



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni.

Författare: Therèse Celander & Sandra Jansson

Handledare: Helena Rosèn

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni.

Författare: Therèse Celander & Sandra Jansson

Handledare: Helena Rosèn

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

I Sverige beräknas idag finnas 1,8 miljoner människor med diagnosen hypertoni. Vid läkemedelsbehandling uppnås ofta inte målet för blodtryckssänkning. Världshälsoorganisationen (WHO), har fastställt att mer än tre fjärdedelar av all dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar skulle kunna förebyggas med adekvata livsstilsförändringar. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning. Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Tio vetenskapliga artiklar granskades och analyserades. I resultatet framkom tre teman: *Rådgivning/ Information, Undervisning och Uppföljning*. Avseende rådgivning och information framkom vikten av att den är ingående och individ anpassad. Gällande undervisning resulterade den i att patienten fick ökad förståelse för sin sjukdom medan uppföljning fungerade som en återkommande påminnelse om fastställda mål.

Nyckelord

Hypertoni, Livsstilsförändringar, Omvårdnad, Patientutbildning, Rådgivning

Lunds universitet

Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	3
Orsaker till hypertoni.....	3
Behandling	4
Syfte	7
Metod	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Data analys	8
Etisk avvägning	9
Resultat.....	9
Rådgivning och information	9
Undervisning	12
Uppföljning	13
Diskussion.....	14
Diskussion av vald metod	14
Diskussion av framtaget resultat.....	15
Slutsats och kliniska implikationer	20
Författarnas arbetsfördelning.....	21
Referenser.....	22
Bilaga 1 (2).....	27
Bilaga 2 (2).....	30

Introduktion

Problemområde

Förhöjt blodtryck ökar risken att insjukna i kranskärslsjukdom, stroke eller övrig hjärt-kärslsjukdom som till exempel hjärtsvikt. Högt blodtryck ökar dessutom risken för utveckling av demens. En systolisk blodtrycksökning på 20mmHg eller en diastolisk ökning på 10mmHg över nivån 115/75mmHg fördubblar risken att dö i hjärt-kärslsjukdom. Denna riskökning är oberoende av andra riskfaktorer för hjärt-kärslsjukdom och är likartad för kvinnor och män (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004)

WHO (2012) anser att 7,5 miljoner dödsfall som sker i världen varje år eller 13 % av alla dödsfall i världen kan sättas i samband med högt blodtryck (hypertoni).

De viktigaste riskfaktorerna vid hjärtsjukdom och stroke är ohälsosam diet, fysisk inaktivitet, tobaksbruk och skadlig alkoholkonsumtion. Livsstilsfaktorernas betydelse är stor då de svarar för 80 % av hjärt-kärslsjukdomarna. I Hälsa och sjukvårdslagen (1982) fastställs att sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa § 2. Den som vänder sig till hälsa och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Undersökningar har visat att sjuksköterskeledda/ koordinerade, förebyggande program är mer effektiva än vanlig vård när det gäller att förebygga kardiovaskulära risker och skulle kunna genomföras på de flesta hälsoinrättningar. Sjuksköterskor utgör en stor del av arbetsstyrkan inom hälsa och sjukvården och deras utbildning i många länder inkluderar fokus på patientundervisning, rådgivning, kommunikation samt insatser för att få till stånd livsstilsförändringar. Sjuksköterskor uppfattas även av allmänheten som pålitliga källor för information och hjälp. Hennes roll inkluderar även koordination av vård och andra discipliner Perk, et al. (2012).

Behovet av att förtydliga sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni är av stor vikt.

Bakgrund

Aterosklerotisk cardiovaskulär sjukdom (CVD) är en samling sjukdomar som påverkar hjärta och blodkärl i olika delar av kroppen. Sjukdomen är lömsk eftersom den ofta hinner utvecklas till ett avancerat stadium innan symtomen kommer (WHO, 2012).

Mer än 80 % av CVD dödligheten sker i låg eller medelinkomstländer och är i stort sett lika mellan män och kvinnor. Människor som bor i dessa länder tros vara mer exponerade för riskfaktorer såsom tobak och deras möjlighet att delta i förebyggande hälsoprogram är begränsade jämfört med människor i höginkomst länder. Sämre tillgång till effektiv och rättvis sjukvård resulterar till att människor i dessa länder dör i ung, produktiv ålder vilket i sin tur kostar dessa länder mycket pengar och bidrar till ytterligare fattigdom. (WHO, 2012). Fram till år 2030 beräknas 25 miljoner människor avlida i CVD i hela världen främst på grund av hjärtsjukdom eller stroke.

Förekomsten av hypertoni i Sverige uppskattas till omkring 1,8 miljoner personer, motsvarande 27 % av den vuxna befolkningen (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Av 1,8 miljoner vuxna med förhöjt blodtryck har;

- 60 % mild blodtryckshöjning (140-159/90-99mmHg)
- 30 % måttlig blodtrycksförhöjning (160-179/100-109mmHg)
- 10 % kraftig blodtryckshöjning ($\geq 180/\geq 110$ mmHg) (SBU, 2004)

Hjärtats arbete försvåras utav högt blodtryck och medför förändringar på kärlen, som blir hårdare och mindre elastiska. Sjukdomar i hjärnans kärl, benens artärer, hjärtsvikt och klaffsjukdomar försämras genom förändringar i kärlen. Åderförkalkning och högt blodtryck är de vanligaste bakomliggande orsakerna till nämnda sjukdomar (Jahren- Kristoffersen, 1998; Lindgärde, Thulin & Östergren, 2009).

Orsaker till hypertoni

Lindgärde et al. (2009) betonar att högt blodtryck oftast inte orsakas av en enskild orsak. Följande faktorer kan vara orsaken till högt blodtryck: Rökning, hög salthalt i kosten, blodfettrubbningar, högt alkoholintag, fysisk inaktivitet, övervikt, anlag och stress. Dessa faktorer påverkar blodkärlens funktion och struktur negativt vilket leder till hjärt och kärl sjukdomar.

Enligt Lindgärde, et al. (2009) är rökning ett stort folkhälsoproblem. Skadeverkningarna av rökning medför för tidig död och upp emot 10 000 individer avlider i förtid på grund av rökning. Blodtrycket stiger eftersom nikotinet har en kärksammandragande verkan, nikotinet är även kraftigt beroendeframkallande då det påverkar hjärnans belöningssystem (Hallberg, 2010). Rökning utvecklar även arterioskleros (Jahren- Kristoffersen, 1998).

Högt saltinnehåll i kosten bidrar till förhöjt blodtryck. Blodfettrubbningar som förhöjda värden av LDL-kolesterol, men även låga HDL-nivåer och höga triglycerider är riskfaktorer som påverkar utvecklingen av hjärt-kärl sjukdomar (Lindgärde et al. 2009).

Användning av alkohol under lång tid kan orsaka skador på bland annat nervsystemet, levern, mag-tarmkanalen och hjärt-kärl systemet (SBU, 2004) även blodtrycket, framförallt det diastoliska, höjs genom överkonsumtion av alkohol (Lindgärde et al., 2009).

I takt med att de flesta befolkningar i världen blivit mer stillasittande har fysisk inaktivitet som riskfaktor för kardiovaskulära sjukdomar ökat i betydelse. Fysisk inaktivitet är en av de 10 viktigaste riskfaktorerna för ohälsa i världen (Lindgärde et al., 2009). Woods (2004) betonar att övervikt i synnerhet bukfetma kan bidra till blodtrycksförhöjning samt öka blodfetterna vilket kan leda till utveckling av diabetes och hjärt-kärl sjukdomar.

Lindgärde, et al. (2009) menar att ärftliga anlag kan vara bidragande faktor till högt blodtryck. Det är framförallt mödrarna som påverkar utvecklingen av barnens blodtryck vilket sker under fosterlivet.

