behov av någon sorts uppföljning för att de skulle kunna lyckas med sina livsstilsförändringar. Det fanns många som kände att de var motiverade och att de hade lyckats med förändring av olika levnadsvanor. Flera informanter beskriver även hinder till förändring.

Självinsikt

Majoriteten av de intervjuade uppgav att de visste vad som behövdes för att kunna ändra sina levnadsvanor. Det är individen själv som måste inse att en förändring behövs och genomföra den.

".. dom kan påtala vad som kan hända och inte hända och uppmana en, men det är ju mitt beslut i det sista, det sista liksom.." (Informant 8)

Det finns även en uppgivenhet när det gäller den egna förmågan till livsstilsförändringar och att vidmakthålla dessa.

"Fast jag har varit lite slapp med motionen, där har det också blivit sämre, den har ju också runnit ut i sanden" (informant 5)

När försök till förändringar i levnadsvanor gjordes, upplevdes ibland misslyckande med den egna förmågan. Intentionerna att börja med en ny vana blev endast en tanke. Samtal om levnadsvanor upplevdes som jobbiga. När personal tog upp levnadsvanor till samtal var en strategi att bara hålla med, så att de trodde att informanten var införstådd i vad som behövde förändras. Att känna rädsla för att bli sämre i sin diabetessjukdom framkallade en självinsikt där informanten upplevde att det var viktigt med en livsstilsförändring.

”... och jaa, man vart ju rädd alltså. Så att man insåg ju att här måste någonting hända och jag mådde dåligt.”(informant 7)

För ett fåtal personer upplevdes samtal om levnadsvanor ansträngande. De kände sig tvingade att själva ta ansvaret för livsstils förändringar.

”Det kan väl vara både och, det är väl positivt att någon engagerar sig men sen kan det vara lite jobbigt också..”(informant 5)

Vilken levnadsvana som diskuterades hade betydelse. De som brukade snus eller rökte kände mer obehag över frågor om sina levnadsvanor än de som hade osunda matvanor eller motionerade otillräckligt. Kunskapen om att rökning är en stor hälsorisk resulterade i att informanter skämdes över denna levnadsvana.

”... man vet ju att man är dum, liksom...det är ju värre..., det är ju en annan dödlighet.” (informant 5)

Coaching

Flera av de intervjuade upplevde att de behövde uppföljning med en viss kontinuitet, och att någon intresserade sig för hur det gick med de levnadsvanor som han/ hon försökte förändra. De upplevde ett behov av uppföljning för att kunna göra en förändring eller hålla fast vid den.

”Ja, då var jag ju tvungen att liksom visa att jag gjort någonting,..ja, det var någon som jagade mig lite.” (informant 5)

Andra tyckte att det var för lite uppföljning från personalens sida, att det inte togs på allvar, när önskan om fortsatt uppföljning fanns.

”Dom ställer väl frågor hur det gått och hur man känner sig och så där, det är lite lätt så att säga, det är ingen större, så att säga, samtalsämne. Det är det inte.”(informant 9)

För patienterna kändes det viktigt att personalen följde upp de levnadsvanor man pratat om vid läkarbesöken.

Motivation

Det fanns olika orsaker till att deltagarna i studien verkligen hade genomfört levnadsförändringar, det vill säga hur hade fått motivation till förändring. Att få draghjälp att förändra sina levnadsvanor hjälpte flera informanter att komma igång. Det kunde till exempel vara en närstående som följde med till gymmet vid första träningstillfället. Genom att ha en hund som behövde rastas, fanns ett behov och en vilja av att gå ut motionera hos en informant. En önskan om att få se barnbarnen växa upp gjorde att en av de intervjuade fick en drivkraft att förändra sina levnadsvanor.

Hinder

På grund av flera orsaker var det svårt att vidmakthålla sina förändrade levnadsvanor. Fysiska orsaker kunde få informanterna att möta svårigheter vid förändringsförsök. Till exempel har spinalstenos, artros i knäna och höftledsfraktur varit orsaker bakom avbrott eller minskning av framförallt motionsvanor. Även orsaker som flytt till annan ort eller att det under sommarmånaderna blev svårare att vidmakthålla de förändrade motions- och kostvanorna föranledde avbrott eller en återgång till inaktivitet.

