

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:59

Distriktssköterskans förebyggande arbete i vården av patienter med hypertoni

Andreas Andersson
Frida Löf



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Titel: Distriktssköterskans förebyggande arbete i vården av patienter med hypertoni

Författare: Andreas Andersson
Frida Löf

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska, 75 högskolepoäng

Handledare: Eva Efraimsson

Examinator: Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Hypertoni finns bland uppskattningsvis 1,8 miljoner svenska invånare. Riskfaktorer för att utveckla hypertoni är tobaksbruk, alkoholintag, felaktig kosthållning, låg motionsnivå och stress. Ändrad livsstil utgör grunden i behandlingen och distriktssköterskan har en viktig preventiv funktion som syftar till att ge patienten förutsättningar att införliva hälsosamma levnadsvanor. Syftet med examensarbetet var att jämföra olika förebyggande interventioner och vilken effekt de har på blodtrycket bland patienter med hypertoni. Målet var att sammanställa befintlig kunskap och synliggöra den för yrkesverksamma inom området. En litteraturgranskning genomfördes där samtliga vetenskapliga artiklar hämtades från databasen Cinahl. I resultatet används enbart kvantitativa studier där det framkommer att platsen för förebyggande arbete kan bedrivas på vårdcentral, i hemmiljö och på medicinsk klinik var för sig eller i kombination. Det kan också bygga på individuell rådgivning eller i kombination med grupprådgivning. Rådgivningen kan ges skriftlig och/eller muntligt. Då för få studier är analyserade kan inga generella slutsatser dras. Vi kan dock se att majoriteten av studiernas interventioner inneburit en mer eller mindre blodtryckssänkande effekt. Slutsatsen i examensarbetet är att förebyggande arbete är centralt i vården av patienter med hypertoni och att det bör individualiseras utifrån individens unika förutsättningar.

Nyckelord: Hypertoni, distriktssköterska, prevention, kardiovaskulära riskfaktorer, livsstilsförändringar, rådgivning.

Title: The district nurse preventive work with patients in hypertension care

Authors: Andreas Andersson
Frida Löf

Subject: Master of Science

Nivå och poäng: Master's degree, 15 points

Course: Graduate Diploma in Specialist Nursing - Primary Health Care, 75 points

Supervisor: Eva Efraimsson

Examiner: Björn-Ove Suserud

Abstract

Hypertension is among the estimated 1.8 million Swedish people. Risk factors for developing hypertension is tobacco use, alcohol consumption, improper diet, low physical activity level and stress. Modified lifestyle is the foundation of treatment and the district nurse has an important preventive role to give the patient the potential to incorporate healthy living habits. The aim was to compare various preventive interventions and their effect on blood pressure among patients with hypertension. The goal was to compile existing knowledge and raise the visibility for the professionals in the field. A literature review was conducted and all the scientific articles were retrieved from the database Cinahl. The results will conduct only quantitative studies, where it is found that the location of the preventing work can be carried out at the medical services, residential and medical clinic separately or in combination. It can also be based on individual counseling or in combination with group counseling. The advice can be given in writing and / or orally. Then too few studies are analyzed, no general conclusions can be drawn. However, we can see that the majority of the studies interventions resulted in a more or less blood pressure lowering effect. The conclusion is that prevention is a key in the care of patients with hypertension and that it should be individualized based on the individual's unique conditions.

Keywords: Hypertension, district nurse, prevention, cardiovascular risk factors, lifestyle changes, counselling.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Distriktssköterskans förebyggande arbete	5
Distriktssköterskans vårdvetenskapliga förhållningssätt i det förebyggande arbetet	6
Hypertoni	7
Livsstilens betydelse för blodtrycket	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
METOD	10
Datansamling	10
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Dataanalys	11
RESULTAT	13
Beskrivning av genomförda interventioner	13
Interventionernas effekt på blodtrycket	15
Rådgivning individuellt och/eller i grupp och dess effekt på blodtrycket	17
Muntlig och/eller skriftlig rådgivning och dess effekt på blodtrycket	18
Platsen för intervention och dess effekt på blodtrycket	19
Bifynd	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Statistisk signifikans och tolkning av resultat	21
Artiklarnas tillförlitlighet	21
Resultatdiskussion	22
Att nå sårbara grupper	22
Betydelsen av patientens inflytande	23
Betydelsen av samverkan	24
Idéer för utformande av förebyggande arbete	24
SLUTSATS	25
REFERENSER	26

BILAGA 1 Artikelöversikt

INLEDNING

Högt blodtryck är en folksjukdom där hög risk för komplikationer finns i form av andra sjukdomar. Livsstilsfaktorer spelar en betydande roll i utvecklandet av hypertoni och förändringen till en mer hälsosam livsstil görs inte i en handvändning, men är av yttersta vikt för att sänka blodtrycket och uppnå en bättre hälsa. Patienter med hypertoni möter vi dagligen inom olika delar av hälso- och sjukvården. Som distriktssköterskor har vi här en viktig uppgift i att informera, utbilda, stödja och motivera våra patienter. Efter flera verksamhetsår inom kommunens hälso- och sjukvård och ett år som studerande till distriktssköterska har ett stort intresse för preventiv vård väckts hos oss. Detta har utmynnat i skapandet av vårt examensarbete med mål att belysa distriktssköterskans förebyggande arbete, med inriktning mot patienter med hypertoni.

BAKGRUND

Nedan presenteras en bakgrund som belyser distriktssköterskans förebyggande arbete och vårdvetenskapliga förhållningssätt. Hypertoni och livsstilens betydelse för blodtrycket beskrivs också i bakgrunden.

Distriktssköterskans förebyggande arbete

Preventiv medicin omfattar både förebyggande av sjukdom och främjande av hälsa. Målsättningen med förebyggande arbete är att minska eller eliminera specifika sjukdomsorsaker och därmed förhindra att en viss sjukdom uppstår (Orth-Gomér & Perski, 2008). Folkhälsans bestämningsfaktorer består av 11 målområden. Målområde nio (ökad fysisk aktivitet), målområde tio (goda matvanor och säkra livsmedel) och målområde 11 (minskat bruk av tobak och alkohol) är centrala i det preventiva arbetet mot att förebygga eller försena utvecklandet av högt blodtryck och sänka blodtrycket hos personer med högt blodtryck (Statens Folkhälsoinstitut, 2005).

I kompetensbeskrivningen, utformad av Socialstyrelsen (2007), beskrivs distriktssköterskans yrkesområde. Distriktssköterskan måste kunna genomföra individriktade förebyggande insatser inklusive folkhälsoarbete. Detta innefattar bland annat att arbeta för livsstilsförändringar samt att genomföra hälsouppläsning enskilt och i grupp. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) skriver att distriktssköterskans arbete ska bygga på evidensbaserad omvårdnad. Det innebär att distriktssköterskan använder sig av omvårdnadsforskningens resultat i sitt arbete. Den vetenskapliga kunskapen måste också kompletteras med kunskap om den enskilda patientens behov och upplevelser. En tillämpning av distriktssköterskans förebyggande arbete innebär att de bästa tillgängliga externa bevisen används för att tillsammans med patienten fatta beslut om olika åtgärder. Axelsson och Bihari Axelsson (2007) belyser att patienten bör hamna i fokus i detta arbete och erbjudas en patientsäker vård. För att skapa en sådan är det av vikt att arbeta i fungerande team. Samverkan mellan olika yrkesprofessioner organiseras ofta i form av gränsöverskridande team. Ett sådant team kan definieras som en liten grupp av personer, vanligtvis från olika professioner som arbetar tillsammans tvärsöver formella organisatoriska gränser för att ge service till en speciell grupp av patienter. Teamet kan bestå av yrkesgrupper som exempelvis sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, dietister och folkhälsoarbetare. Det finns många olika typer av team. De kan vara tillfälliga eller mer permanenta men de mest framgångsrika formerna av samverkan har varit där stabila team har etablerats och överlevt över en längre period. Medlemmarna i dessa team har lärt känna och kunnat lita på varandra, de har arbetat nära tillsammans och utvecklat gemensamma intressen, värderingar och mål. Kollegiala och enhälliga beslut har fattats och det har funnits en gemensam teamkultur.

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763), fastställs att distriktssköterskans förebyggande arbete bör vila på en ömsesidig relation och ske i samverkan med patienten. Att utöka patientens möjligheter till ett gott liv ska ses som ett medel att främja patienters hälsa. Distriktssköterskan har genom tiderna av tradition arbetat med hälsorådgivning mot alla åldersgrupper. Det är distriktssköterskans uppgift att ge råd, förmedla kunskap och stödja förebyggande åtgärder som syftar till patientens egenvård (Bergstrand, 2000).

Enligt Orth-Gomér och Perski (2008) är livsstilsförändring ett av våra viktigaste mål för det preventiva folkhälsoarbetet och distriktssköterskans utbildning i öppen hälso- och sjukvård ger goda förutsättningar för förebyggande arbete. Bergstrand (2000) beskriver att distriktssköterskeutbildningen omfattar fördjupning inom ämnesområden såsom omvårdnad, pedagogik, kommunikation, etik och olika medicinska ämnesområden. Det ger yrkesrollen en god förutsättning att införliva det preventiva budskapet i det dagliga arbetet men också att utöva personligt anpassad hälsorådgivning. Distriktssköterskan bör framlägga detta på ett sådant sätt att patienten med sin egen styrka kan fatta de avgörande besluten, ansvara för dem och sedan genomföra de livsstilsförändringar som krävs (Orth-Gomér & Perski, 2008).