Psykosocial stress orsakad av arbete och familjeliv eller brist på socialt stöd är oberoende riskfaktorer för utveckling av hjärt-kärl-sjukdom enligt Lindgärde, et al. (2009).

Behandling

Det råder betydande enighet enligt SBU, (2004) avseende riktlinjer för handläggning av hypertoni som publicerats under de senaste åren i olika länder och samtliga riktlinjer betonar vikten av att uppnå målet för behandlingen, i regel ett blodtryck lägre än 140/90mmHg men också vikten av att beakta patientens sammanlagda risk för hjärt- kärlsjukdom och inte bara behandla blodtrycket. Samtliga riktlinjer rekommenderar vätskedrivande behandling i lågdos som förstahandsmedel eller som ett av flera förstahandsmedel. Beslutet att starta antihypertensiv farmakologisk behandling avgörs inte enbart på grundvalet av blodtrycksvärdet utan även på den totala kardiovaskulära risken innefattande

sjukdomshistoria, fysisk undersökning och blodprovsanalyser (ibid). Patienter med högrisk hypertoni bör starta antihypertensiv farmakologisk behandling (Perk et al., 2012) och denna bör fortgå livet ut genom att inta en tablett dagligen (Rotaecche et al., 2007).

Ändrad livsstil (rökstopp, kostförändring, minskat alkoholintag, fysisk aktivitet, viktninskning, stresshantering) är enligt SBU (2004) grunden för behandling. Vid omhändertagandet av personer med högt blodtryck ska basen vara livsstilsåtgärder eftersom det kan minska behovet av blodtryckssänkande läkemedel. Hos patienter med mild hypertoni kan livsstilsinterventioner räcka. Livskvalitetsmätningar som speglar symtom och psykosocial funktion talar för att en sänkning av blodtrycket i sig höjer livskvaliteten och det är även visat att behandling med läkemedel förbättrar livskvaliteten jämfört med placebobehandling. (SBU, 2004).

Den så kallade DASH-dieten (dietary approaches to stop hypertension) som är rik på frukt och grönsaker rekommenderas i flera studier. Dieten innebär att välja mejeriprodukter med låg fetthalt, kost med låg kolesterol halt samt minska mängden totalt fett (Edwards, Mills, Sadjja & Ziegler, 2011). Genom att följa DASH dieten kan blodtrycket minskas med 8 till 14mmHg (Woods, 2004). Överviktiga patienter med hypertoni bör få rådgivning angående viktninskning (Rotaecche et al., 2007). För varje 10kg vikt minskning sänks blodtrycket med 5-20mm Hg (Woods, 2004). Rotaecche, et al. (2007) rapporterar att regelbunden fysisk aktivitet 45-60 minuter tre gånger varje vecka rekommenderas. Woods (2004) redovisar att rask promenad minst 30 minuter per dag i nästan alla veckans dagar kan minska blodtrycket med 4 till 9mmHg. Önskvärt är en succesiv minskning av saltintag. För kvinnor är målet en minskning till 6 gram salt per dag och för män 7 gram salt per dag (Lindgärde et al., 2009; Perk et al., 2012 & Rotaecche et al., 2007). Enligt Woods (2004) kan en låg salt innehållande kost sänka blodtrycket med 2 till 8mmHg.

Konsumtionen av alkohol bör begränsas och inte överstiga 10-15 gram per dag för kvinnor och ca 20-30 gram per dag för män, vilket ungefär motsvarar mängden vin mätt i cl (Lindgärde, et al. (2009); Perk, et al. (2012); Rotaceche, (2007). Hos personer med högt blodtryck är även rökstopp en prioriterad åtgärd. Behandlingsvinsterna kan bli mycket stora (SBU, 2004). Intensiv hjälp kan behövas för att få patienterna att sluta röka (Lindgärde et al., 2009).

God följsamhet till ordinerad behandling har stor betydelse för behandlingseffekten. Studier visar att upp till hälften av patienternas intag av läkemedel inte sker i överrensstämmelse med givna rekommendationer. (SBU, 2004). Att få patienterna att ta sina mediciner kan enligt Perk, et al. (2012) vara svårt och eventuellt leda till sämre resultat och ökade kostnader för hälso och sjukvården. Orsakerna till att individer inte tar sina mediciner är relaterad till hälso och sjukvårdssystemet, patienten själv, terapi och socio-ekonomiska faktorer (Perk et al., 2012)

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter

Den föreliggande studien har sin utgångspunkt i Dorothea Orems omvårdnadsteori som bygger på att människan både kan och vill ta hand om sig själv och sin egenvård om hon ges rätt kunskap och möjlighet. Orem menar att individen strävar efter att göra det så bra för sig själv som hon kan. Orems teori fokuserar även på egenvårdsbrist som hon menar kan inträffa när en individ inte längre kan ta hand om sig själv på ett optimalt sätt. Hon anser vidare att människan i grunden både vill och har förmågan att göra vad som krävs för att förebygga sjukdom och befrämja sin egen hälsa.

Omvårdnaden ses i Orems teori som en ersättning när varken individen eller dess närstående kan klara av individens egenvård. Omvårdnadens mål är att hjälpa patienten att klara sig själv så långt det är möjligt, med andra ord hjälp till självhjälp. För att vägleda sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet har Orem formulerat riktlinjer för de uppgifter en sjuksköterska har när hon vårdar en patient. De är att handla eller utföra något för en annan person, vägleda, undervisa, stödja eller skapa en utvecklande miljö (Orem, 2001). Watsons teori om mänsklig omsorg bygger på respekt för människors förmåga till förändring samt tillit till livet och andra människor. Patienten ses som förändraren och sjuksköterskan kan medverka i denna med mänsklig omsorg. (Watson, 1993).

Sjuksköterskan ska *”identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa* (Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, SOU 2005:5 sida 12, 2005).

I Hälso och sjukvårdslagen (1982) fastställs i § 2 b att informationen som ges skall vara individuellt anpassad till patientens hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Sjuksköterskan i primärvården spelar en viktig roll i att upprätthålla, behandla och förebygga sjukdom. Sjuksköterskeledda program som arbetar intensivt och under längre tid har visat sig ha bäst effekt. Strategier som användes var individuell riskbedömning, information om risker, delar beslutsfattande, inkludera familjen, målsättning, individuell/ gruppundervisning samt motiverande samtal. (Rotaèche et al., 2007). Motiverande samtal kan vara en effektiv metod för att motivera patienter till ändrad livsstil enligt Marquardt och Vezeau, (2007). Metoden innebär att synliggöra skillnaden mellan nuvarande beteende och önskat beteende. Detta görs genom att diskutera hur framtiden skulle kunna se ut om en förändring görs.

Att tydliggöra sjuksköterskans roll och hennes betydelse när det gäller livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni är av största vikt då belysning av hennes roll saknas i tidigare studier.

Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni.

Metod

En litteraturstudie valdes då den bäst svarade mot syftet och innebär att tidigare forskning inom ett visst område granskas och sammanställs på ett systematiskt sätt och med en dokumenterad sökstrategi enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

Urval

Sökningarna genomfördes i Medline/PubMed, Cinahl och PsycINFO. Litteratursökningarna gjordes med MeSH-termer i databasen Pubmed som är den äldsta databasen med inriktning på medicin och Major Headings användes i Cinahl som är en något yngre databas med inriktning mot omvårdnad. PsycInfo användes för att komplettera de två andra databaserna med innehåll

av pedagogisk karaktär. (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Artiklarna som inkluderades var publicerade mellan 2000 och 2012 och skulle vara skrivna på svenska, engelska eller tyska. Studierna skulle innefatta män och kvinnor i vuxen ålder med hypertoni. Artiklarnas metod var kvantitativ. Reviewartiklar, artiklar som inte belyste sjuksköterskans roll vid hypertonirådgivning samt kvalitativa artiklar exkluderades. Översikt över artiklarna presenteras i en matris se bilaga 2.