”...men långa perioder kan man vara strikt och stenhård och följa allting till punkt och pricka och dessemellan, det är sommar, det är semester och då spåra man ur lite grann...” (Informant 6)

Förlust av hunden, som varit ett motionssällskap, resulterade i att en informant slutade motionera. Förkylning angavs som ett skäl till att den fysiska aktiviteten avtog. Det framkom en känsla av att ingen förändring var nödvändig tack vare att medicineringen fungerade tillfredställande.

Några sjukdomar kunde däremot få människor att förändra sina levnadsvanor abrupt. De som fått diabetes typ 2 ändrade kostvanorna radikalt. En hjärtinfarktspatient slutade röka direkt när hon fått diagnosen. Infarkten blev starten på en livsstilsförändring.

”Efter jag hade fått den där hjärtinfarkten, det var inte aktuellt, jag bara sluta, jag var inte sugen...” (Informant 7)

DISKUSSION

Studien resulterade i tre kategorier: ”Känsla av trygghet- otrygghet”, ”Förståelse av information” och ”Drivkrafter och hinder till förändring”. Samtal med personal i primärvården upplevdes positivt av informanterna, 10 personer. Upplevelsen av samtal angående levnadsvanor var inte lika positiva främst för att informanterna kände att de var

tvungna att engagera sig. De flesta intervjuade upplevde att de fått frågor om levnadsvanor i början, när hypertoni konstaterades, men sedan togs det upp mer sällan. Det var läkaren som samtalande med patienten om levnadsvanor. Samtliga hade fått frågor om kostvanor, motionsvanor och tobaksvanor men frågor om alkoholvanor ställdes inte i samma omfattning. Några personer var osäkra på, om de hade fått frågor om alkoholvanor. Alla informanter hade förändrat sina motionsvanor och majoriteten hade även gjort förändringar i kostvanor. På vilket sätt samtalen skedde varierade, några patienter kände att de fick någon sorts motiverande samtal, andra fick råd, och en informant upplevde att han blev kommenderad. Studien fick inget svar på vilken metod, enligt de nationella riktlinjerna som använts vid samtalen. Flera informanter ansåg att de visste för lite om sambandet mellan levnadsvanor och högt blodtryck. Uppföljning skedde regelbundet i något fall men flera informanter angav att detta avtog med tiden. De framkom önskemål om samtal där orsaken till hypertoni, sambandet mellan levnadsvanor och hypertoni och vad den enskilda individen kan göra för att förbättra sitt blodtryck.

Resultatdiskussion

Endast ett fåtal av de intervjuade går regelbundet till distriktsköterska för att kontrollera sitt blodtryck. De flesta går en gång per år för blodtryckskontroll hos sin läkare. Eventuell blodtryckskontroll mellan läkarbesöken utförs av distriktsköterska/ sjuksköterska.

Känsla av trygghet-otrygghet

Informanterna upplevde att det var viktigt att de fick kontinuitet i kontakten med personal på vårdcentralen. Att få träffa samma person vid besöken på vårdcentralen skapade trygghet för patienten. Det innebar även att patienten fick förtroende för personalen, som i sin tur lärde känna patienten bättre.

Distriktsläkaren bör ge livsstilsråd som är anpassade till patientens livssituation. En god relation mellan patient och läkare gör att patienterna känner sig mer motiverade att göra livsstilsförändringar (Walseth, Abildsnes, & Schei, 2011). I ersättningssystemet för Stockholms läns landsting ges en viss del av ersättningen till vårdcentralerna om de uppfyller vissa krav på läkarkontinuitet. Detta för att det anses vara en faktor som minskar patientens behov av att söka en högre vårdnivå (SLL, 2011). Vårdcentralerna är förmodligen måna om att ha så hög läkarkontinuitet som möjligt, men det är inte alltid lätt att förhindra att läkare

byter arbetsplats. Bemötande var mycket viktigt för patienternas känsla av trygghet. I det fall där patienten kände att personalen kommenderade honom till en förändrad levnadsvana respekterades inte patientens autonomi. Informerat samtycke har inhämtats från de patienter som tillfrågats om de ville ha kostråd innan dietisten konsulterades. I dessa fall har autonomi respekterats (Svederberg, Svensson & Kindeberg, 2001).