Distriktssköterskans vårdvetenskapliga förhållningssätt i det förebyggande arbetet

Vid mötet med distriktssköterskan är det en utmaning för dels patienten som ska börja med olika livsstilsförändringar, dels för distriktssköterskan att närma sig patienten på ett ödmjukt sätt och motivera till att göra omställningar i sitt liv för att må bra på både lång och kort sikt. Det är väsentligt att se hela patienten och att anta ett livsvärldsperspektiv vilket innebär att se, förstå och skildra världen samt att analysera den såsom den erfars av människor. Livsvärldsbegreppet inbegriper inte bara en patients fysiska status utan betonar även subjektiva upplevelser och erfarenheter. Hälsobegreppet kan beskrivas som att få uppleva sig själv som en hel människa genom att känna vördnad för sitt eget liv och för sig själv som en unik människa (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). I mötet mellan människor från olika kulturer är förutsättningen för en god dialog respekt och förståelse, vilket kan ge en meningsfull kommunikation. Brister i kommunikationen kan leda till ohälsa såsom social isolering och ensamhet, vilket är ett omfattande problem bland äldre invandrare och någonting som många gånger kan orsaka ohälsa (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003). Även Kostenius och Lindqvist (2006) behandlar möten mellan möten mellan människor från olika kulturer med olika livsåskådning och levnadsvanor. Dessa möten ska kännetecknas av professionalitet och individanpassad vård, vilket ökar möjligheten för sjuksköterskan och patienten att förstå varandra. Vården ska vara patientcentrerad där betydelsefulla ledord är patientperspektiv, självbestämmande, integritet och människovärde. Helhetssyn ska prägla vården och vården kring patienten bör grunda sig på en flerdimensionell människosyn vilket förutsätter ett holistisk kunskapsperspektiv. Det betyder i stora drag att föra samman kunskap från samhälls-, human- och naturvetenskapen. Helhetssyn karakteriserar vård och behandling av hela patienten och ska inte reduceras endast till patientens sjukdom. En elementär förutsättning för bestående beteendeförändringar är ”hjälp till självhjälp”, som även benämns empowerment. Empowermentbegreppet inbegriper förutom en förmåga att hjälpa sig själv till självhjälp också att väcka medvetenheten hos patienten, att denne själv har makt och möjlighet att påverka sitt liv. Det skapar en process i patientens medvetande samtidigt som det utgör ett mål i sig. Förmågan och viljan att ha makt över sin egen situation kan innebära att patienten följer råd från yrkesprofessionella eller väljer att inte göra det. Det som är viktigt att komma ihåg är att patienten själv har makten över sina valmöjligheter.

Som distriktssköterska är det viktigt att i ett hälsosamtal vara medveten om patientens sårbarhet genom att uppmärksamma patientens upplevelse av lidande. Upplever patienten att han/hon befinner sig i ett underläge i relation till vårdaren kan vanmakt och förtvivlan uppstå. En följd av detta kan innebära ett vårdlidande. I den svenska kulturen finns en benägenhet att ignorera vårdlidandet. I en vårdande relation krävs mod hos vårdaren att vara kvar hos den lidande människan. Då ökar möjligheten att patienten upplever värdighet samt att välbefinnandet kan öka (Dahlberg et al., 2003). Friberg (2001) beskriver hur distriktssköterskan kan närma sig patienten genom att ha ett pedagogiskt förhållningssätt, vilket är en betydande kunskap i distriktssköterskans förebyggande arbete. Om mötet mellan distriktssköterska och patient sker ”på samma planhalva” uppstår en dialog som har potential att vara ett bra lärtillfälle för bägge parter.

För att distriktssköterskan och patienten ska kunna mötas för att få ett spelutrymme som båda parter trivs med så är valet av plats för vården viktig. Redan på mitten av 1800-talet påtalade Florence Nightingale vikten av en bra vårdmiljö för patienterna. Hon belyste omgivningsfaktorer som ventilation, värme och ljus samt vårdgivarnas centrala roll i interaktionen med patienterna. 150 år senare har strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården gjort att vårdandets geografiska plats innefattar allt från vård i hemmet till vård på sjukhus. Viktigt i sammanhanget är att förstå att strukturella förändringar kan påverka sociala utrymmen, intimitet och närhet mellan sjuksköterska och patient. Sjukdomens geografi förändras i takt med att patienter i allt större utsträckning vårdas i hemmet och kommer bort från traditionella institutionella inrättningar. Platsen för vård har stor betydelse för sjuksköterske – patientförhållandet, eftersom olika miljöer skapar olika förutsättningar och maktförhållanden (Andrews, 2003). Detta belyses även av Friberg (2001) som beskriver att pedagogiska möten kan skapas på alla platser där patienter och sjuksköterskor uppehåller sig.

Gedda (2001) har i sin avhandling studerat och beskrivit de villkor som formar sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens. Vad som är karaktäristiskt för en sjuksköterska som besitter pedagogisk kompetens är att kunna vara förtroendeingivande och trygg i sin yrkesroll. Sjuksköterskan ska också ha en förmåga att visa empati och att vara inkännande. Friberg och Jarvén (2005) har undersökt distriktssköterskan som fenomen i det förebyggande arbetet. Det som styr distriktssköterskan i hennes/hans arbete förebyggande arbete är den inre drivkraften och de yttre omständigheterna på arbetsplatsen. Det förebyggande arbetet anses viktigt för distriktssköterskan och i den inre drivkraften återfinns faktorer såsom *personliga faktorer* samt *kompetens*. Distriktssköterskan behöver alltid ha en läkare med sig i det medicinska ansvaret. Läkarnas pressade arbetssituation kan dock innebära ett bristande samarbete mellan yrkesgrupperna.

Hypertoni

I Sverige är hypertoni den vanligaste orsaken till patientkontakt med den öppna hälso- och sjukvården. De mest förskrivna medicinerna är läkemedel mot hjärtsvikt och hypertoni. Cirka 1,8 miljoner invånare i Sverige har hypertoni och av dessa får ca 760 000 medicinsk behandling för sitt höga blodtryck (Socialstyrelsen, 2005). Av 1,8 miljoner vuxna med förhöjt blodtryck har 60 procent mild blodtrycksförhöjning (140–159/90–99 mm Hg), 30 procent måttlig blodtrycksförhöjning (160–179/100–109 mm Hg) och 10 procent kraftig blodtrycksförhöjning ($\geq 180/\geq 110$ mm Hg) (SBU, 2007).

Hypertoni utgör ett tillstånd då blodtrycket uppmätts till $>140/90$ mm Hg i liggande eller sittande, efter fem till tio minuters vila, vid minst tre tillfällen under loppet av några veckor – månader. Definitionen på hypertoni kan dock skilja sig lite åt beroende på vilken mätmetod som används. Den auskultatoriska metoden som mäter både systoliskt och diastoliskt blodtryck används ofta och kan utföras så väl i hemmet som på en vårdinrättning. Trycket mäts då i

sittande eller liggande ställning, som ett medelvärde av två mätningar vid samma tillfälle och i samma arm. Andra mätmetoder är 24-timmars blodtrycksmätning med speciell apparatur som patienten bär i hemmet eller mätning med elektronisk blodtrycksmätare. Mätningarna ska vara standardiserade, d.v.s. att teknik och övriga omständigheter ska vara likadana vid varje tillfälle, och de ska helst utföras vid ungefär samma tidpunkt på dygnet. Flera faktorer kan förorsaka falskt höga mätvärden. Användande av en för smal manschettstorlek och/eller åsittande kläder kring överarmen är exempel på detta. Både kaffe och rökning kan höja blodtrycket med cirka tio mm Hg och därför rekommenderas kaffe- och rökfrihet minst en timma innan mätning. Felaktiga värden kan också bero på oro och stress. ”White-coat hypertoni” innebär att blodtrycket blir förhöjt i närvaro av en läkare eller sjuksköterska (oftast läkare). Ett sätt att skapa trygghet hos patienten är att genomföra blodtrycksmätning i hemmiljö och den utförs då oftast av distrikts- eller sjuksköterska (Ericsson & Ericsson, 2008).

Orsaken till hypertoni är multifaktoriell med stark hereditär bakgrund. Hos västerländsk population stiger blodtrycket successivt med åldern. Patienter med begynnande hypertoni känner sig ofta helt symptomfria. Trötthet och huvudvärk kan förekomma och upptäcks ofta i förbigående vid hälsokontroll. Impotens kan vara ett tidigt symptom (Three doctors, 2008). Hypertoni innebär att trycket ökar mot kärlväggarna inuti blodkärlet. Denna stress mot artärväggarna bidrar till endotelskada i kärlväggen som banar vägen för utveckling av ateroskleros. Högt blodtryck bidrar således till aterosklerosutveckling i kranskärl, karotiskärl och hjärnans artärer (Ericsson & Ericsson, 2008). Risken att insjukna och dö i någon hjärt-kärlsjukdom har minskat för båda könen och i alla socialgrupper i Sverige. Sett ur ett internationellt perspektiv har dock Sverige fortfarande en hög dödlighet i kranskärlssjukdomar, jämfört med t.ex. länder i södra Europa. I Sverige har dock hjärt-kärlsjukdomarna minskat avsevärt mer än i södra Europa (Socialstyrelsen, 2005).

Den vanligaste komplikationen är ischemisk hjärtsjukdom och stroke. Hypertonin gör att kroppen måste utföra ett ökat hjärtarbete. Detta leder successivt till att hjärtmuskeln utvecklar en hypertrofi av vänster kammare med efterföljande hjärtsvikt. Obehandlad hypertoni orsakar hjärtsvikt, vilket utgör den viktigaste komplikationen med störst effekt på både sjuklighet och död (Ericsson & Ericsson, 2008). Andra seneffekter av mångårig hypertoni är demens (såväl Alzheimer som cerebrovaskulär demens) och njursjukdom. Värt att notera är att högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för alltför tidig död (Three doctors, 2008).

