



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Hypertoni och motiverande samtal

## Distriktssköterskans upplevelser

Författare: Agnetha Bengtsson och Anna Osbeck

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Hypertoni och motiverande samtal

## Distriktssköterskans upplevelser

Författare: Agnetha Bengtsson och Anna Osbeck

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2013

### Abstrakt

I Sverige har mer än 1,8 miljoner människor hypertoni. Högt blodtryck klassas därmed som en folksjukdom och innebär en riskfaktor för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd. En del av distriktssköterskans arbete innebär preventivt folkhälsoarbete. Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans upplevelser av motiverande samtal med patienter med hypertoni. Intervjuer utfördes med 13 distriktssköterskor på vårdcentral och resultatet analyserades med hjälp av innehållsanalys. Resultatet visade att Motiverande samtal (MI) upplevdes positivt både av distriktssköterskor och patienter, då patienten blev delaktig i förändringsarbetet. Genom det öppna samtalet och patientens delaktighet möjliggjordes kvarstående förändringar av levnadsvanor. Distriktssköterskorna poängterade att patientens förändringsprocess tar tid, detsamma gäller för implementering av MI som ett nytt arbetssätt i primärvården.

### Nyckelord

Distriktssköterska, upplevelser, motiverande samtal, hypertoni, levnadsvaneförändringar

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
Definitioner .....	3
Hypertontyper .....	3
Levnadsvanor .....	3
Förändring av levnadsvanor .....	5
Distriktssköterskans arbete/ teoretiska modeller .....	5
Motiverande samtal .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	9
Urval av undersökningsgrupp .....	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	9
Genomförande av datainsamling .....	10
Genomförande av databearbetning .....	11
Etisk avvägning .....	12
Resultat .....	12
Distriktssköterskans förutsättningar .....	13
Prioriteringar .....	13
Känna sig säker .....	14
MI- ett verktyg för motiverande arbete .....	15
Det personliga mötet .....	16
Förtroende och trygghet .....	16
Distriktssköterskan som motivator .....	17
Ur patientens perspektiv .....	18
Delaktighet .....	18
Individuella skillnader .....	18
Förändring en process .....	19
Framtidsutveckling .....	20
Vikten av uppföljning .....	20
Samsyn .....	21
Diskussion .....	21
Diskussion av vald metod .....	21
Diskussion av framtaget resultat .....	23
MI tar tid att implementera .....	23
Samtal som kan leda till förändring .....	24
Förändring en individuell process .....	25
MI i framtiden .....	25
Konklusion .....	26
Referenser .....	28
Bilaga 1 (2) .....	
Bilaga 2 (2) .....	

## Problembeskrivning

Hypertoni är, i likhet med alkohol, tobak, rökning, fetma och höga kolesterolvärden, en riskfaktor för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd (WHO, 2003). Årligen avlider 17 miljoner människor i världen till följd av hjärtkärlsjukdomar. Ungefär hälften av dessa dödsfall beräknas vara orsakat av högt blodtryck (WHO, 2013). I Sverige har cirka 1,8 miljoner människor hypertoni och högt blodtryck klassas således som en folksjukdom. Det föreligger inga skillnader mellan män och kvinnor vad gäller förekomst och behandling av hypertoni (SBU, 2004). Endast 20 till 30 procent av dem som ordinerats blodtryckssänkande läkemedel når behandlingsmålet (blodtryck  $\leq$  140/90). Effektiv behandling minskar risken betydligt för insjuknande och död i kardiovaskulära sjukdomar som arterioskleros, hjärtsvikt, stroke och kranskärlssjukdom. Levnadsvaneförändringar kan sänka blodtrycket och minska behovet av blodtryckssänkande läkemedel. Att inte behandla de människor som har hypertoni ökar risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom betydligt, samt leder till ökade hälsoekonomiska kostnader för samhället (ibid.). Patienter med hypertoni behandlas ofta inom öppenvården och de icke-farmakologiska behandlingsmetoderna innebär bland annat att patienten får råd om levnadsvaneförändringar (Héllenius, 2002).

Distriktssköterskans arbete innefattar att ge hälsovägledning och arbeta förebyggande för individen och befolkningen som helhet (SOSFS, 1995:5). För att lyckas nå fram på bästa sätt är det viktigt att inte bara ge information eller vara en problemlösare utan också fungera som rådgivare och förstå patientens beteende vid förändring av levnadsvanor (McGough, 2004). Arborelius (2008) menar att de flesta människor som lyckas att genomföra en förändring har i första hand förankrat den i sig själva. Med ett patientcentrerat förhållningssätt hjälper således distriktssköterskan patienten att på bästa sätt genomföra levnadsvaneförändringar. Det är viktigt att ha fokus på patientens upplevda för- och nackdelar med sitt beteende samt att patienten måste känna att det finns en mening med förändring (ibid.).