Datinsamling

Sökord utformades för att finna artiklar som svarade till syftet. I databas Cinahl användes Cinahl Headings med följande sökord *Hypertension, Nursing, Counseling, Patient education, Nursing Care, Life Style Changes*. Tabell 1, bilaga 1. I databasen Pubmed gjordes sökningen med hjälp av ämnesord MeSH/Thesaurus I databasens ordlista. Följande sökord användes *Hypertension, Nurses Role, Counseling, Nurse-Patient-relations, Nursing Care, Life style, Health education*. Tabell 2, bilaga 1. I databasen Psyc INFO gjordes sökningen med hjälp av Thesaurus och följande sökord användes *Hypertension, Nursing, Counseling, Lifestyle changes*. Tabell 3, bilaga 1. Först genomfördes sökning på separata MESH-termer, Thesaurus och Cinahl Headings. Härefter utfördes Booleska sökningar vilket innebär att sökorden kombinerades genom att ordet AND sätts emellan. På så sätt åstadkoms en avgränsning enligt Willman, Stoltz & Bahtesevanis (2011). I urval 1 framkom 23 artiklar där titel och abstrakt lästes som uppfattades motsvara litteraturstudiens syfte. I urval 2 lästes artiklarna i sin helhet och klassificering av artiklarna skedde enligt Willman, Stoltz och Bahtesevanis (2011) granskningsmallar för kvantitativa studier. Ett flertal artiklar som inte uppnådde grad II exkluderades. Efter klassificeringen återstod 10 artiklar som svarade på studiens syfte dvs belyste sjuksköterskans roll och dessa tio artiklar lästes i sin helhet av båda författarna.

Data analys

De valda artiklarna lästes igenom flera gånger för att få en grundläggande förståelse om artiklarnas innehåll. Härefter sammanfattades resultaten av studierna. Likheter och skillnader i texterna identifierades enligt Forsberg och Wengström, (2006) och återkommande ord som belyste sjuksköterskans roll valdes ut vilket resulterade i följande tre teman;

Forskningsetiska avvägningar

I föreliggande studie har författarna inte haft några förutfattade meningar innan litteraturstudien påbörjades. Författarna har utgått från Polit & Beck, (2008) att undersökningen ska generera så bra forskningsresultat som möjligt till minsta möjliga skada. Artiklarna som granskades var etiskt godkända, vilket innebär att de blivit godkända av en etisk kommitté i respektive land. Patienterna i de ingående artiklarna deltog frivilligt i studierna efter att informerats skriftligt eller muntligt samtycke erhållits och anonymitet garanterades.

Resultat

Analysen av de ingående studierna resulterade i tre teman; *Rådgivning/ Information, Undervisning och Uppföljning* som alla utmärker sjuksköterskans roll vid livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni.

Rådgivning/ Information

Hacihasanoglu och Gözum (2011) fann i sin studie att sjuksköterskans roll är att ge generell information om hypertoni, dess riskfaktorer och komplikationer samt hur de kan förebyggas. Studien visade också att deltagarna fick sänkt systoliskt och diastoliskt blodtryck och ett sundare livsstilsbeteende om de gavs mer ingående information av sjuksköterska om kost, relevant diet, vikten av saltreducerad kost, stresshantering, viktkontroll, motion, risker med alkohol och rökning.

Bosworth, et al. (2009) studerade effekterna av en kombinerad metod där patienterna fick mäta sitt blodtryck själv hemma samtidigt som rådgivning och undervisning via telefon erbjöds. Utvärdering efter två år visade en signifikant sänkning av systoliska blodtrycket.

Slutsatsen blev att genom att mäta sitt blodtryck själv förbättras förmågan att ta kontroll över sin sjukdom och därmed också läkemedelsföljsamhet.

Hacihasanoglu och Gözum, (2011) liksom Brennan, (2010) studerade uppföljande telefonsamtal som genomfördes varje månad i syfte att erbjuda information och förbättra patienternas kunskap om hypertoni samt uppmuntra livsstilsförändringar såsom rökstopp, regelbunden motion och DASH-diet, vilket Bosworth et al., (2009) också gjorde men med något glesare mellanrum (varannan månad). I båda studier som erbjöd telefon rådgivning blev resultatet sänkt blodtryck hos deltagarna. Rådgivning som gavs ”face to face” användes av Tonstad, Söderblom-Alm och Sandvik (2007). I nämnda studien fick patienterna träffa sjuksköterskan varje månad i sex månader. Den första sessionen varade sextio minuter och följande sessioner varade i trettio minuter. Efter att ha undersökt och fått fram data om patienten, gjorde sjuksköterskan ett individuellt livsstilsprogram för varje patient baserat på dennes riskprofil (Tonstad, Söderblom-Alm & Sandvik, 2007).

Vid varje månadsbesök, påmindes rekommendationerna. Efter sex månader kunde ingen signifikant skillnad i blodtryck ses mellan interventionen och kontrollgruppen men blodfetter och ett antal riskfaktorer för metabolt syndrom hade reducerats i interventionsgruppen (Tonstad, Söderblom-Alm & Sandvik, 2007).

Hebert, et al. (2011) använde sig av en kombinerad metod där patienterna erbjöds ”face to face” rådgivning med mål att öka frekvensen av blodtrycksmätningar hemma samt få patienterna att föra dagbok över sitt blodtryck. Även strategier för att förbättra medicinföljsamheten och vikten av att läsa innehållsförteckningen på mat för att bättre kunna kontrollera hur mycket salt och fett de fick i sig lärdes ut. Regelbundna telefonsamtal som följde upp med förstärkning av dessa råd genomfördes. Efter nio månader uppvisade patienterna i interventionsgruppen signifikant lägre systoliskt blodtryck än i kontrollgruppen (ibid).

I Cakir och Pinar (2006) studie hade sjuksköterskan en stödjande och uppmuntrande roll. Patienterna fick grundläggande råd kring stress, vilka faktorer som orsakar stress samt hur de kunde göra för att hantera stressen. Sjuksköterskan uppmuntrade dem att tala om sina rädslor och oro kring sin hälsa och patienterna fick hjälp att ställa upp realistiska och uppnåeliga mål samt stöd att använda adekvata coping strategier såsom rationellt tänkande, bildspråk, djupandning, positivt tänkande, avancerad muskelavslappning samt uppmuntrade god sömn.

Sjuksköterskan hjälpte patienten med remittering till socialarbetare eller psykolog om sådana behov fanns. Sjuksköterskan berömde deras framsteg och vad de hade åstadkommit. Efter att patienterna blivit informerade om hälsoriskerna med rökning, uppmuntrades deltagarna att sluta röka och gavs sedan en väl utarbetad plan för när detta skulle ske. Sjuksköterskan i Cakir och Pinar (2006) studie motiverade och monitorerade deltagarna under uppföljningen.

För att förbättra följsamheten hos deltagarna i Cakir och Pinar (2006) studie fick personerna i gruppen varsin dagbok i vilket de skulle anteckna kost, vikt, fysisk aktivitet, alkohol konsumtion, rökning, samt vilka *coping strategier* som användes vid stress. Dagböckerna lästes av sjuksköterskan varje månad och användes för att kunna ge individuell feedback. I slutet av varje grupplektion fanns möjlighet för deltagarna att få individuell rådgivning. Resultatet efter sex månader visade att systoliskt och diastoliskt blodtryck hade sjunkit hos de personer som ingick i interventionsgruppen och även signifikant lägre blodfetter och kolesterolvärden uppmättes hos personer i denna grupp. Det fanns också en signifikant skillnad i viktminskning, BMI och midjemått mellan grupperna. Även medicinföljsamheten förbättrades, liksom användandet av saltreducerad kost.