Det råder stor överensstämmelse mellan de riktlinjer för handläggning av hypertoni som publicerats under de senaste åren i olika länder. Riktlinjerna gäller i stort lika för kvinnor och män. Samtliga riktlinjer betonar vikten av att uppnå målet för behandlingen som i regel innebär ett blodtryck lägre än 140/90 mm Hg. För patienter med diabetes och/eller njursjukdom gäller ett blodtrycksvärde lägre än 130/80 mm Hg. Viktigt är beakta patientens sammanlagda risk för hjärt-kärlsjukdom och inte bara behandla blodtrycket. Det är inte blodtrycket i sig som styr behandlingsindikation, läkemedelsval eller behandlingsintensitet, utan bedömningen av den totala kardiovaskulära risken, vilken i sin tur beror på förekomst av andra viktiga riskfaktorer så som rökning, alkohol, kost, motion och vikt. Farmakologisk behandling har en viktig plats i vården av patienter med hypertoni. All hypertoni behandling bör kritiskt utvärderas vad gäller gynnsamma effekter på blodtrycket, sidoeffekter och direkta biverkningar. Samtliga riktlinjer rekommenderar vätskedrivande behandling (tiaziddiuretika) i låg dos som förstahandsmedel eller som ett av flera förstahandsmedel. Blodtryckssänkande behandling minskar risken för slaganfall, hjärtinfarkt och för tidig död hos män och kvinnor med högt blodtryck. De olika grupper av blodtryckssänkande läkemedel som vanligen används i Sverige (tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, angiotensin-receptorblockerare (ARB) och beta-blockerare) ger en likartad sänkning av blodtrycket (cirka 10/5 mm Hg) när läkemedlen används separat (SBU, 2007).

Livsstilens betydelse för blodtrycket

Ändrad livsstil är grunden för blodtrycksbehandling och bör vara basen i omhändertagandet av personer med hypertoni (SBU, 2007). Hälsorelaterade levnadsvanor har ett starkt samband med människors livsvillkor och sociala position. Levnadsvanorna påverkas av kultur och traditioner, och de varierar med bl.a. ekonomiska villkor, arbetslöshet, utbildning, socioekonomisk tillhörighet samt socialt deltagande. Dessa s.k. strukturellt betingade levnadsvanor är en del av livsstilen och livsstilen är i sig ett uttryck för hur människor väljer att leva utifrån sin livssituation (Socialstyrelsen, 2005). Personer med hypertoni behöver ofta individuell rådgivning. Helt uppenbart är att livsstilsfaktorer som viktreduktion vid övervikt, rökstopp, minskat alkoholintag, motion i lagom mängd, minskat saltintag och stressreduktion reducerar hypertontin och dess risker. För att distriktssköterskan ska kunna ge råd på både grupp- och individnivå så krävs aktuella och uppdaterade kunskaper. Viktigt är att patienten inte belastas och pressas för hårt med krav på livsstilsförändringar (Ericsson & Ericsson, 2008).

En icke-farmakologisk livsstilsbehandling kan pågå under kortare och längre tid, mer specifikt mellan cirka en till sex månader. Tanken är patienten efter behandlingen ska ha införlivat nya vanor som hon/han kan leva med i vardagen. Behandlingen baseras på rekommendation, samt stöd och hjälp till olika åtgärder (Orth-Gomér & Perski, 2008). Diverse litteratur föreslår följande åtgärder:

Ökad motion har en positiv effekt genom att motverka metabola störningar (Ericsson & Ericsson, 2008). Patienterna bör öka graden av fysisk aktivitet till 3-4ggr per vecka á 30 minuters fysisk ansträngning till svettning, kompletterad med ökad vardagsmotion (Apoteket AB, 2007). Bland vuxna i Sverige finns en trend i riktning mot en mer fysiskt aktiv fritid. Det är dock oroande att stillasittandet ökar bland barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2005).

Viktreduktion/kostomläggning: Redan en måttlig viktreduktion reducerar blodtrycket och har en gynnsam metabol effekt (Apoteket AB, 2007). Matvanor är ofta djupt rotade. Kostförslag ges utifrån individuella förutsättningar, men rekommenderat är ett ökat intag av frukt, grönsaker och kostfibrer (Orth-Gomér & Perski, 2008). I Sverige är övervikt och fetma mindre vanligt i jämförelse med många andra europeiska länder och USA, men ökningstakten är nästan lika hög som i dessa länder. Den metod som bäst avspeglar mängden kroppsfett är kroppsmasseindex, BMI (*body mass index*). En allvarlig svaghet med BMI är dock att måttet inte skiljer mellan fett- och muskelmassa. Övervikt definieras som BMI > 25 och fetma definieras som BMI > 30 (Socialstyrelsen, 2005).

Rökstopp: Nikotin har en direkt blodtryckshöjande effekt genom att stimulera CNS (Ericsson & Ericsson, 2008). Andelen personer som röker dagligen minskar bland män i alla åldrar och bland kvinnor under 45 år. Sverige har minst andel män som röker dagligen i hela Europa, men svenska kvinnor röker dagligen i betydligt större omfattning än kvinnor i flera andra europeiska länder (Socialstyrelsen, 2005).

Begränsad alkoholkonsumtion: Alkohol har en direkt blodtryckshöjande effekt genom att stimulera CNS. Är dessutom energirikt och vid större intag bidrar detta till viktökning (Ericsson & Ericsson, 2008). Alkoholkonsumtionen i Sverige ökade med 29 procent under perioden 1996–2003. Även andelen riskkonsumenter verkar ha ökat. Det finns särskild anledning till oro över den stora andelen riskkonsumenter bland kvinnor och bland unga män (Socialstyrelsen, 2005).

Minskat saltintag: Saltrestriktion har en blodtryckssänkande effekt. Patienten rekommenderas gärna använda natriumreducerat salt så som Seltin eller Minosel (Ericsson & Ericsson, 2008).

Stressreduktion: Stress stimulerar det sympatiska nervsystemet, vilket höjer både det systoliska och diastoliska blodtrycket. Patienten uppmanas därför att försöka identifiera sina dagliga stressorer och i möjligaste mån eliminera dessa faktorer (Ericsson & Ericsson, 2008).

PROBLEMFÖRMULERING

Högt blodtryck är en riskfaktor för en mängd olika följsjukdomar. För att undvika patienters utvecklande av högt blodtryck spelar distriktssköterskans förebyggande arbete och synsätt en viktig roll. Distriktssköterskan bedriver förebyggande arbete främst på vårdcentraler och i kommunal hälso- och sjukvård. Här träffar hon eller han patienter i ett vidsträckt åldersspann med olika erfarenheter av sjuk- och friskvård. Distriktssköterskans kompetensbeskrivning tydliggör vikten av förebyggande arbete och folkhälsans bestämningsfaktorer belyser livsstilsförändringar som en central del. Som distriktssköterska ska evidensbaserad omvårdnad ligga till grund för det förebyggande arbetet och genom vårt examensarbete vill vi sammanställa befintlig kunskap och synliggöra den för yrkesverksamma inom området. De frågeställningar som vi ämnar besvara i uppsatsen är:

- På vilket sätt kan distriktssköterskan arbeta effektivt för att reducera risken för hypertoni och dess följsjukdomar?
- Var bör det förebyggande arbetet utföras för att ge den tydligaste blodtryckssänkningen?

SYFTE

Syftet med examensarbetet är att beskriva olika förebyggande interventioner och vilken effekt de har på blodtrycket bland patienter med hypertoni.

METOD

Ett problemområde som är intressant för vår blivande yrkesprofession som distriktssköterskor valdes. Studien genomfördes som en litteraturoversikt på kvantitativt material.

Datainsamling

Problemformuleringen är en sammanhängande motiverande text som belyser vad problemet är, varför det är ett problem och vilken kunskap som avses att utvinnas (Friberg, 2006). Utifrån detta utvecklades söktermer. Ett brett sökande efter vetenskapliga studier genomfördes. Sökorden användes i sökningar i Samsök där databaser såsom Cochrane Library Online, MEDLINE och PubMed ingår. Samtliga artiklar som ingick i dataanalysen hittades dock i Cinahl. De sökord som användes var: Nurse, Hypertension, Cardiovascular Risk Factors, Prevention and Control, Primary Health Care, Life Style Changes, Primary Health Care och Counseling. Sökorden användes i olika kombinationer för att användbara studier skulle hittas. Exempelvis gav kombinationen ”Nurse” och ”hypertension” 394 träffar. När sökorden kombinerades med ”cardiovascular risk factors” utmynnade sökningen i 42 träffar där två av studierna användes i analysen. När ”Nurse” och ”hypertension” kombinerades med ”counseling” resulterade det i 14 träffar där tre studier föll under de inklusionskriterier som presenteras nedan. En sökning med sökorden ”primary health care”, ”life style changes” och ”hypertension” ledde till 11 träffar där en studie togs med i analysen.

Examensarbetet är riktat mot de förebyggande insatser som distriktssköterskan kan göra för att förändra riskbeteenden och minska risken för hypertoni. Artiklarnas författare har undersökt interventioner gjorda av sjuksköterskor med olika typer av kompetens: allmänsjuksköterska, distriktssköterska, sjuksköterska med specialistkompetens inom kardiovaskulär vård samt sjuksköterska med utbildning i rådgivning. De flesta av studiernas interventioner är genomförda av allmänsjuksköterskor.

Abstrakten lästes igenom och de artiklar som inte var relevanta valdes bort genom en första gallring. Om tveksamheter uppkom kring en specifik artikel diskuterades innehållet igenom och författarna fick på så sätt klarhet i om den skulle inkluderas eller exkluderas i dataanalysen. Artiklarna skrevs ut i fulltext om möjligt, övriga beställdes via biblioteket på biblioteket på Högskolan i Borås.

Inklusions- och exklusionskriterier

De artiklar som föll under inklusionskriterierna valdes utifrån examensarbetets syfte. Artiklarna skulle innehålla: patienter med hypertoni, livsstilsförändringar, blodtrycksmätning och preventiva metoder mot högt blodtryck. För att artikeln skulle kunna användas i resultatet skulle yrkeskategorin distriktssköterska och/eller sjuksköterska ha spelat en betydande roll i utförd studie samt att den intervention som genomförts följdes upp med blodtrycksmätningar. Artiklarna skulle vara publicerade under de senaste sex åren, skrivna på engelska och vara vetenskapligt granskade. Det var svårt att hitta tillräckligt många artiklar som uppfyllde sökkriterierna. Därför inkluderades en artikel i studien som publicerats 1995 då den matchade syftet med examensarbetet. Fokus lades på västerländska patienter och artiklarna som inkluderades i litteraturstudien kom från Sverige, Finland, Norge, Turkiet och USA.