Förståelse av information

Ofta finns ingen enstaka orsak till hypertoni (Vårdguiden, 2012; Nyström & Engfeldt, 2011). Det skulle eventuellt kunnat hjälpa patienterna om de fått detta förklarat för sig när de fick diagnosen hypertoni. För flera patienter i denna studie var det något som de funderat på år ut och år in. Det är svårt att veta om de intervjuade fått någon information, eller om de inte förstått den information som de fått. De kan även vara så att andra faktorer som till exempel skiftjobb, stress eller andra faktorer är orsaken till det höga blodtrycket. Den informant som inte hade kontroll på vilken nivå hans blodtrycksvärde brukade ligga på, kanske inte hade förstått hur viktigt det var med blodtrycksvärdet. Det kan ha varit en informationsbrist. Även om personalen lär patienten något är det inte säkert att patienten kan detta sedan. Persson & Friberg (2009) fann att patienter hade svårt att förstå det numeriska värdet av till exempel sitt blodtryck. De ansåg att patienten var tvungen att tyda värdet beroende på sin egen personliga erfarenhet och ofta hade de ingen kunskap om vilket värde som var normal eller för högt.

Detta kan vara en förklaring till att så många av deltagarna inte upplevde att de fått information om orsaken till sitt höga blodtryck och till att de saknade information om samband mellan högt blodtryck och levnadsvanor. Om patienterna inte förstår sambandet mellan levnadsvanor och högt blodtryck torde det vara svårare att motivera dem göra något åt sina levnadsvanor.

Drivkraft och hinder till förändring

De flesta patienterna i studien hade självinsikt när det gällde vilka levnadsvanor de skulle behöva förändra. När patienten är medveten om till exempel en ohälsosam vana funderar han/hon på att göra en förändring. Detta visar sig i flera studier (Persson & Friberg, 2009; Rask, Olsson & Lindahl, 2012). Det händer att stagnation sker i denna fas, och ingen förändring sker. Nackdelarna och fördelarna med vanan är lika stora, patienten känner ambivalens (Prochaska, 1995). Informanterna befinner sig på olika nivåer i Prochaskas förändringsprocess. En person beskrev hur det var när personal tog upp frågan om hans snusande. Denne man uppgav att han åt och drack gott, snusade och motionerade dagligen.

Läkarna frågade honom om han var motiverad att sluta snusa, men han nekade. Även dietistkonsultation erbjöds, men även i denna fråga avböjde mannen. Detta var en omotiverad, ointresserad individ som inte var mottaglig för information angående tobaksavvänjning i detta skede och förmodligen befann sig i "ej beredd fasen". En av informanterna i studien beskrev att han ändrade sig endast om han var motiverad och ville förändra sig. Lite senare angav han att han skulle vilja att läkaren sa till honom att han **ska** förändra sig. Detta är sannolikt en person som är "ambivalent" till förändring, och inte riktigt har självinsikt om att det är han själv som måste ta ett beslut och göra arbetet med förändringen. Förmodligen har han inte utforskat fördelar och nackdelar med sitt beteende, och vad han skulle vinna på en förändring. En informant funderade lång tid innan han till slut gick till gymmet och tränade. Detta kan ses som ett exempel på att individen gick från "beredd fasen" till "handlingsfasen" (Prochaska, 1995). På gymmet upplevde han att det var roligt att träna, och detta främjar naturligtvis lusten att träna igen, detta gör att vidmakthållandet har större chans att lyckas. Leijons och medarbetares (2011) studie visar att blodtryckspatienter hade större följsamhet till FAR än andra grupper. Detta kan vara en av förklaringarna till att alla informanterna i studien uppgav att de hade förändrat sina motionsvanor.