Kastarinen, et al. (2002) erbjöd deltagarna kombinerad rådgivning i form av besök och gruppträffar. Fyra besök till sjuksköterskan under första året och tre besök under andra året. Vid besöken fick deltagarna systematiska instruktioner hur de kunde ändra sin livsstil utifrån sin egen förmåga. Gruppträffarna som inföll sex och arton månader efter första besöket fokuserade på att reducera saltintag och övervikt. Resultatet efter två år visade reduktion av systoliskt och diastoliskt blodtryck men reduktionen var inte signifikant. Däremot fanns signifikant viktminskning i interventionsgruppen. Fler förbättringar som kunde ses i interventionsgruppen var minskat höft-midjemått, minskad alkoholkonsumtion samt lägre kolesterol i blodet (ibid).

I ett flertal studier (Kastarinen, 2002; Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson, 2005; Brennan, 2010) delade sjuksköterskan ut informations folders, innehållande kost rekommendationer och praktiska tips för att uppnå kostrekommendationerna i det dagliga livet (Kastarinen et al., 2002). Drevenhorn, et al. (2005) delade i sin studie ut en folder med information om hypertoni och tillhörande riskfaktorer för stroke och hjärtinfarkt. Foldern innehöll även information om hur personer kan ändra sitt riskbeteende som rökning, alkoholkonsumtion,

fysisk aktivitet, övervikt och blodfetter samt effekten och biverkningarna av olika läkemedel. Brennan, et al. (2010) fokuserade på att all information som gavs till deltagarna i studien var kulturellt anpassade och Bosworth, et al. (2009) poängterar i sin studie vikten av lättförståelig information.

Erci, et al. (2002) påpekar att sjuksköterskor har en viktig roll att stödja patientens individuella behov. Studien visade att patienter som undervisas om hälsa och livsstilsförändringar, inklusive viktminskning, aerob träning och kostbehandlingar kan sänka sitt blodtryck samt behovet av farmakologisk terapi. Rådgivning kan börja med bedömning av patienters kunskap om livsstilsförändringar. Uppdaterad kunskap är nödvändig för att kunna agera rätt i förhållande till riskbeteende, med andra ord måste patienterna besluta om de vill försöka ändra sin livsstil. Patientcentrerad rådgivning framkallar patientens föreställningar och tankar om beteenden som rökning, hög alkoholkonsumtion, övervikt eller en stillasittande livsstil. Patientens föreställningar styr sjuksköterskan under sin rådgivningsprocess (Drevenhorn et al., 2005).

Undervisning

Hachihasanoglu och Gözüm (2011) fann i sin studie att patienternas följsamhet till läkemedels användning ökade när de fick individuell undervisning gällande medicinering, effekten av antihypertensiva läkemedel, eventuella bieffekter vad som kan göras om de uppkommer samt vikten av att ta sina mediciner regelbundet. Bosworth, et al. (2009) använde sig av en kombinerad metod där sjuksköterskan lät patienterna mäta sitt blodtryck i hemmet och under två års tid undervisas via telefon om DASH-diet, viktminskning, reducerat saltintag, regelbunden fysisk aktivitet, rökstopp samt lagom alkoholförbruk, förbättrade patienternas blodtryckskontroll men även förmågan att ta kontroll över sin egen sjukdom. Patienterna uppvisade ett lägre systoliskt blodtryck än kontrollgruppen samt förbättrad följsamhet till läkemedel (Bosworth et al., 2009).

Cakir och Pinar (2006) använde sig av undervisning i grupp. Deltagarna som var mellan sex och åtta stycken i varje grupp, erbjöds undervisning om hur man kontrollerar hypertoni för att förebygga hjärtsjukdomar och stroke. Första lektionen varade trettio minuter och stor vikt

lades vid miljön i undervisningsrummen. Tysta, väl upplysta rum som erbjöd en atmosfär där patienterna kunde koncentrera sig på undervisningen utan att bli störda ansågs vara viktigt. Under den första månaden hölls två sextio minuters lektioner där deltagarna fick detaljerade råd m kost, innehållet i kostcirkeln, det dagliga behovet av salt, fett, alkohol och fysisk aktivitet. Rekommendationerna baserades på DASH- dieten som förespråkar frukt, grönsaker, produkter med låg fetthalt, hela korn, fågel, fisk och nötter. Den sista lektionen hölls efter tre månader med målet att upprätthålla de livsstilsförändringar som deltagarna hade påbörjat men även försöka återengagera inaktiva deltagare (ibid).

Aminoff och Kjellgren (2001) redovisar att utbildade sjuksköterskor har en viktig roll vid hypertensiv behandling, patientutbildning och när det gäller att samordna vård teamet. Förutom att mäta blodtryck, är det viktigt att utbilda och uppmuntra till förändringar i kost och livsstil, fråga om allmän hälsa och biverkningar och förstärka icke-farmakologiska råd. För att förbättra hypertensiv vård är det enligt Aminoff och Kjellgren (2001) av vikt att sjuksköterskan uppmärksammar stress symtom i syfte att hjälpa patienter i stresshantering och att uttrycka känslor.

Uppföljning

Att erbjuda uppföljningsbesök är viktigt menar Drevenhorn, et al. (2005) för att kunna fortsätta diskussionen om att byta livsstil eller att ge stöd när patienten har förändrat beteende. I Hacıhasanoğlu och Gözümlü (2011); Hebert, et al. (2011) studie hade sjuksköterskan uppföljande samtal varje månad med sina patienter för att erbjuda information om hypertensivitet. Sjuksköterskan följde även upp och förstärkte råd och kontaktade patientens läkare för att diskutera patientens problem med specifika mediciner i de fall de hade biverkningar som gjorde följsamhet svårt. Sjuksköterskan föreslog även medicinbyte. I Hebert, et al. (2011) studie träffade sjuksköterskan sina patienter varje månad under sex månader och gjorde då ett individuellt livsstilsprogram i sex steg, baserat på en teoretisk modell. Att tänka på dessa steg kan enligt Hebert, et al. (2011) ge bättre resultat i beteende förändringsprocessen.

Erci, et al. (2002) använde sig av Watson's omvårdnads modell i sin studie och fann att sjuksköterskor som vårdar relationen med hypertensiva patienter kan ha en positiv inverkan

på deras blodtryck. Sjuksköterskan måste också bedöma patientens hemsituation, att sätta de nuvarande beteenden i sammanhang vilket enligt Erci, et al. (2002) innebär att ha en helhetssyn omkring patienterna.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Fördelarna med en litteraturstudie är att kunna ta del resultatet från ett stort antal studier med många deltagare och från olika länder. Att deltagarna har olika nationalitet skulle kunna vara en nackdel men i föreliggande studie visade sig detta inte ha någon betydelse eftersom behandlingen av hypertoni-patienter inte skiljer sig nämnvärt mellan olika länder framförallt i västvärlden där likvärdiga ekonomiska resurser föreligger. En empirisk studie hade kunnat väljas för att svara på frågeställningen men resultatet hade inte blivit lika omfattande och utförandet av en kvalitativ studie hade krävt en större tidsmässig arbetsinsats som inte är möjlig inom ramen för denna kurs. En oväntad fördel med valet av litteraturstudie speglas i resultatet där inte bara frågeställningen besvarades utan även livsstilsrådgivningens effekt på individernas blodtryck.

De inklusionskriterier som valdes var att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år för att få så aktuell forskning som möjligt, detta kan dock ha begränsat resultatet. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska, engelska och tyska då en av författarna behärskar detta språket. Att inkludera det tyska språket visade sig vara onödigt då artiklar på detta språk saknades.