Förebyggande arbete sker oftast på vårdcentral. Ingen specifik plats för interventionen exkluderades, varför några av ingående studier föll utanför vårdcentralskontexten. De flesta studierna utfördes med vårdcentral som bas. Några av studierna genomfördes på medicinsk klinik och/eller i hemmiljö. Då innehållet i studierna kunde tillföra värdefull kunskap för distriktssköterskans förebyggande arbetssätt exkluderades inte dessa studier. Datainsamlingen genererade i många träffar på artiklar där fokus låg på diabetespatienter med högt blodtryck vilka exkluderades eftersom den gruppen kräver specifika omvårdnadsåtgärder. Enstaka studier hade endast studerat antingen kvinnor eller män. Majoriteten av studierna genomfördes på grupper som innehöll både kvinnor och män, därför exkluderades inte de artiklar där enbart ett kön var representerat. Ingen exklusion gjordes heller av någon specifik åldersgrupp med motivet att distriktssköterskans preventiva roll ofta riktar sig mot många olika åldersgrupper. Alla studier utom en riktade sig mot vuxna, dock ingick en studie där studiedeltagarna var minst 16 år.

Artiklar som inte utgick från empirisk forskning med utgångspunkt i kvantitativ metod exkluderades (Friberg, 2006). Det största anledningen till att studier exkluderades var att de inte innehöll uppmätta blodtrycksvärden.

Dataanalys

Segesten (2006) beskriver ett tillvägagångssätt där en bred analys och sammanställning av vetenskapliga studier görs vilket utfördes i examensarbetet. Av kvantitativt material genomfördes en innehållsanalys. Analysen ger kunskap som kan påverka det praktiska vårdarbetet på olika sätt och kan belysa områden för framtida forskning.

En gradering av studiernas evidenskraft genomfördes där evidenskraften klassificeras från grad ett till grad sex, där grad ett till tre innefattar kvantitativa studier (grad fyra till sex innefattar kvalitativa studier). Grad ett innebär *randomiserad kontrollerad studie* som tillskrivs den starkaste beviskraften. I en sådan studie mäts effekten av en viss intervention genom jämförelse med en kontrollgrupp. Deltagarna väljs genom slumpmässigt urval och slumpas till interventions- eller kontrollgrupp. Grad två innefattar *kvasi-experiment*, i fall där det finns etiska eller praktiska hinder läggs forskningen så nära RCT-idealet som möjligt. Urvalet sker konsekutivt. Istället för kontrollgrupp får en grupp vara sin egen kontrollgrupp genom att mätning sker före och efter en intervention. Det minsta bevisvärdet bland kvantitativa studier har en *kvantitativt beskrivande studie*, där effekter av en intervention mäts utan möjlighet till direkta jämförelser, men resultaten kan relateras och diskuteras till önskvärda mål eller jämföras med resultat från andra studier Segesten (2006). Bilaga 1:1-1:3, utgör en sammanställning av de studier som ingår i dataanalysen, där även studiernas evidenskraft anges.

Olika områden har belysts i studierna och likheter och skillnader i interventionernas tillvägagångssätt har studerats. Det innehåll som svarade till syftet sorterades in under följande rubriker:

- Interventionernas genomförande och dess blodtryckssänkande effekt
- Rådgivningsformens effekt på blodtrycket
- Platsens betydelse för effekt på blodtrycket
- Interventionernas bifynd

Rubriken bifynd presenteras i resultatet då detta upplevdes vara relevant ur ett distriktssköterskeperspektiv.

Två tabeller och fyra diagram skapades för att ge en överskådlig bild av interventionerna och dess effekt på blodtrycket. Från tabell 2 beräknades den genomsnittliga blodtryckssänkningen ut för att kunna jämföra effekten av studiernas rådgivningsform och val av plats för rådgivning med varandra. I analysen av mätvärden görs en klinisk värdering av resultaten.

RESULTAT

Resultatets första del bygger på en beskrivning av studiernas förebyggande arbete (Tabell 1). Efter beskrivningen följer en analys som redogör för interventionernas blodtryckssänkande effekt. De områden som framställs här är rådgivning individuellt och/eller i grupp, muntlig och/eller skriftlig rådgivning samt valet av plats för förebyggande arbete. Utöver den blodtryckssänkande effekten presenteras i resultatets sista del bifynd.

Beskrivning av genomförda interventioner

Tabell 1: Artikelöversikt.

Författare Årtal Land	Total studie- population	Ålder	Köns- fördelning	Interventionens utförande			Interventions- grupp (I) eller interventions- och kontroll grupp (I+K)
				IR=Individuell rådgivning GR=Rådgivn. i grupp	M=Muntlig information och rådgivning S=Skriftlig information och rådgivning	VC=Vårdcentral MK=Medicinsk klinik HM=Hemmiljö	
Blomqvist et al. (2006) Sverige	181	50 år och äldre	Kvinnor: 58% Män: 42%	IR	M+S	VC	I+K
Cakir & Pinar (2006) Turkiet	70	18-65 år	Kvinnor: 55% Män: 45%	IR + GR	M	VC	I+K
Dennison et al. (2007) USA	309	21-54 år	Män: 100%	IR	M	VC + HM	I+K
Drevenhorn et al. (2005) Sverige	100	41-89 år	Kvinnor: 67% Män: 33%	IR	M+S	VC	I
Halm & Denker (2003) USA	175	20-50	Kvinnor: 100%	IR	M+S	MK	I+K
Kastarinen et al. (2002) Finland	715	25-74 år	Kvinnor:52% Män:48%	IR + GR	M	VC	I+K
Kim et al. (2006) USA	31	60-79 år	Kvinnor: 48% Män:52%	IR+ GR	M	VC + HM	I
McPherson et al. (2002) USA	436	16-89 år	Kvinnor:53% Män:47%	IR	M	MK	I
Pheley et al. (1995) USA	200	Ej angivet.	Ej angivet.	IR	M	VC	I
Scisney- Matlock et al. (2004) USA	64	30-80år	Kvinnor: 100%	IR	M	MK	I+K
Tonstad et al. (2007) Norge	48	30-69 år	Kvinnor:68% Män:32%	IR	M	VC	I+K

Gemensamt för majoriteten av interventionerna är att information och rådgivning gavs kring riskfaktorer och icke-farmakologisk behandling. Livsstilsfaktorer som påverkar risken för högt blodtryck ingick i undervisningen och handlade om områden såsom kost, fysisk aktivitet, stress, rökning, alkohol och viktminskning (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtsson, 2005; Pheley et al., 1995; Blomqvist, Berglund & Sonde, 2006; Cakir & Pinar, 2006; Tonstad, Søderblom Alm & Sandvik, 2007; Halm & Denker, 2003; Kastarinen et al., 2002). I två av studierna har vikten av blodtryckssänkande läkemedel betonats i rådgivningen (McPherson, Swenson, Pine & Leimer, 2002; Kim, Han, Park, Lee & Kim, 2006). De studier som såg något annorlunda ut var undersökningarna gjorda av Dennison et al. (2007) som byggde på en intensiv beteende- och farmakologisk rådgivning för afroamerikanska män med hypertoni. En folkhälsoarbetare gjorde hembesök och informerade om hälsa och ohälsa och olika former av socialt stöd i samhället som fanns att tillgå. Även studien av Scisney-Matlock, Gail, Jackson och Steigerwait (2004) skiljde sig från mängden där författarna studerade hur valet av vårdgivare (läkare kontra läkare-sjuksköterska) påverkade blodtrycks kontroll, kunskap om hypertoni och kommunikation med vårdgivaren. Patienterna fick här genomgå muntlig kognitiv beteenderådgivning.

I alla studier har individuell rådgivning givits men några studier har kompletterats med stödgruppsträffar (Kim et al., 2006; Kastarinen et al., 2002; Cakir & Pinar, 2006). Stödgruppsträffarna fungerade som ett forum för diskussion om patienternas erfarenheter under studiens gång samt som ett extra lärtillfälle om livsstilsfaktorer. Vid stödgruppsträffen i studien av Kim et al. (2006) utfördes rådgivningen av en tvåspråkig sjuksköterska eftersom deltagarna var amerikansk-koreanska invandrade. Dessutom översattes frågeformuläret till koreanska för att skapa en bättre förståelse.

I alla studier gavs muntlig informationen men kompletterades även med skriftlig information i några av interventionerna. I dessa studier lämnades ett häfte med information och råd kring livsstilsfaktorer till patienterna (Drevenhorn et al., 2005; Blomqvist et al., 2006; Halm & Denker, 2003).

Majoriteten av interventionerna, sex stycken, utfördes på vårdcentral (Blomqvist et al., 2006; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; Kastarinen et al., 2002; Pheley et al., 1995; Tonstad et al., 2007). Två av studierna kompletterade vårdcentralen med hemmiljö (Dennison et al., 2007; Kim et al., 2006) och resterande interventioner gjordes på medicinsk klinik (Halm & Denker, 2003; McPherson et al., 2002; Scisney-Matlock et al., 2004).