En kvalitativ studie utförd i Stockholm och Jämtland från 2002 visade att 80-90 % av patienterna var positiva till att få frågor om levnadsvanor (Andréasson & Graffman, 2002). Det är viktigt för personalen att utröna var patienten befinner sig innan förslag eller diskussioner om förändrade levnadsvanor påbörjas. Informant 4, som var medveten om att han var överviktig, och var rökare uppgav att han blivit tillfrågad av personalen om han var motiverad att dra ner på rökningen, men det ville han inte. Denne man var ej redo för någon förändring och detta respekterades av personalen.

Uttrycket self-efficacy, som på svenska kan översättas till självkompetens, handlar om individens övertygelse att kunna genomföra en handling trots att det finns hinder på vägen. Ju mer självkompetens en patient har desto större är chansen att en förändring sker. Personalen har därför mycket att vinna på att förstärka patientens självkompetens (FHI, 2012b). Det finns flera sätt att påverka detta. Några exempel är att göra upp delmål för patienten eller att uppmuntra patienten att prova en aktivitet under en viss period, för att en känsla av att det är genomförbart. Uppmuntra patienten att hitta goda exempel i sin omgivning som motionerar, äter bra eller sluta lyckats sluta röka. Att berömma alla framsteg och försök är viktigt (Klang

Söderkvist, 2008). En informant i studien berättade att han fått beröm av en sjuksköterska när han låg på sjukhus för att han tagit trapporna istället för hissen. I detta fall berodde dock trappgången på att patienten var rädd för att åka hiss.

Även socialt stöd är viktigt vid beteendeförändringar. Det kan till exempel vara stöd från kolleger, närstående, vänner, eller hjälplinjer via internet (Faskunger, 2008). En av deltagarna i studien hade sällskap av en anhörig när han skulle gå till sin träning på gymmet första gången. Det sociala stödet är viktigast vid handlingsfasen och för vidmakthållandet av den nya vanan (Craig, 2000). Emotionellt stöd kan vara beröm och uppmuntran och instrumentellt stöd kan vara broschyrer, fakta och råd (Klang Söderkvist, 2008). Informanterna i denna studie tycks ha fått instrumentellt stöd, men det tycks inte alltid ha förstått den information de fått. Det emotionella stödet tycks ha varit gott på det viset att personalen har varit uppmuntrande, men det verkar som uppföljningen varit gles, och att flera patienter hade behövt tätare uppföljning efter råd om livsstilsförändringar för att framförallt få mer emotionellt stöd. En studie från Holland som jämfört mer intensiv uppföljning av en sjuksköterska jämfört med traditionell vård av läkare vid förändring av kost och motionsvanor såg dock ingen skillnad mellan grupperna efter tre år. Både grupperna hade ökat den fysiska aktiviteten och börjat äta hälsosammare (Driehuis et. al, 2012). En intervjustudie visade att patienter upplevde att det tog lång tid att förstå vilka livsstilsförändringar som var nödvändiga och hur de skulle göra förändringarna (Ljung, Olsson, Rask & Lindahl, 2012).

De deltagarna som hade diabetes hade dessutom drabbats av andra komplikationer. En av de intervjuade råkat ut för en stroke, en annan informant hade haft en hjärtinfarkt, en tredje hade haft en misstänkt hjärtinfarkt. Dessa patienter har fått livsstilsråd även av andra behandlande läkare. Detta har naturligtvis påverkat studiens resultat. Diabetessjukdomen i sig hade gjort att dessa patienter hade en stor motivation att förändrat sina levnadsvanor.

Föreliggande studie visar att alla patienter samtalat om levnadsvanor. Alla har hypertoni. Att endast 18 % av besökarna i Johansson och medarbetares (2005) studie fick råd om levnadsvanor kan kanske till viss del förklaras av att alla patienter tillfrågades om de fått någon fråga om levnadsvanor. Även de som sökte vård för nageltrång, infektioner etc. ingick i studien. En informant upplevde att han inte fått några frågor om levnadsvanor, men vikten kontrollerades varje gång han besökte sin läkare. Detta kan eventuellt bero på att han inte förstod att vikten var kopplad till kost- och motionsvanor. Alla informanter uppgav att de

ändrat sina motionsvanor. Denna studie undersöker inte hur mycket de har ändrat dem. Det kan vara så att de flesta hade perfekta levnadsvanor när de fick sitt höga blodtryck, och detta gjorde att det inte behövdes så stora förändringar. I en svensk studie där patienter med en nyupptäckt riskfaktor för hjärtkärlsjukdom intervjuats framkom att patienter som såg sig själva som friska och som uppfattade att de levde ett hälsosamt blev chockade över beskedet att något var fel i kroppen. De hade svårare att ta till sig sjuksköterskans råd, och kände förolämpade när livsstilsförändringar togs upp (Persson & Friberg, 2009).