Litteratursökningen utfördes i databaserna Pubmed/Medline, Cinahl samt PsycINFO och sökorden valdes ut för att passa till frågeställningen. Sökorden justerades efterhand då antalet träffar var för få efter första sökningen. Olika kombinationer av sökord provades med gott resultat. Kvantitativa vetenskapliga artiklar som enbart handlade om sjuksköterskans roll var svåra att finna då många studier använde sig av andra yrkeskategorier såsom läkare och hälsocoacher för att genomföra livsstilsinterventionerna. Författarna valde därför att exkludera artiklar som inte belyste sjuksköterskans roll. Ett flertal artiklar var återkommande vid de olika sökningarna.

En sökning utfördes också i databasen PsycINFO, med förhoppning att finna artiklar av pedagogisk karaktär, sökningarna resulterade dock i artiklar som redan hittats i Pubmed eller Cinahl. Inga studier valdes utefter någon annan studies referenslista eftersom de flesta referenserna var mer än 10 år gamla och därmed inte föll under inklusionskriterierna.

De valda studierna kvalitetsbedömdes genom att granskas med hjälp av Willman, et al. (2011) mall för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, RCT och CCT, de studier som uppnådde kriterierna för grad I och II valdes ut och inkluderades i studien.

Att granska och vetenskapligt bedöma artiklar kräver kunskap inom forskningsmetodik som författarna till föreliggande studie inte anser sig besitta. Vilket kan ha påverkat kvalitetsbedömningen av valda artiklar.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet av de granskade studierna visade att livsstilsrådgivning har betydande effekt på patientens hälsa. Av tio granskade artiklar kunde en signifikant minskning av blodtryck ses i åtta av artiklarna (Bosworth et al., 2009; Brennan et al., 2010; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; Erci et al., 2001; Hacıhosanoglu & Gözümlü, 2011; Hebert et al., 2011; Kastarinen et al., 2002) Detta resultat stärks av Miyong, et al. (2008) som fann en signifikant minskning av systoliskt och diastoliskt blodtryck i gruppen som fått livsstilsrådgivning.

Andra positiva effekter av sjuksköterskans rådgivning som återfanns i resultaten var ökad fysisk aktivitet (Aminoff och Kjellgren, 2001; Kastarinen et al., 2002) Ändrade kostvanor som i sin tur resulterade i viktminskning, sänkt BMI., lägre halt av blodfetter och kolesterol i blodet. (Cakir & Pinar 2006; Drevenhorn et al., 2005). Grunden för behandling är ändrad livsstil, det finns ett flertal olika livsstilsförändringar: fysisk aktivitet, viktminskning, kostförändring, stresshantering, rökstopp och minskning av alkoholintag SBU (2004). En annan effekt av livsstilsrådgivning var att följsamheten av farmakologisk behandling förbättrades (Cakir & Pinar 2006).

Litteraturstudiens resultat visade att sjuksköterskans roll är rådgivande, informerande, undervisande och uppföljande. Detta stämmer väl överrens med Orems (2001), omvårdnadsteori där hon menar att människor både vill och kan göra vad som krävs för att

förebygga sjukdom och befrämja sin egen hälsa om hon bara ges den rätta kunskapen. Resultatet stämmer väl överrens med Hälsa och sjukvårdslagen (1982) som fastställer att informationen som ges ska vara individuellt anpassad till patientens hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Hur informationen gavs skiljde sig åt i de granskade artiklarna. Bosworth, et al. (2009) samt Hacıhasanoglu och Gözum, (2011), använde sig av telefonrådgivning vilket resulterade i bland annat sänkt blodtryck hos deltagarna. Detta resultat stärks genom Miyong, et al. (2011) studie där patienterna fick telefonrådgivning under sex veckors tid. Alla patienterna som deltog i studien hade koreanskt ursprung och sjuksköterskan som gav rådgivningen talade koreanska. Studien visar således både betydelsen av information och rådgivning men belyser även vikten av att patient anpassa rådgivningen till dennes behov genom att överbrygga språkbarriärer. Samma forskare belyser just språkbarriären i en annan studie (Miyong et al., 2008) där deltagarna också var av koreanskt ursprung och där de fick brev hemskickade regelbundet innehållande information om hypertoni, skriven på koreanska. Resultatet av studien tydde på bättre blodtryckskontroll hos de deltagare som fått informationen på sitt eget språk. Brennan, et al. (2010) fokuserade på att all information som gavs till deltagarna i studien skulle vara kulturellt anpassade. Sjuksköterskan ska ha förmågan att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga (SOU, 2005) Hur länge livsstilsinterventionerna pågick hade också betydelse när studierna jämfördes med varandra. Mycket talar för att ju längre livsstilsrådgivning pågår, desto bättre blir resultaten. Miyong, et al. (2011) konkluderar i sin studie att regelbunden feedback från kontakt sjuksköterska kan fungera som en kontinuerlig och återkommande ”sporre” för att upprätthålla patienternas kunskap om hypertoni.

Miljön där undervisning eller rådgivning ges oavsett om det gäller individuell rådgivning eller rådgivning i grupp bör vara väl genomtänkt. Cakir och Pinar (2006) använde sig av undervisning i grupp och lade stor vikt vid miljön i undervisningsrummen. Tysta, väl upplysta rum som erbjöd en atmosfär där patienterna kunde koncentrera sig på undervisningen utan att bli störda ansågs vara viktigt vilket Hacıhasanoglu och Gözum (2011) också ansåg både vad gällde miljön på kliniken men även vid hembesök. Tysta och komfortabla rum användes i så stor utsträckning som möjligt. Att skapa en utvecklande miljö för patienten ingår i de riktlinjer som Orem (2001) har utarbetat för att vägleda sjuksköterskor i sitt omvårdnadsarbete. Som sjuksköterska anser vi att miljön är av stor betydelse vid blodtrycksmätning. Önskvärt vore att ljudnivån var dämpad och inte störande för patienten

vilket kan påverka blodtrycket negativt. Tyvärr används ibland olämpliga utrymmen såsom akut rum vilket innebär onödigt spring runt patienten för att hämta diverse läkemedel och apparater. Anledningen till detta beror på personalbrist. Att sjuksköterskan på blodtrycksmottagningen måste ersätta sjuk personal på vårdcentralen och därför inte kan utnyttja blodtrycksrummet som ligger lite avses och avsett för blodtrycksmätning.

Aminoff och Kjellgren (2001) redovisar att hypertoni vården skulle kunna förbättras genom att sjuksköterskan blir mer uppmärksam på stress symtom, för att kunna hjälpa patienter med stresshantering och att uttrycka känslor. I Cakir och Pinar (2006) studie hade sjuksköterskan en stödjande och uppmuntrande roll. Patienterna fick grundläggande råd kring stress, vilka faktorer som orsakar stress samt hur de kunde göra för att hantera den. Hon uppmuntrade dem att tala om sina rädslor och oro kring sin hälsa. Patienterna fick hjälp att ställa upp realistiska och uppnåeliga mål samt stöd att använda adekvata coping strategier såsom rationellt tänkande, bildspråk, djupandning, positivt tänkande, avancerad muskelavslappning samt uppmuntrade god sömn.

Brattberg (2008) menar att känslorienterad coping kan vara bra för personer som tvingas leva med någon form av kronisk sjukdom. Vilken copingstrategi som patienten väljer kan ha en avgörande betydelse för om man ska förtränga det som hänt, engagera sig eller stänga av. Att förneka kan förbättra stämningsläget under tidiga faser i ett krisförlopp men brukar även medföra att den ordinerade behandlingen inte sköts. Att möta sin sjukdom är oftast förknippat med färre symtom, mindre stress och bättre välmående enligt Brattberg, (2008) som även menar att avgörande för långtidsresultatet är om patienten närmar sig eller fjärrar sig från det som är svårt eller jobbigt. Att vägleda, undervisa och stödja menar Orem (2001) är en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter för att hjälpa patienten att klara sig själv. Genom att vi sjuksköterskor i vårt yrke vägleder patienter så hjälper vi dem till självhjälp. Vi anser det viktigt att patienterna själv arbetar sig mot sina mål men med sjuksköterskans vägledning. Vi upplever att patienterna inte alltid har förmågan att vilja hjälpa sig själv.