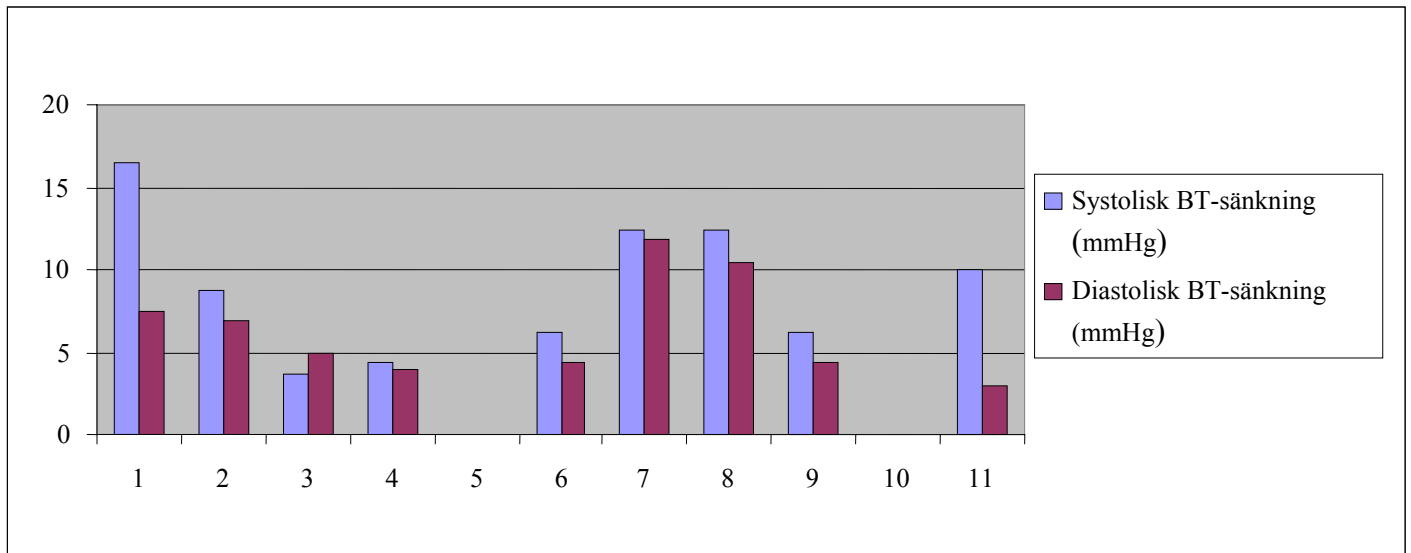
I fyra av de 11 studierna har författarna utfört interventioner på en grupp och jämfört olika faktorer före och efter interventionen. I övriga studier har interventionsgruppen jämförts med en kontrollgrupp som fått mindre uppmärksamhet och rådgivning kring hur riskfaktorer kopplade till hypertoni kan reduceras. Vilka studier som har haft kontrollgrupp eller ej presenteras i tabell 1.

Interventionernas effekt på blodtrycket

I tabell 2 och figur 1 presenteras interventionernas effekt på blodtrycket på ett överskådligt sätt. Interventionerna jämförs sedan utifrån dess påverkan på blodtrycket.

Tabell 2: Artikelöversikt: utförande, studietid och blodtryckssänkning.

Nr	Författare	Studie-tid	Resultat Blodtryckssänkning (BTS) vid slutlig uppföljning i interventionsgrupp(er)	Statistisk signifikans P-värde (I.S. = ingen signifikans rapporterad)
1	Blomqvist et al.	6 mån.	Sy. BTS: 16,5 mmHg Di. BTS: 7,5 mm Hg	p<0,001
2	Cakir & Pinar	6 mån.	Sy. BTS: 8,8 mmHg Di. BTS: 6,9 mm Hg	p<0,001
3	Dennison et al.	5 år	Sy. BTS: 3,7 mm Hg Di. BTS: 4,9 mm Hg	I.S.
4	Drevenhorn et al.	15 mån.	Sy. BTS: 4,4 mm Hg Di. BTS: 4 mm Hg	systoliskt p<0,05
5	Halm & Denker.	12 mån.	Ingen förändring sågs	I.S.
6	Kastarinen et al.	2 år	Sy. BTS: 6,2 mm Hg Di. BTS: 4,3 mm Hg	p<0,05
7	Kim et al.	6 mån.	Sy. BTS: 12,4 mm Hg Di. BTS: 11,8 mm Hg	I.S.
8	McPherson et al.	2 år	Sy. BTS: 12,4 mm Hg Di. BTS: 10,4 ,Hg	p<0,001
9	Pheley et al.	12 mån.	Sy. BTS: 6,2 mmHg Di. BTS: 4,4 mm Hg	Jp<0,001
10	Scisney- Matlock et al.	Ej angivet	Ingen förändring sågs	I.S.
11	Tonstad et al.	6 mån.	Sy. BTS: 10 mm Hg Di. BTS: 3 mm Hg	I.S.



Figur 1: Översikt av blodtryckssänkning i studierna 1-11. (För mer info, se tabell 2).

I våra analyserade artiklar ligger majoriteten av artiklarna runt 140-150/90 mm Hg i medelblodtryck vid studiens start.

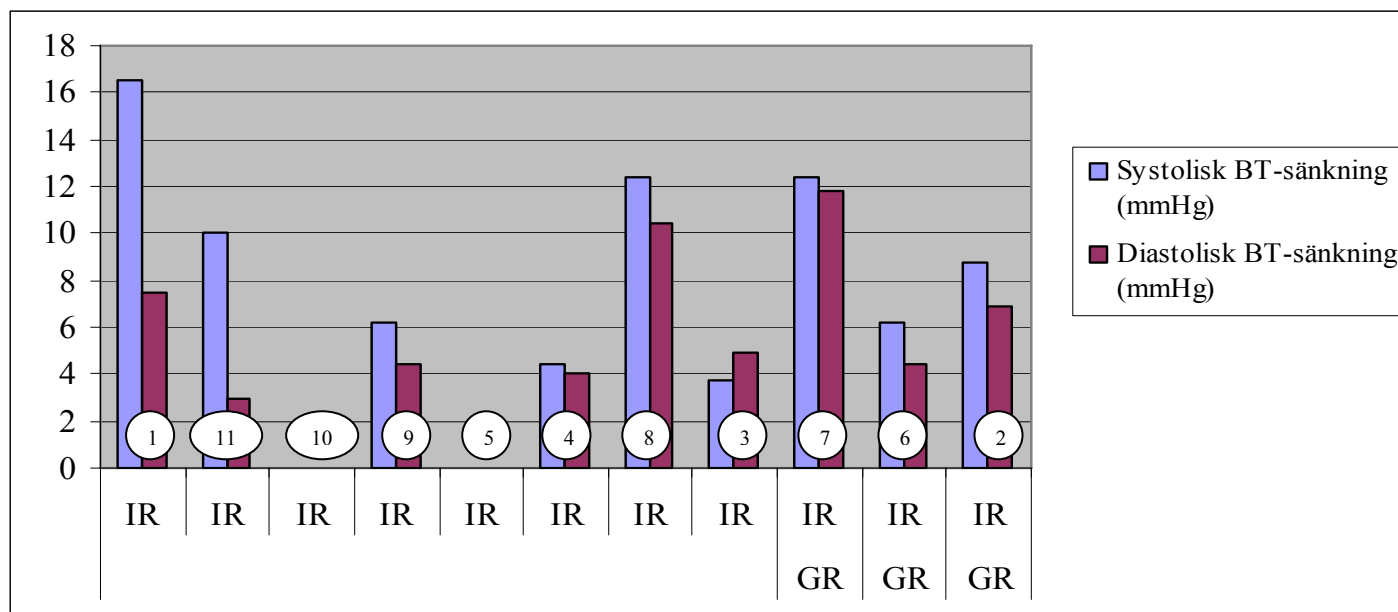
Tabell 2 och figur 1 visar att den kraftigaste blodtryckssänkningen återfinns i studierna av Blomqvist et al. (2006) (i figur 1 stapel nr 1), Kim et al. (2006) (i figur 1 stapel nr 7) och McPherson et al. (2002) (i figur 1 stapel nr 8). Kön fördelningen i studierna är likartade med ungefär hälften män och hälften kvinnor. Den som också är gemensamt för dessa studier är att sjuksköterskorna som genomförde interventionerna hade extra kompetens inom rådgivning. I studien av Blomqvist et al. (2006) utförde en distriktssköterska rådgivningen och i denna studie ses den tydligaste blodtryckssänkningen. Sjuksköterskorna i studien av Kim et al (2006) var utbildade i rådgivning och var dessutom tvåspråkiga. Även sjuksköterskan i studien av McPherson et al. (2002) var utbildad i rådgivning. Det faktum att dessa tre interventioner har sjuksköterskor med utbildning inom rådgivning ger bra förutsättningar till att en god dialog skapas med patienten. I studien av Kim et al (2006) var sjuksköterskan tvåspråkig vilket innebär att de koreanskamerikanska deltagarna gavs bättre förutsättningar att språkligt förstå den muntliga rådgivningen. I studien av Dennison et al (2007) där deltagarna var afroamerikaner gavs inte dessa språkliga förutsättningar. Den blodtryckssänkande effekten var också betydligt mindre. Sjuksköterskan hade ingen utbildning i rådgivning och var inte tvåspråkig.

Studien av Blomqvist et al. (2006) uppvisar den kraftigaste blodtryckssänkningen av de granskade studierna. Det var också den enda studien där en distriktssköterska utförde rådgivningen.

I övrigt kan vi inte se några likheter mellan hur/var interventionerna utförts och den blodtryckssänkande effekten.

Rådgivning individuellt och/eller i grupp och dess effekt på blodtrycket

Nedan följer en analys av den individuella rådgivningens och/eller grupprådgivningens inverkan på blodtrycket.



Figur 2: Blodtryckssänkning i interventionsgrupperna avseende individuell rådgivning (IR) och/eller grupprådgivning (IR+GR). Interventionens tid presenteras också.