Vidare visar föreliggande studie hur folkhälsoarbetet mot högt blodtryck bedrivs på olika nivåer (FHI, 2010). Exempel på folkhälsoarbete kan ses i denna studie. När patienter får livsstilsråd i primärvården är detta ett folkhälsoarbete på individnivå. Kostinformation gavs på gruppnivå. Ersättningssystemet i primärvården är exempel på hur beslut på samhällsnivå påverkar personalens arbetssätt och får konsekvenser för individen.

Metod diskussion

Det kan vara svårt att svara på något som hänt i det förflutna. Det är inte säkert att intervjupersonerna mindes vad som exakt hände. Författarens intryck är dock att informanterna svarade så sanningsenligt de kunde. Vid intervjuerna eftersträvades ett avslappnat klimat för att informanterna skulle känna bekväma med att berätta om sina personliga upplevelser. Ett neutralt förhållningssätt har använts i så stor utsträckning som möjligt för att inte påverka informanternas svar. Trots detta kan författarens förförståelse påverka studiens giltighet. Den oerfarna intervjuaren kan ha påverkat tillförlitligheten av resultaten. De öppna frågor som ställts till informanterna resulterade ofta i kortfattade svar. Fast ledande frågor försökt undvikas, var det ibland ofrånkomligt för att försöka få svar på de frågor som studien ville besvara. Detta är enligt Kvale och Brinkmann (2010) inte alltid en nackdel, eftersom en ledande fråga kan ge svar på om intervjuarens tolkning är korrekt, eller reda ut motsägelsefulla uttalanden från den intervjuade. Därmed kan de ledande frågorna även ha bidragit till att öka tillförlitlighet.

Tillförlitligheten kan även ha påverkats av vilka meningsheter som valdes ut från analysenheterna. Även det faktum att det endast var en person som gjorde analysen av intervjuerna påverkar tillförlitligheten. Under arbetet med kategorier och subkategorier har författaren fått viss hjälp av handledaren och detta ökar tillförlitligheten.

Giltigheten kan ha påverkats av urvalet av deltagare, till exempel valdes en övre åldersgräns på 70 år och inga icke-svensktalande personer deltog. De som väljer att delta i en studie av detta slag har sannolikt inte stora problem med samtal som berör livsstilsfrågor.

Studiens överförbarhet är svår att bedöma. Det faktum att alla informanter rekryterades från vårdcentraler i Stockholms läns landsting innebär att överförbarheten sannolikt inte är så stor. Det är inte säkert att de frågor som informanterna fått skulle besvarats på samma sätt om andra personer deltagit i studien, eller om personerna kom från ett annat landsting. En annan intervjuare hade sannolikt inte fått exakt samma svar på frågorna och hade kanske inte tolkat intervjuerna på samma sätt eftersom olika individer har skiftande förkunskaper och åsikter.

Val av kvalitativ metod var lämplig för att få svar på frågor om patienternas upplevelser. För att få svar på hur många som fått livsstilsråd hade kvantitativ metod varit lämpligare.

Förslag på vidare undersökningar

Det vore spännande att utforska hur mycket ersättningsystemen till primärvården påverkar vilka frågor som ställs, eller vilken sorts samtal som förs när det gäller levnadsvanor. Att jämföra patienters upplevelse av samtal med personal i primärvården, i olika landsting, med skiftande ersättningsystem skulle vara intressant.