Aminoff och Kjellgren (2001) fann i sin studie att kort konsultations tid var av största betydelse för patientcentrerad rådgivning då längre konsultationer innebar att samtalsämnet leddes bort från viktig information vilket tydde på att sjuksköterskans rådgivning inte alltid var så fokuserad och patientcentrerad. Aminoff och Kjellgren (2001) menade att om sjuksköterskor får undervisning i hur man bäst utför patientcentrerad rådgivning blir den rådgivning som de ger effektivare och mer patientfokuserad. Liknande resultat kom

Drevenhorn, et al. (2009) fram till i sin studie då nitton sjuksköterskor från olika hypertoni-mottagningar i Sverige, spelade in två rådgivnings sessioner före och efter att de fått tre dagars undervisning i patientcentrerad rådgivning, information och uppdatering angående rådande rön omkring hypertoni-vård, livsstilsfaktorer och farmakologisk behandling. Sjuksköterskorna fick även hjälp att strukturera upp rådgivningssamtalen med hjälp av en för studien utarbetad folder innehållande råd för hur patienter ska kunna ta ansvar för sin egen hälsa. Resultatet av studien visade att samtal om alkoholkonsumtion och patientens eget ansvar ökade medan samtal om oviktiga ämnen såsom väder och vind, andra hälsoproblem samt tidsbokning minskade efter träningen. Även Erci, et al. (2002) poängterar i sin studie vikten av patient-centrerad rådgivning. Vi anser att struktur är viktigt för att kunna ge alla patienter likvärdig rådgivning och information. Därför är det viktigt med evidensbaserad forskning.

Motivation är en viktig faktor för att åstadkomma livsstilsförändringar och här har sjuksköterskan också en viktig roll enligt Cakir och Pinar, (2006). Ett problem kan dock vara att behandla de personer som inte vill ändra sin livsstil. Att utbilda sig till sjuksköterska innebär att det finns en önskan att hjälpa andra människor. Problem uppstår därför när människor faktiskt inte önskar sjuksköterskans hjälp. Det kan vara svårt för oss att hantera. Att försöka förklara på ett enkelt sätt varför förändringarna är viktiga för patienten kan vara ett sätt att hantera situationen. Detta kan behöva upprepas. Det hade varit önskvärt att i sjuksköterskeutbildningen få öva sig i konflikthantering och motiverande samtals teknik för att vara förberedda för dessa händelser.

I en intervjustudie av Jallinoja, et al. (2007) där tvåhundra tjugo läkare och sjuksköterskor tillfrågades om sin syn på patientens och sin egen roll vid behandling av patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar ansåg sig hälften av dem sakna tillräckliga kunskaper för att kunna ge adekvat livsstilsrådgivning. Patienten sågs som en central figur och egenvård uppmuntrades aktivt men om han/ hon var ovillig att ändra på sig sågs patienten istället som en barriär. I en stor kartläggning av sjutusen niohundra patienter i 22 Europeiska länder (Brotons et al., 2012) undersöktes patienters attityd till och åsikter om vikten av livsstil och förebyggande åtgärder samt hur de önskade få stöd och vad som var avgörande för villighet till att ändra livsstil eller ej. Kartläggningen visade att av de personer som låg i riskzonen för alkoholism ansåg endast 30 % att de behövde ändra sitt beteende jämfört med 70 % av de som hade ohälsosamma kostvanor, rökte eller rörde sig för lite. Personer med för hög

alkoholkonsumtion önskade heller inte få råd eller diskutera problemet med sin läkare eller sjuksköterska. Dessutom rapporterade de att deras läkare sällan tog upp ämnet alkohol lika ofta som andra riskfaktorer diskuterades. Vidare visade kartläggningen att när patienten väl har accepterat att de behöver ändra på sig, tror de flesta att de ska klara av det och planerar för hur det ska gå till vilket även Orem (2001) menar när hon beskriver att människan i grunden både vill och har förmåga att göra vad som krävs för att förebygga sjukdom och befrämja sin egen hälsa.

Hur ska sjuksköterskan kunna motivera patienter till att ändra sin livsstil? I en artikel av Marquardt och Vezeau (2007) beskrivs motiverande samtal som en effektiv metod för att motivera patienter att ändra sin livsstil. Motiverande samtal ändrar fokus från patientens intellektuella behov till de känslomässiga vilket kräver att rådgivaren visar empati genom att ställa frågor med öppna svar, reflektivt lyssnande, att bekräfta och sammanfatta men även visa intresse och omtanke om patienten på ett lugnt och icke stressfullt sätt. Metoden innebär vidare att synliggöra skillnaden mellan nuvarande beteende och önskat beteende genom att diskutera det bästa och sämsta med nuvarande beteende och tänka hur framtiden skulle se ut om en förändring gjordes. Att hantera motstånd är en del av metoden och kan göras på olika sätt. Det krävs dock att rådgivaren bibehåller en lugn och stödjande attityd även när patienten inte vill ändra på sig. Att ”rulla med motståndet” benämns både av såväl Marquardt och Vezeau, (2007) som Holm-Ivarsson, (2012). Uttrycket innebär att backa, byta samtalsämne, ändra fokus, göra en reflektion eller bekräfta det man hör. På så sätt visas patienten respekt, spänningarna i samtalet minskas, en konflikt undviks och en bra relation bibehålls. Att stödja patientens självförtroende kan göras genom att visa optimism, ingjuta hopp och uttala förtroende för dennes förmåga att klara av en livsstilsförändring enligt Holm-Ivarsson, (2012). Fokus för samtalen bör anpassas efter patientens motivation eller beredskap för förändring. Motivation beskrivs som olika stadier av mognad (hur redo patienten är) medan brist på motivation helt enkelt är olöst ambivalens (ibid).

“Motiverande samtal innebär inte bara att leda hästen till vattnet men även få den att dricka” (Marquardt & Vezeau, 2007, s. 27)

Sjuksköterskan ska ha förmågan att motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt att förebygga hälsorisker genom undervisning och stöd i syftet att främja hälsa och att förhindra ohälsa (SOU, 2005).

Avslutningsvis visar föreliggande litteraturstudie att sjuksköterskans roll när det gäller livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni innefattar många områden såsom rådgivning, information, undervisning och uppföljning. Uppgiften att förändra patienters livsstil är komplex och ibland svår speciellt när det gäller att motivera och vägleda dem som saknar vilja och förmåga till att förändra sig.

Slutsats och kliniska implikationer

Föreliggande studies resultat visar att sjuksköterskan har en betydelsefull roll när det gäller att ge livsstilsrådgivning till patienter med hypertoni. Sjuksköterskan informerar och undervisar men ger även råd och stöd på olika sätt. Resultatet visar även att livsstilsrådgivning har många positiva effekter som sänkt blodtryck, minskad vikt, minskat midjemått, sänkta blodfetter, sänkta kolesterol värden samt bättre följsamhet till medicinsk behandling.

Livsstilsinterventionen resulterade även i en ökad fysisk aktivitet och ett större allmänt välbefinnande. Dessa hälsovinster talar för att en utbyggnad av "livsstilmottagningar" till att gälla alla vårdcentraler i landet, skulle få fler patienter med hypertoni att få kontroll över sin sjukdom.

Resultatet av studien visar även att ju längre tid patienterna får livsstilsrådgivning, desto lättare har de att hålla fast vid sin nya hälsoprofil, vilket åskådliggör omvårdnadens stora betydelse där patientens behov och resurser står i fokus. För att förbättra och fördjupa omvårdnaden ytterligare menar författarna att sjuksköterskor som arbetar på livsstilmottagningar borde få utbildning i samtalsteknik.