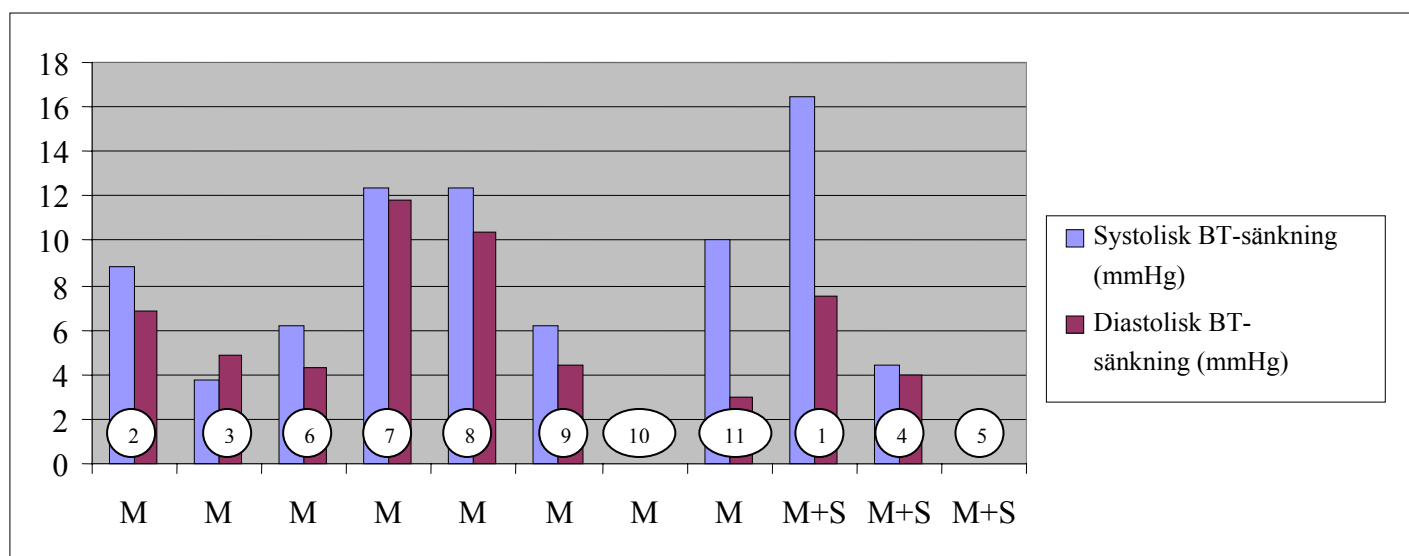
Den genomsnittliga blodtryckssänkningen visar sig vara tydligare i studier där kombinerad rådgivning har utförts. Genomsnittssänkningen gällande kombinerad rådgivning är 9,1 mmHg systoliskt och 7,6 mmHg diastoliskt. I de studier där individuell rådgivning genomförts ses en genomsnittssänkning i blodtryck på 6,7 mmHg systoliskt respektive 4,3 mmHg diastoliskt.

Vid översikt av figur 2 ses att alla studier genomfört individuell rådgivning och tre av dem i kombination med grupprådgivning. Kraftigast blodtryckssänkande effekt av de studier som genomförde individuell rådgivning påvisas av Blomqvist et al. (2006) (i figur 2 stapel 1). Det näst bästa blodtryckssänkande resultatet gällande individuell rådgivning ses i studien av McPherson et al (2002) (i figur 2 stapel 8).

I den grupp av studier där rådgivning utfördes individuellt och i grupp visade sig studien av Kim et al. (2006) (i figur 2 stapel 7) ge den kraftigaste blodtrycksänkningen.

Muntlig och/eller skriftlig rådgivning och dess effekt på blodtrycket

Nedan följer en analys av den muntliga och/eller skriftliga rådgivningens inverkan på blodtrycket.



Figur 3: Blodtryckssänkning i interventionsgrupperna avseende muntlig (M) och/eller skriftlig rådgivning (M+S).

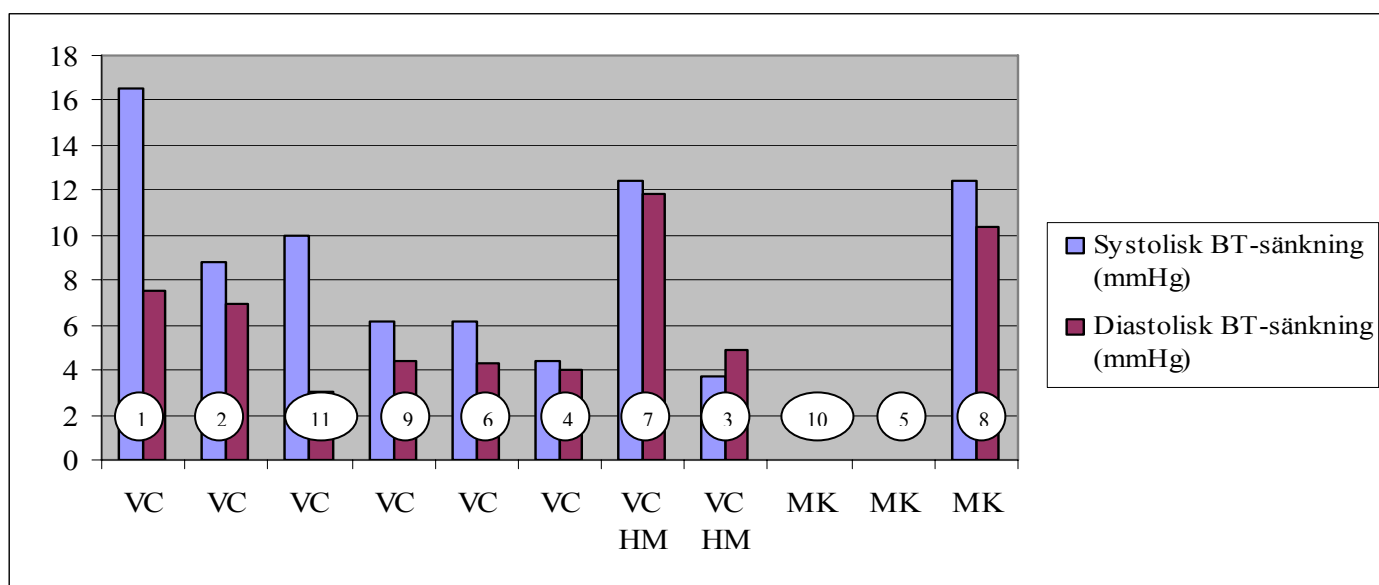
Den genomsnittliga blodtryckssänkningen visar sig vara tydligare i studier där muntlig rådgivning har utförts. Genomsnittssänkningen gällande muntlig rådgivning är 7,5 mmHg systoliskt och 5,7 mmHg diastoliskt. I de studier där en kombinerad form av muntlig rådgivning och skriftlig information använts ses en genomsnittssänkning i blodtryck på 7 mmHg systoliskt respektive 3,8 mmHg diastoliskt.

Vid översikt av figur 3 ses att alla studier genomfört muntlig rådgivning och tre av dem i kombination med skriftlig information.

De kraftigaste blodtryckssänkningarna bland de studier som genomförde enbart muntlig rådgivning ses i studierna av Kim et al. (2006) (i figur 3 stapel 7) och McPherson et al (2002) (i figur 3 stapel 8). Kraftigast blodtryckssänkande effekt av de studier som genomförde en kombination av muntlig rådgivning och skriftlig information påvisas av Blomqvist et al. (2006) (i figur 3 stapel 1).

Platsen för intervention och dess effekt på blodtrycket

I flera av de studier som behandlas i resultatdelen så skiljer sig vårdgeografin åt. En översikt över de vårdlokalisationer där det preventiva arbetet har genomförts kan ses i figur 2 nedan.



Figur 4: Blodtryckssänkning i interventionsgrupperna avseende valet av platsen för vård (VC=Vårdcentral, HM=Hemmiljö, MK=Medicinsk klinik).

Den kraftigaste genomsnittliga systoliska blodtryckssänkningen visade sig i studier som utförts på enbart vårdcentral (8,7 mmHg) och den genomsnittliga diastoliska blodtryckssänkningen var tydligast i studier som utförts på vårdcentral i kombination med hemmiljö (8,4 mmHg).

Vid översikt av figur 4 ses att flest studier utförts på vårdcentral, två av dem kombinerat i hemmiljö. Även tre studier utförda på medicinsk klinik finns representerade.

Den kraftigaste blodtryckssänkningen bland de studier som genomfördes på vårdcentral ses i studien av Blomqvist et al. (2006) (i figur 4 stapel 1). Även studien av Kim et al. (2006) (i figur 4 stapel 7) genomfördes på vårdcentral men i kombination med hemmiljö och påvisade den näst kraftigaste blodtryckssänkningen. Av de tre studier som genomfördes på medicinsk klinik var det endast studien av McPherson et al (2002) (i figur 4 stapel 8) som gav blodtryckssänkning.

Bifynd

Förutom resultat kring interventionernas effekt på blodtrycket erhålls också diverse bifynd.

I studierna av Cakir och Pinar (2006), Kim et al. (2006) och Dennison et al. (2007) sågs en förbättrad följsamhet till rekommenderad behandling. Exempelvis sågs en ökad följsamhet i läkemedelsbehandling i både interventions- och kontrollgrupp i studien av Dennison et al. (2007). En signifikant ökning som kunde ses var användandet av blodtryckssänkande medel. Initialt använde sig 35% i interventionsgruppen av dessa läkemedel, men i slutet var denna siffra 90%.

Minskning av vikt- och midjemått sågs i ett flertal studier. I studien av Cakir och Pinar, (2006) minskade vikt och midjemått i interventionsgruppen liksom i studien av Kastarinen et al. (2002). Kvinnorna i studien av Drevenhorn et al. (2005) påvisade en signifikant viktminskning.

Ett flertal av studierna uppvisade resultat kring kost och fysisk aktivitet. I studien av Kim et al. (2006) anammade fler patienter en mer hälsosam kosthållning och detta sågs också i studien av Cakir och Pinar (2006) där patienterna ökade sin medvetenhet kring salt- och fettreducerad kost. En ökad fysisk aktivitet sågs bland patienterna i interventionsgruppen i tre av studierna (Halm & Denker, 2003; Drevenhorn et al., 2005; Kastarinen et al., 2002).

Minskning av blodfettsnivåer i blodet uppvisar patienterna i två av studierna (McPherson et al., 2002; Kastarinen et al., 2002). Rökning minskade med 20% i studien av Blomqvist et al. (2006) och med 30% i studien av McPherson et al. (2002).

I studien av Scisney-Matlock et al. (2004) visades att kommunikationen med patienten blev signifikant bättre då ett team bestående av läkare och sjuksköterska vårdade patienten jämfört med då vården utfördes endast av läkare.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valts var en litteraturoversikt enligt Segesten (2006) och har därefter analyserat genom en innehållsanalys av kvantitativt material. Vi har haft svårt att komma fram till generella resultat eftersom för få studier är analyserade. Genom att utöka inklusionskriterier skulle fler studier kunna ingå och mer tillförlitliga slutsatser skulle kunna dras.