Slutsats

De nationella riktlinjerna från 2011 anger att frågor om levnadsvanor ska ställas av personal i vården, och speciellt till vissa grupper, där patienter med högt blodtryck ingår. Resultatet i denna studie visade att detta utfördes, och patienterna upplevde samtalen med personalen som positivt. På vilket sätt personalen frågade om levnadsvanor var svårt att utröna. Vissa patienter angav att de fick frågor om de var motiverade, andra att de fått råd att sluta, men inte riktigt hur. Flera var kritiska till personalomsättningen som gjorde att kontakten med personalen blev sämre. Att införa hälsocentraler där distriktsköterskan har motiverande samtal som hjälp till de patienter som har svårt att hitta motivation till livsstilsförändringar kunde eventuellt hjälpa patienter som har svårt att komma igång med livsstilsförändringar. De patienter som har lätt att komma igång, men svårare att hålla fast vid sin nya livsstil kunde eventuellt även de bli hjälpta. Ett hinder för en mera utvidgad verksamhet där distriktsköterskor gör mer av arbetet med förändringar av levnadsvanor i Stockholm läns landsting är att dessa samtal endast får utgöra 10 % av distriktsjuksköterskans totala besök.

REFERENSER

Andersson, A. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Andréasson, S. & Graffman, K. (2002). Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 99, 4252-5.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322–3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

Brotans, C., Bulc, M., Sammut, M. R., Sheehan, M., Manuel da Silva Martins, C., Bjorkelund, C., Drenthen, A. J. M., m.fl. (2012). Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Family Practice*, 29(1), i168–i176. doi:10.1093/fampra/cm102

CODEX. (2012). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad den 20 okt 2012 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>.

Craigh, S.R. (2000). Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593–604.

Driehuis, F., Barte, J.C.M, ter Bogt, N.C.W., Beltman, F.W., Smit, A.J., van der Meer, K. & Bemelmans, W. J.E. (2012). Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 249-255. doi.org.ezproxy.its.uu.se/10.1016/j.pec.2012.03.017

Fanaian, M., Wan, Q., Vagholkar, S., Schutze, H. & Harris, M. (2010). Lifestyle risk factors in general practice. *Australian Family Physician*, 39 (12) 3.

Faskunger, J. (2008). *Motivation för motion hälsovägledning steg för steg*. Stockholm: Sisu Idrottsböcker.

Folhälsoinstitutet. (2010). Övergripande mål för folkhälsa.

Hämtad den 26 oktober från <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/>

Folhälsoinstitutet. (2012a). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Attityder till fysisk aktivitet*. Hämtad den 22 oktober från <http://www.fhi.se/Handbocker/FaR-Individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/Rekommendationer/Attityder-till-fysisk-aktivitet/>

Folhälsoinstitutet. (2012b). *Förändring är en process*.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hacihasanoglu, R. & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medical compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6),692-705. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x

Hardcastle S., Taylor, A., Bailey, M. & Castle, R. (2008). A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling* 70 (1), 31.

Holm Ivarsson, B. (2010) *MI motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso-och sjukvården*. Stockholm: Gothia förlag.

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. doi: 10.1080/02813430701691778

Johansson, I., Bendtsen, P., & Åkerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, 15(6), 615-620.

Klang Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Leijon, M.E., Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K. & Nilsen, P. Who is not adhering to physical activity referrals, and why?
Scandinavian Journal of Primary Health Care. 29(4), 234-40.

Lid, T.G. & Malterud, K. (2012). General practitioners' strategies to identify alcohol problems: A focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 30(2), 64–69. doi: 10.3109/02813432.2012.679229

Ljung, S., Olsson, C., Rask, M. & Lindahl, B. (2012). Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine* DOI: 10.1007/s12529-012-9252-3

Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Giuseppe, G.,... & Zanchetti, A. (2007). ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 25(9), 1751–1762. doi: 10.1097/HJH.0b013e3282f0580f

Nyström, F. & Engfeldt, P. (2011) *Hjärta-Kärl hypertoni*. Hämtad den 26 oktober 2012 från <http://www.lakemedelsboken.se/pdf/Hypertoni.pdf>

Persson, M. & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of clinical nursing*, 18(4):520-8.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing Evidence for Nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Prochaska, JO. (1995). Why do we behave the way we do? *Canadian Journal cardiol.* 11, 20A-25A.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-12.