Rådande litteraturstudie skulle kunna ligga grund för en intervjustudie då sjuksköterskans uppgifter vid livsstilsrådgivning belyses. Även en observationsstudie där patientsamtalen före och efter att sjuksköterskan fått undervisning i samtalsteknik vore av intresse för att utvärdera sjuksköterskans roll vid hypertoni-behandling.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna anser att arbetsbördan har fördelats jämt mellan sig. Artiklarna söktes tillsammans både i närvaro av varandra men även via Skype. Artiklarna delades sedan upp mellan författarna vilket innebar att analys och bearbetning av dessa skedde individuellt. Artikelanalysen kan dock ha påverkats av detta arbetssätt. All textproduktion har skett tillsammans och beställning av artiklar har skett med hjälp av bibliotekarierna på Helsingborgs lasarets bibliotek där de flesta träffar ägt rum.

Referenser

Aminoff, U. B., & Kjellgren, K. I. (2001). The nurse - a resource in hypertension care. *Journal of advanced Nursing*, 35, (4), 582-589.

Brennan, T., Spettell, C., Villagra, V., Ofili, E., McMahill-Walraven, M. S. W., Lowy, E. J... Mayberry, R. (2010). Disease management to promote blood pressure control among African Americans. *Population Health Management*, 13 (2), 65-72.

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara. Om coping*. Stockholm: Värkstaden Gunilla Brattberg AB.

Brotons, C., Bulc, M., Sammut, M., Sheehan, M., Manuel da Silva Martins, C., Björkelund, C... Godycki-Cwirko, M. (2012). Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The Euroreview patient study. *Family Practice*, 29, (1), 168-176.

Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Grubber, J.M., Neary, A. M., Orr, M. M., Powers, B. J... Oddone, E. Z. (2009). Two self-management interventions to improve hypertension control: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151, 687-695.

Cakir, H., & Pinar, R. (2006). Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients. *Western Journal of Nursing Research*, 28, (2), 190-209.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., & Kjellgren, K. I. (2009). Evaluation of consultation training in hypertension care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, (5), 349-354.

Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., Bengtson, A. (2005). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, (7b), 144-151.

Edwards, K. M., Wilson, K., Sadjja, J., Ziegler, M. G & Mills, P-J. (2011). Effects on blood pressure and autonomic nervous system function of a 12-week exercise or exercise plus

DASH-diet intervention in individuals with elevated blood pressure. *Acta Physiologica*, 203, 343-350.

Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kilic, D., Sahin, O., & Güngörmüs, Z. (2002). The effectiveness of Watson`s Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of advanced Nursing*, 41, (2), 130-139.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2006). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Hacihanoglu, R., & Gözümlü. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (5-6), 692-705.

Hallberg, R. M. L. (2010). *Hälsa & Livsstil*. Lund: Studentlitteratur.

Hebert, P. L., Sisk, J. E., Tuzzio, L., Casabianca, J. M., Pogue, V. A., Wang, J. J... McLaughlin, M. (2011). Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: A randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 27, (6), 630-639.

Holm-Ivarsson, B. (2012). 2:a uppl. *Motiverande samtal, praktisk handbok för hälso-och sjukvården* (2 uppl.). 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, 244-249.

Kastarinen, M. J., Puska, P. M., Korhonen, M. H., Mustonen, J. N., Salomaa, V. V., Sundvall, J. E... Nissinen, A. M. (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.

- Kristoffersen, J, N,. (1998). *Allmän Omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Lindgårde, F., Thulin, T., & Östergren, J. (2009). *Kärlsjukdom Vaskulär medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Marquardt, P. & Vezeau, T. (2007). Motivational interviewing: the link between healthy choices and healthy patients. *The American Journal for Nurse Practitioners*, 11, (8), 21-31.
- Miyong, K.T., Hae-Ra, H., Haley, H., Jiyun, K., Hee, S.J., Kim, K.B., & Martha, H.N. (2011). Teletransmitted monitoring of bloodpressure and bilingual nurse counseling-sustained improvements in bloodpressure control during 12 months in hypertensive Korean Americans. *The Journal of Clinical Hypertension*, 13, (8), 605-612.
- Miyong, K.T., Eun-Young, K., Hae-Ra, H., Seonghee, J., Jong, E.L., Hyun, J.P... Martha, N. (2008). Mail education is as effective as in-class education in hypertensive Korean patients. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10, (3), 176-184.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of practice* (6 uppl.). St.Louis, Missouri: United States of America. Mosby, Inc.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M... Zannad, F. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 33, (13), 1635-1701.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2008). *Essentials of Nursing Research- Appraising Evidence for Nursing Practice* (7 uppl.) Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Rotaeche, R., Aguirrezabala, J., Balagué, L., Gorroñogoitia, A., Idarreta, I., Mariñelarena, E... Torcal, J. (2007). Clinical practice guidelines on arterial hypertension. 2007 update. *National Guideline Clearinghouse*, 7748.

SBU. (2010). *Hemblodtrycksmätning*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 29 januari från:

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Hemblodtrycksmatning/>

SBU. (2004). *Måttligt förhöjt blodtryck*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 29 januari från: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mattligt-forhojt-blodtryck/>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2005:5. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tonstad, S., Söderblom-Alm, C., & Sandvik, E. (2007). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, (2), 160-164.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad- Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2012). World Health Organisation. *Cardiovascular diseases: Fact sheet N°317*. Geneve. Hämtad 29 januari från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Woods, A. (2004). Loosening the grip of Hypertension. *Nursing*, 34, (12).

Tabell 1. Sökning i Cinahl

Databas Cinahl	Sökord Thesaurus	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Hypertension	9,971	0	0
#2	Nursing	32,524	0	0
#3	Counseling	4,951	0	0
#4	Patient education	6271	0	0
#5	Nursing Care	7148	0	0
#6	Life Style Changes	795	0	0
#7	# 1 AND # 2 AND # 3	17	2	1
#8	# 1 AND # 4 AND # 5	12	0	0
#9	# 1 AND # 2	79	0	0
#10	# 1 AND # 6	175	3	1
#11	# 1 AND # 3 AND # 4	0	0	0
#12	# 1 AND # 5 AND # 6	5	0	0
#13	# 1 AND # 2 AND # 6	24	0	0
#14	# 1 AND # 2 AND # 4	68	4	1
#15	# 1 AND # 2 AND # 5	95	1	0
#16	# 1 AND # 3 AND # 6	15	0	0
#17	# 1 AND # 4 AND # 6	26	0	0

Tabell 2. Sökning i Pub Med

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
Pub Med	Mesh-termer			
#1	Hypertension	636	0	0
#2	Nurses Role	237	0	0
#3	Counseling	3175	0	0
#4	Nurse-Patient-Relations	203	0	0
#5	Nursing Care	4740	0	0
#6	Life Style	28370	0	0
#7	Health education	132332	0	0
#8	# 1 AND # 3 AND #5	64	5	4
#9	# 1 AND # 3 AND #6	99	3	1
#10	# 1 AND # 2 AND # 6	40	2	0
#11	# 1 AND 5 AND # 6	144	1	1
#12	# 1 AND # 4 AND # 5	28	1	1
#13	# 1 AND # 4 AND # 6	2	0	0
#14	# 1 AND # 2 AND # 3	15	0	0
#15	# 1 AND # 3 AND # 4	4	0	0
#16	# 1 AND # 5 AND # 7 AND # 6	55	0	0

Tabell 3. Sökning i Psyc INFO

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
Psyc INFO	Mesh-termer			
#1	Hypertension	1313	0	0
#2	Nursing	12375	0	0
#3	Counseling	17732	0	0
#4	Lifestyle changes	780	0	0
#5	# 1 AND # 2	177	1	0
#6	# 1 AND # 2 AND # 3	12	0	0
#7	# 1 AND # 4	44	0	0
#8	# 1 AND # 2 AND # 4	7	0	0