Statistisk signifikans och tolkning av resultat

Det kan i tabell 2 utläsas att sex av artiklarna visar en signifikant minskning av blodtrycket, medan fem av artiklarna inte visar någon signifikant minskning. De studier som uppvisar en statistisk signifikans behöver inte nödvändigtvis vara av medicinsk eller klinisk relevans och på samma sätt behöver de artiklar som inte uppvisar signifikanta skillnader innebära att de inte har klinisk eller medicinsk relevans (Ejlertsson, 2003). Exempel på detta är jämförandet mellan den faktiska blodtryckssänkningen i studierna av Kastarinen et al. (2002) och Kim et al. (2006). Blodtryckssänkningen är betydligt större i studien av Kim et al (2006). Sänkningen är noterbar eftersom medelblodtrycket vid studiens start var 142,7/87,1 mm Hg, vilket nästan innebär blodtryckskontroll. Trots detta är det studien av Kastarinen et al. (2002) som uppvisar statistisk signifikans och det är ett resultat som uppträder på grund av att kontrollgruppen i studien inte uppvisar några förbättringar, snarare än att interventionsgruppen uppvisar kraftiga blodtryckssänkningar. Sådana här skillnader mellan studier kan förekomma och är viktiga att belysa för att få en ökad förståelse för studiers faktiska resultat och kliniska relevans. I de två ovan nämnda studierna menar alltså vi att den kliniska relevansen kan vara betydande i studien av Kim et al. (2006) trots att statistisk signifikans ej uppnåtts och att den kliniska relevansen kan ifrågasättas i studien av Kastarinen et al. (2002).

Blodtrycksmedelvärdet vid studiens start är intressant för att bättre kunna tolka resultat i studierna. Ju högre utgångsmedelvärde desto större utrymme för blodtryckssänkning och tvärtom. Högst blodtrycksmedelvärde fanns hos interventionsgruppen i studien av Blomqvist et al. (2006) med 162,3/89,3 mm Hg och här sågs också en kraftig minskning av blodtrycket. Det innebär att ett förebyggande arbete mot personer med hypertoni, likt det i Blomqvist et al. (2006), möjligen inte skulle vara lika effektivt om blodtrycksmedelvärdet från början varit lägre.

Vi vill med ovan resonemang betona vikten av att kritiskt granska studiers resultat för att få fram den kliniska relevansen.

Artiklarnas tillförlitlighet

Viktiga komponenter för kvantitativa artiklars tillförlitlighet är längden på studien, studiepopulationens storlek och hur stort bortfallet är. Ju längre tid en studie pågår, ju fler personer som ingår i studierna och ju mindre bortfallet är desto mindre påverkan har slumpen, vilket gör resultaten mer tillförlitliga (Ejlertsson, 2003). Studiepopulationen i våra artiklar är relativt låga där studien av Kastarinen et al. (2002) har högst studiepopulation med 350 personer som ingick i interventionsgrupperna varav 175 personer i den interventionsgrupp som visade en signifikant skillnad i blodtrycksminskning jämfört med kontrollgruppen. Den lägsta studiepopulationen återfinns vi i studien av Kim et al. (2006). Bortfallen i studierna var generellt sätt relativt låga (< 25%), men det är två studier vi vill nämna eftersom bortfallet hos dem var större än i övriga studier. Studien av Kim et al. (2006) hade ett bortfall på cirka 40 % och studien av Pheley et al. (1995) hade ett bortfall på cirka 50% och dessa anser vi bör nämnas, eftersom detta kan ha inneburit en påverkan på dess tillförlitlighet. Dataanalysen av valda

artiklar utgör en god grund för att senare kunna skapa studier med stora urvalsgrupper som pågår under längre tid. Det kan då bli enklare att analysera långtidseffekter och risken minimeras att resultaten påverkas av slumpen.

I vår metoddiskussion vill vi nämna att studien av Scisney- Matlock et al. (2004) har vissa brister i sin utformning. Det finns ingen uppgift om hur länge deltagarna vårdats på respektive klinik och det finns inga initialvärden på de tre olika parametrar studien belyser. En genomsnittlig blodtrycksmätning för respektive grupp genomfördes men ingen skillnad sågs mellan grupperna. I resultatet presenteras därför att ingen systolisk eller diastolisk blodtrycksförbättring har skett.

Vi vill också poängtera att trots att majoriteten av studiernas interventioner genomförs av allmänsjuksköterskor så tillförs kunskap som är relevant för distriktssköterskan, detta särskilt eftersom flera av sjuksköterskorna har specialkompetens inom rådgivning. Dock kan vi se en brist i att majoriteten av studiernas interventioner genomförs av allmänsjuksköterskor, eftersom studiernas utfall hade kunnat se annorlunda ut om endast distriktssköterskor hade utfört rådgivningen. Den enda interventionen utförd av distriktssköterska visade nämligen den kraftigaste blodtryckssänkningen (Blomqvist et al. 2006). Bergsstrand (2000) betonar att hälsorådgivningen av fördel utförs av en distriktssköterska då utbildningen innefattar en mängd fördjupningsområden som ger yrkesrollen en god förutsättning att interagera med det preventiva budskapet i det dagliga arbetet.

Resultatdiskussion

Rådgivning som syftar till att minska risken för hypertoni kan ges individuellt, i grupp eller i kombination. Vid analys av figur 2 ses att individuell rådgivning kombinerat med grupprådgivning ger kraftigast genomsnittlig blodtryckssänkning. Resultatet visar att muntlig rådgivning ger den största genomsnittliga blodtryckssänkningen. Resultatet visar också att effekten på blodtrycket inte kan sägas vara avhängigt valet av vård på vårdcentral, i hemmiljö eller medicinsk klinik. För få studier är dock analyserade för att generella slutsatser ska kunna dras.

Vad vi ändå kan se är att resultatet tyder på att kompetensen på den sjuksköterska som utför rådgivningen har betydelse för blodtryckssänkningen hos personer med hypertoni samt att majoriteten av interventionerna ger en blodtryckssänkande effekt.

I analyserade studier har vi kunnat se positiva resultat på andra faktorer än på blodtrycket. De ger ytterligare en anledning till att genomföra förebyggande arbete mot patienter med hypertoni. Bland annat har vikt och midjemått minskat i flera studier och det kan öka patienters upplevelse av välmående. Genom viktminskning kan patienter bli mer motiverade att genomföra ytterligare livsstilsförändringar vilket i det långa loppet kan sänka blodtrycket. Som distriktssköterskor är det viktigt att uppmuntra positiva förändringar som nämns i våra presenterade bifynd då det kan öka patienternas livskvalitet.

Att nå sårbara grupper

Rådgivningen som sjuksköterskan vill förmedla till vårdtagaren måste nå fram, annars kan blodtryckssänkning utebli. Vikten av att mötet mellan sjuksköterska och patient sker ”på samma planhalva” och att sjuksköterskan närmar sig patienten genom att ha ett pedagogiskt förhållningssätt betonas i bakgrunden med hänvisning till Friberg (2001). Detta kan överföras till betydelsen av att språkliga förbistringar inte ska störa det pedagogiska mötet mellan patient och sjuksköterska. I studien av Dennison et al (2007) där deltagarna var afroamerikaner gavs inte dessa språkliga förutsättningar. Resultatet hade kunnat se annorlunda ut i studien om den

rådgivande sjuksköterskan varit tvåspråkig, som i studien av Kim et al. (2006), eller om tillgång till tolk funnits. För att etniska minoriteter ska kunna behandlas utifrån ett helhetsperspektiv krävs det, enligt Barbosa da Silva och Ljungqvist (2003), att distriktssköterskan har kunskap om hälso- och sjukvårdens kulturella dimension. För att uppnå detta bör distriktssköterskan förstå hur mycket kulturen påverkar människans tänkande, uppfattningar, värderingar, vanor, normer och attityder. Deltagarna från studien av Dennison et al. (2007) är afroamerikaner boende i städer och denna befolkningsgrupp i det amerikanska samhället har en tuff ekonomisk situation vilket gör att de i mindre grad uppsöker sjukvården. I och med studien, där deltagarna får ekonomisk kompensation och kostnadsfria läkemedel, kommer männen under vård och får adekvat behandling utan att behöva belasta sin ekonomi. Det är troligen en stor anledning till att det sker en signifikant ökning av antalet deltagare som ordinerar blodtryckssänkande medel. Afroamerikanska stadsbor blir plötsligt synliga för sjukvården och faller inte in i det stora mörkertal av underbehandlade individer som vi tror finns i samhället. En annan intressant vinkel är hur deltagarantalet och bortfallet hade skilt sig om ingen ekonomisk kompensation och kostnadsfri medicinering erbjudits. Studien är ett utmärkt bevis på att fortsatt forskning krävs kring hur utbildning och förebyggande arbete bland patienter med hypertoni ska utformas samt hur sjukvården ska fånga upp de grupper i samhället som av olika anledningar inte uppsöker sjukvården självmant. I Sverige finns också grupper i samhället som av olika anledningar har en låg levnadsstandard. Resonemanget kring minoriteter och ekonomiska aspekter blir därför applicerbart även i det svenska samhället. Just etniska minoriteter blir aktuellt då studien av Kim et al. (2006) analyseras. I denna studie ses vikten av utforma mätinstrument på ett sätt så att tillförlitliga resultat kan utvinnas. Därmed kan vetenskaplig och erfarenhetsbaserad vård utvecklas och minoriteter får den specifika vård som utgår från just deras behov. Att skapa ett enhetligt system för översättning av diverse mät- och utbildningsmetoder till en mängd olika språk är ett fält för forskning i framtiden.