Schultz, K., Delva, D. & Kerr, J.(2012). Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Canadian Family Physician* 58, 178-8.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 22 oktober 2012 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SLL. (2012). *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård - SLL Uppdragsguiden*. (nd). Hämtad September 24, 2012, från <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Vardvalsomraden/Vardval-Huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Västerås: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Måttligt förhöjt blodtryck, volym 1. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.

Svederberg, E., Svensson L. & Kindeberg, T. (2001). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Vårdguiden, 2012. Hämtad den 17 oktober 2012 från <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Hogt-blodtryck/>

Walseth, L., Abildsnes, E., & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, ss. 99-103.

Whitworth, J. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21 (11), 1983-92.

World Health Organisation. (2011). *World Health Organization*. Hämtad den 9 april 2012 från Global atlas on cardiovascular disease prevention and control:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for Action*. Hämtad den 21 oktober från
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Bilaga 1 Intervjuguide

Den fetmarkerade texten är konkreta frågor. Övrig text/frågor är vad jag önskar få svar på inom ramen för dessa frågor.

Bakgrundsfrågor:

Frågor om intervjupersonens bakgrund: kön, ålder, hur länge har du tagit blodtrycksmedicin?

Huvudfråga: Hur upplever du samtal med personalen på vårdcentralen?

Om och hur diskuterade ni levnadsvanor?

Hur pratar ni om levnadsvanor?

MI/konkreta råd

Enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal?

Vilka levnadsvanor tas upp?

Vad tycker du om samtal som rör dina levnadsvanor?

Etiskt perspektiv.

Hur informeras du om samband mellan blodtrycket och levnadsvanor?

Får patienten någon information om detta, och vilken information?

Kan du berätta om du gjort någon förändring i någon levnadsvana, och i så fall vad?

Hur görs uppföljningen?

Tar de upp levnadsvanor igen?

Hur skulle du vilja att personalen diskuterar kring ditt blodtryck på vårdcentralen?

Bilaga 2 Förfrågan om att delta i studien:

Patienter med högt blodtryck – upplevelse av samtal med personal i primärvården.

Studiens syfte.

Jag studerar på distriktssköterskeprogrammet vid Uppsala universitet. Distriktssköterskor möter många patienter med högt blodtryck, därför vill jag i mitt examensarbete undersöka hur patienter med högt blodtryck upplever samtal med personal i primärvården. Jag vill ta reda på hur du upplevt samtal kring ditt blodtryck när du besökt vårdcentralen för att kontrollera blodtrycket, eller besökt vårdcentralen i annat syfte när det gäller ditt blodtryck.

Vilka kan delta?

Personer som har högt blodtryck, och som medicineras för det. Intervjupersonerna skall vara mellan 18-70 år och behärska det svenska språket. Sammanlagt kommer 10-12 personer att delta i studien.

Vad innebär studien för dig som vill delta?

Att delta i intervjun är helt frivilligt. Intervjuerna påminner om ett vanligt samtal. Det spelas in med hjälp av diktafon, och tar ca 15-25 minuter. Intervjun kommer att äga rum på en tid och plats som passar Dig under våren-hösten 2012. Inget enskilt svar kommer att kunna härledas till någon enskild person, eftersom resultatet redovisas för hela gruppen. Intervjun genomförs av mig. Du kan närsomhelst avbryta att medverka i studien utan att ange särskilt skäl.

Behandling av data

Intervjuerna kommer att skrivas ut ordagrant, analyseras och rapporteras i mitt examensarbete. Ingen person kommer att kunna identifieras, data kommer inte att ses av andra än mig och min handledare.

Jag ringer dig för att fråga om du vill delta inom en vecka.

Det går bra att kontakta mig om du har några frågor.

Med vänlig hälsning

Kristina Saalo Berg telefon: 070 6966990, e-mail; kristinasaaloberg@gmail.com – distriktssköterskestudent, termin 2 vid Uppsala universitet.

Handledare: Clara Aarts, leg. sjuksköterska, Med. dr, Inst. för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet telefon: 018 4716611