Bilaga 2 (2)

Matris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Aminoff, U.B., & Kjellgren, K.I. Sverige. 2001.	The nurse- a resource in hypertension care.	Att utforska innehåll och struktur av kommunikation mellan patient och sjuksköterska vid uppföljningsbesök av hypertoni-patienter.	Audio inspelningar av möte mellan patient och sjuksköterska vid 4 olika vårdenheter.	n= 45	Kort konsultationstid var av störst betydelse. Längre konsultationer ledde samtalsämnet bort från viktig information. Patienten var mer aktiv i samtalet hos sjuksköterska än i samtal med läkare.	Grad 2 CCP
Bosworth, H., Olsen, M., Grubber, J., Neary, A., Orr, M., Powers, B., Adams, M., Svetkey, L., Reeds, S., Li, Y., Dolor, R., & Oddone, E. 2009. USA.	Two self-management interventions to improve hypertension control.	Jämföra två egenvårdsprogram med syfte att förbättra blodtryckskontrollen hos patienter med hypertonic.	Deltagarna randomiserades in i 4 grupper: sedvanlig vård, egen blodtrycksmätning hemma, patientanpassad rådgivning samt både rådgivning och blodtrycksmätning.	n= 636 (66)	Efter två år visade resultatet på att den största och bibehållna förbättringen av systoliskt och diastoliskt blodtryck återfanns i den kombinerade gruppen	Grad 1 RCT

Brennan, T., Spettell, C., Villagra, V., Ofili, E., McMahon-Walraven, C., Lowy, E., Daniels, P., Quarshie, A., & Mayberry, R. 2010. USA.	Disease management to promote bloodpressure control among Africa Americans.	Undersöka om telefonrådgivning via sjuksköterska är mer effektiv än att endast låta patienten mäta sitt blodtryck i hemmet.	Randomisering till två grupper. En grupp fick livsstilsrådgivning medan den andra endast fick blodtrycksmätare till hemmet.	n= 485	Efter 12 månader var systoliskt blodtryck signifikant lägre i interventionsgruppen och 50% fler mätte sitt blodtryck i denna grupp.	Grad 1 RCT
Cakir, H., & Pinar, R. 2006. Turkiet.	Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients.	Undersöka effekten av omfattande livsstilsrådgivning på blodtryck och andra kardiovaskulära faktorer.	Randomisering till två grupper där den ena fick vanlig vård och den andra fick livsstilsrådgivning av sjuksköterska.	n= 60 (10)	Efter 6 månader hade systoliskt och diastoliskt blodtryck sjunkit i interventionsgruppen men också signifikant lägre blodfetter, kolesterol, vikt, BMI och midjemått. Förbättrad medicinföljsamhet.	Grad 1 RCT
Drevenhorn, E., Kjellgren, K.I., Bengtsson, A. 2006. Sverige	Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension	Undersöka effekterna av ett strukturerat interventionsprogram vid hypertoni-vård där patienten är i centrum.	Alla i undersökningen fick rådgivning var 3:e månad under 15 månaders tid av sjuksköterska samt pedagogisk undervisning i form av en broschyr.	n= 100 (17)	Minskning av systoliskt blodtryck. Två deltagare slutade röka. Signifikant viktminskning bland kvinnorna samt ökad fysisk aktivitet. En tredjedel av deltagarna ändrade sin medicinering.	Grad 2 CCP

<p>Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kilic, D., Sahin, O. 2002. Turkiet.</p>	<p>The effects of Watson´s Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension.</p>	<p>Att fastställa vilken effekt sjuksköterskors vårdande enligt Watson´s Caring Model har på hypertoni-patienter.</p>	<p>Pre och post test studie. Sjuksköterskan utförde hembesök en gång per vecka under tre månader och använde sig av Watson´s omvårdnadsmodell som praktisk guide. Patienterna bedömdes med hjälp av en livsstilsskala.</p>	<p>n= 56 (4)</p>	<p>Signifikant skillnad mellan medelvärde för allmänt välbefinnande, fysisk aktivitet och medicinsk interaktion men även skillnad på blodtrycket.</p>	<p>Grad 1 RCT</p>
<p>Hacihasanoglu, R., & Gözüm, S. 2011. Turkiet.</p>	<p>The effect of patienteducation and homemonitoring om medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary healthcare setting.</p>	<p>Utvärdera effekten av patientorienterad undervisning gällande hälsosam livsstil och medicinföljsamhet.</p>	<p>Deltagarna fördelades slumpvis in i tre grupper: en kontrollgrupp som fick sedvanlig vård, en grupp A som fick läkemedelsundervisning och livsstilsrådgivning och tredje gruppen B som fick läkemedelsundervisning och mer ingående livsstilsrådgivning.</p>	<p>n= 120</p>	<p>Efter sex månader uppvisade både A och B gruppen ett hälsosammare livsstilsbeteende och större medvetenhet om egenansvar gällande medicin compliance. Systoliskt och diastoliskt blodtryck minskade signifikant i båda grupperna men var större i grupp B än grupp A.</p>	<p>Grad 1 RCT</p>

<p>Hebert, P., Sisk, J., Tuzzio, L., Casabianca, J., Pogue, V., Wang, J., Chen, Y., Cowles, C., & McLaughlin, M. 2010. USA.</p>	<p>Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: a randomized trial.</p>	<p>Utvärdera effekten av blodtrycksmätning i hemmet jämfört med eller tillsammans med uppföljning av sjuksköterska för att sänka blodtrycket.</p>	<p>Deltagarna randomiserades till vanlig vård eller blodtrycksmätning i hemmet i kombination med individuell rådgivning samt telefon uppföljning av sjuksköterska. Under studiens gång inkluderades ytterligare en grupp som endast mätte sitt blodtryck hemma.</p>	<p>n= 416 (116)</p>	<p>Deltagarna i den kombinerade interventionsgruppen visade signifikant lägre systoliskt blodtryck vid nio månaders uppföljning.</p>	<p>Grad 1 RCT</p>
<p>Kastarinen, M., Puska, P., Korhonen, M., Mustonen, J., Salomaa, V., Sundvall, J., Tuomilhto, J., uusitupa, M., & Nissinen, A. 2002. Finland</p>	<p>Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland.</p>	<p>Utröna om livsstilsrådgivning är en effektiv icke farmakologisk metod för behandling av hypertoni inom primärvården.</p>	<p>Deltagarna randomiserades till vanlig hypertoni vård eller livsstils interventioner.</p>	<p>n= 715 (128)</p>	<p>Deltagarna i interventionsgruppen som ej åt blodtrycks medicin fick lägre systoliskt och diastoliskt blodtryck.</p>	<p>Grad 1 RCT</p>

Tonstad, S., Söderblom-Alm, C., & Sandvik, E. 2005. Norge	Effect of nurse counseling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension.	Undersöka om livsstilsrådgivning givna av sjuksköterska, förbättrar komponenterna i metabolt syndrome, inclusive blodtryck, blodfetter och midjemått.	Deltagarna randomiserades till en kontrollgrupp som fick vanlig vård och en interventionsgrupp som fick träffa en sjuksköterska varje månad i sex månader där livsstilsinterventioner föreslogs.	n= 50 (4)	Ingen skillnad i blodtryck kunde ses mellan grupperna. Vikt och midjemått ökade signifikant i kontrollgruppen. S-triglycerider och ett antal riskfaktorer för metabolt syndrom reducerades i interventionsgruppen.	Grad 1 RCT
---	--	---	--	-----------	--	------------

n= antal deltagare, RCT= randomiserad studie. CCP= icke randomiserad studie. Kvalitet anges på en skala mellan 1-3 där 1 är värderad till högsta kvalitet.