Vi tror att det är viktigt att distriktssköterskan har kunskap om att olika metoder finns och att det inte finns en universal rådgivningsform som alltid fungerar bäst. Varje enskild patient har unika förutsättningar och utifrån dem bör en individuellt anpassad rådgivningsform utformas. Frågan är hur distriktssköterskor kan implementera denna kunskap i det praktiska arbetet för att stödja personer med hypertoni. Inom den kommunala hälso- och sjukvården upplever vi preventiv vård som åsidosatt. Vi upplever att äldre patienter inte är lika prioriterade som den yngre befolkningen i samhället. Ofta skyddar sig läkare och sjuksköterskor bakom det faktum att personen är gammal och prevention prioriteras därmed inte. Vi anser att den äldre patienten ska ha precis lika stor rätt till preventiv vård som yngre patienter, men att den bör riktas och planeras på ett sätt som passar den äldre personen. Statens folkhälsoinstitut (2003) beskriver vikten av en fortsatt utveckling av folkhälsoarbete för äldre. En mängd delmål har utarbetats, vilket nämns i bakgrunden, som syftar till att ge bättre kunskap om hälsoutveckling och möjlighet att följa upp det samlade folkhälsoarbetet. Även äldre omfattas i dessa mål, eftersom äldre hälsa påverkas av samma faktorer som andra åldersgrupper. Nyttan av samverkan i nätverk betonas i rapporten när det gäller att utveckla folkhälsoarbete för äldre. Med utgångspunkt i det argumentet anser vi att det oavsett patientens ålder, gammal som ung, är distriktssköterskans uppgift att erbjuda förebyggande arbete. Patienten har sedan själv valmöjlighet att besluta vad han eller hon vill. Distriktssköterskan och patienten kan på så sätt tillsammans hitta en väg som leder till ökad hälsa.

Betydelsen av patientens inflytande

I bakgrunden beskrivs empowerment som en viktig del i att patienten själv har makt och möjlighet att påverka sitt liv (Kostenius & Lindqvist, 2006). Ju mer inflytande patienten har i sin egen vård, desto större är chansen till följsamhet i behandlingen vilket innebär att patienten faktiskt slutför den behandling som är påbörjad. Patienten är oftast i underläge i förhållande till sjukvårdspersonalen. Som blivande distriktssköterskor bör vi vara noga med att tillvarata

patientens resurser och ge patienten en känsla av att ha kontroll över sin egen kropp. I studien av Kim et al. (2006) sköter patienten sin blodtrycksmätning i hemmet, medan andra former av preventivt arbete i samma studie sker på annan ort. Blodtrycksmätning i hemmet kan vara ett sätt att undvika s.k. ”white-coat hypertension”, vilket kan inträffa då patienten är på vårdcentral och mäter sitt blodtryck. Det är också ett sätt att utnyttja patientens resurser. Patienten kan känna att han/hon har en uppgift att sköta och upplever kontroll och en makt över sin situation, vilket kan ge positiva hälsoeffekter. Metoden att låta deltagarna ta sitt blodtryck i hemmet måste dock avvägas från fall till fall. Det kan bli en fixering vid blodtrycket och istället för att känna efter hur kroppen mår så litar patienten på sitt uppmätta värde och mår bra eller dåligt utifrån detta.

Betydelsen av samverkan

Ett ytterligare sätt att öka kvaliteten av vården kring patienten är att arbeta i fungerande team. Detta beskrivs av Axelsson och Bihari Axelsson (2007) som nämns i bakgrunden av examensarbetet. I studien av Scisney-Matlock et al. (2004) påvisades att patienterna som vårdats av ett team bestående av sjuksköterska och läkare upplevde en bra dialog med vårdgivaren. Liknande resultat återfinns i en kvalitativ studie av Aminoff och Kjellgren (2001). Syftet med studien var att utforska strukturen och kontinuiteten i samtalet mellan patient och sjuksköterska vid uppföljningssamtal gällande hypertoni. I resultatet gjordes en jämförelse med en liknande studie där interaktionen mellan patient och läkare hade undersökts. Alla sjuksköterskor samtalande om livsstil. Jämfört med läkarstudien så visade det sig att sjuksköterskor fokuserade mer på livsstilsfaktorer och följsamhet till behandlingen. Det framkom också att samtalet mellan sjuksköterskan och patienten var mer jämbördigt. Båda parter kom till tals jämfört med läkarpatient samtalen. I samtalen pratade de mer om livsstilsförändringar än vid läkarsamtalen. Även bättre följsamhet av behandlingen uppnåddes eftersom patienten blev mer delaktig i vården. Det skulle därför vara värdefullt att kunna erbjuda en mer patientcentrerad vård och där skulle distriktssköterskan kunna ha huvudansvaret. Med resonemanget ovan påvisas den centrala position distriktssköterskan har i den icke-farmakologiska vården av patienter med hypertoni. Vi vill samtidigt inte förringa läkarens kompetens i sammanhanget utan framhäva den styrka ett team kan uppnå i vården där distriktssköterskan är en nyckelfigur. Läkarna har en självklar position inom det farmakologiska fältet vid behandling av hypertoni. Farmakologins effekt på blodtrycket är obestridlig. Även andra yrkesprofessioner och organisationer för vårdssamverkan är intressanta. Det kan innefatta dietister, sjukgymnaster och beteendevetare samt organisationer dit patienten kan vända sig så som gymkedjor och föreningar av olika slag.

Idéer för utformande av förebyggande arbete

På en vårdcentral varierar patienternas ålder mer vid jämförelse med kommunal hälso- och sjukvård. Ett preventivt program för patienter med hypertoni skulle kunna utformas på liknande sätt som föräldraträffar för nyblivna föräldrar fungerar på BVC. Patienterna träffas i grupp och kan utbyta erfarenheter. Gästföreläsare kan bjudas in och distriktssköterskan håller i planering och undervisar också själv. Att arbeta i utbildningsgrupper kan innebära att varje enskild utbildningsgrupp behöver göras mer homogen genom att se vilka behov/kunskaper patienterna har innan grupperna sätts ihop. Resonemanget kring att ta reda på vad patienter kan innan utbildning påbörjas följer samma tankebanor som hemsjukvården applicerar i sin verksamhet vid utbildning/delegering av hemtjänstpersonal. Innan undervisning/delegering startar görs kunskapstest för att på så sätt kunna utröna på vilken nivå personalen befinner sig i och utifrån det utforma utbildningen. Denna form av undervisning i kombination med individuellt anpassad rådgivning skulle kunna ge en effektiv prevention och stöd till patienter med hypertoni.

SLUTSATS

Litteraturgranskningen visar att majoriteten av studiernas interventioner inneburit en mer eller mindre blodtryckssänkande effekt. Slutsatsen i examensarbetet är vikten av att ett förebyggande arbete bedrivs mot patienter med hypertoni och att det bör individualiseras utifrån individens unika förutsättningar.

REFERENSER

- Aminoff U.-B., & Kjellgren K. I. (2001). The nurse – a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 582- 589.
- Andrews, G. J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4, 231-248.
- Apoteket AB. (2007). *Läkemedelsboken 2007/2008*. Stockholm: Apoteket AB.
- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A., & Ljungqvist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergstrand, M. (2000). *Hälsorådgivande samtal – kommunikativa strategier i samspel mellan distriktssköterska och patient*. Edsbruk: Akademitryck AB.
- Blomqvist, M., Berglund, B., & Sonde, L. (2006). Nurse-led Blood Pressure Treatment in Primary Health Care: An Intervention Study Comparing Two Regimens. *Vård i Norden*, 82(26), 20-24.
- Cakir, H., & Pinar, R. (2006). Randomized Controlled Trial on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients. *Western Journal of Nursing Research*. 28(2), 190-209.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dennison, C. R., Post, W. S., Kim, M. T., Bone, L. R., Cohen, D., Blumenthal, R. S., et al. (2007). Underserved Urban African American Men: Hypertension Trial Outcomes and Mortality During 5 Years. *American Journal of Hypertension*, 20, 164-171.
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtsson, A. (2005). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7b), 144-151.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, E., & Ericsson, T. (2008). *Illustrerade Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning – Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik.
- Friberg, P., & Jarvén, K. (2005). *Distriktssköterskans upplevelse av preventionsarbetet i primärvården*. (FoU-Rapport 2005:5). Skaraborg: Primärvården.

- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för pedagogik och didaktik.
- Halm, M., & Denker, J. (2003). Primary Prevention Programs to Reduce Heart Disease Risk in Women. *Clinical Nurse Specialist*, 17(2), 101-109.
- Kastarinen, M. J., Puska, P. M., Korhonen, M. H., Mustonen, J. N., Salomaa, V. V., Sundvall, J. E., et al. (2002). 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*, 20, 2505-2512.
- Kim, M. T., Han, H.-R., Park, H. J., Lee, H., & Kim, K. B. (2006). Constructing and Testing a Self-Help Intervention Program for High Blood Pressure Control in Korean American Seniors – A Pilot Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(7), 77-84.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsovägledning- från tanke till ord och handling*. Danmark: Författarna och studentlitteratur.
- McPherson, C.P., Swenson, K.K., Pine, D. D., & Leimer, L. (2002). A Nurse-Based Pilot Program to Reduce Cardiovascular Risk Factors in a Primary Care Setting. *The American Journal of Managed Care*, 8 (6), 543-555.
- Orth-Gomér, K., & Perski, A. (2008). *Preventiv medicin - teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Pheley, A. M., Terry, P., Pietz, L., Fowles, J., McCoy, C. E., & Smith, H. (1995). Evaluation of a nurse-based hypertension management program: Screening, management, and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 54-61.
- SBU. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck – en systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 2008-10-03 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/samf_hypertoni07.pdf
- Scisney-Matlock, M., Gail, M., Jackson, F., & Steigerwait, S. (2004). Comparison of Quality-of- Hypertension- Care Indicators for Groups Treated by Physician Versus Groups Treated by Physician-Nurse Team. *Journal of the American of Nurse practitioners*, 16(1). 17-23.
- Segesten, K. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid 97-104). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Hämtad 2008-10-30 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2A3816D8-51A0-4A6F-9D0C-FB209ED08BBD/7634/1995706.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen och epidemiologiskt centrum.
- Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Folkhälsoarbete för äldre – varför och hur? Praktiska erfarenheter från tio kommuner*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Folkhälsans bestämningsfaktorer och indikatorer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Three doctors. (2008). *PM Praktisk medicin 2008*. Uddevalla: Three doctors förlag.

Tonstad, S., Söderblom Alm, C., & Sandvik, E. (2007). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 6(1), 160-164.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.