Patienter med hypertoni tillhör en stor patientgrupp som distriktssköterskan möter dagligen i sitt hälsovägledande arbete. Enligt socialstyrelsen (2011) är samtalet i rådgivningen centralt för att kunna motivera patienter till ändrade levnadsvanor och Motiverande samtal (MI) lyfts fram som ett viktigt redskap i detta arbete. Därför vill vi undersöka betydelsen av MI i samband med behandling av denna folksjukdom.

## **Bakgrund**

### *Definitioner*

Hypertoni är enligt WHO och International Society of Hypertension (ISH) ett tillstånd då det systoliska blodtrycket är 140 mm Hg eller högre, eller det diastoliska blodtrycket är 90 mm Hg eller högre i vila. Gränsen för hypertoni får betraktas som flexibel där hänsyn tas till förekomst av eventuella övriga kardiovaskulära riskfaktorer (WHO/ISH, 2003).

### *Hypertontyper*

Hypertoni kan vara primär eller sekundär. I mindre än fem procent är det höga blodtrycket en följd av annan organisk sjukdom, där sjukdomar i njuren eller njurens blodkärl är de vanligaste följt av endokrina sjukdomar. Det talas då om sekundär hypertoni. Identifiering av sekundär hypertoni är viktigt, då behandlingen ofta skiljer sig avsevärt från behandling av primär hypertoni (SBU, 2004).

Hos de flesta patienter med hypertoni finns inte en enstaka specifik orsak till det förhöjda blodtrycket. Då används termen primär eller essentiell hypertoni. För utvecklingen av denna hypertontyp spelar både ärftliga faktorer och sättet att leva en väsentlig roll.

Levnadsvanefaktorer med betydelse för hypertoni anses vara kost, övervikt, stress, högt alkoholintag, rökning samt brist på motion (SBU, 2004).

### *Levnadsvanor*

Regelbunden fysisk aktivitet har visat sig sänka både det systoliska och det diastoliska blodtrycket, vilket ger gynnsamma metabola effekter och en förbättrad prognos för hjärtkärlsjukdom (SBU, 2004). Brist på fysisk aktivitet kan vara bidragande orsak i

utveckling av hypertoni. För prevention av hjärtkärlsjukdom vid hypertoni rekommenderas i allmänhet daglig fysisk aktivitet i form av promenader, samt konditionsträning två till tre gånger i veckan (Hellenius, 2002). Viktminskning vid övervikt har visat sig kunna sänka ett måttligt förhöjt blodtryck (Stevens et al., 2001). Redan en måttlig viktminskning reducerar blodtrycket och har en gynnsam metabolisk effekt. Minskningen av kraftig övervikt är gynnsam prognostiskt, det vill säga minskar risken för att insjukna i hjärtkärlsjukdom (SBU, 2004).

Studier visar även att kost med högt intag av fibrer och en större andel omättade fetter har skyddande effekter på hjärta och kärlsystem (Morris, Sacks & Rosner, 1993). I en studie av Sacks et al., (1999) har kostförändringar enligt Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH-dieten, visat på sänkningar av ett högt blodtryck. DASH- dieten innebär en kost som är rik på frukt, grönsaker och produkter med mindre mängd mättat fett (ibid.). Minskat saltintag har i studier (Sacks et al., 2001) visat sig kunna reducera risken för hjärtkärlsjukdom vid hypertoni. Enligt SBU (2004) är det dock svårt att kontrollera saltintaget, eftersom 70 % av det salt vi får i oss inte kommer från det egna saltkaret utan är dolt i de matvaror vi köper exempelvis charkuterivaror och halvfabrikat. Däremot kan patienten själv styra över saltintaget både vid matlagningen samt på tallriken. Det krävs således en medveten insats av patienten för att minska sin konsumtion av salt (ibid).

Enligt Beilin, Puddley & Burke (1999) finns det ett samband mellan hög alkoholkonsumtion och högt blodtryck. Hög konsumtion av alkohol bedöms kunna orsaka 25 procent av den så kallade essentiella hypertoni. Vid normalisering av en hög konsumtion av alkohol sjunker också blodtrycket (ibid.). Enligt Folkhälsoinstitutets definition är risknivåerna för alkohol för män > 14 standardglas per vecka och för kvinnor >9 standardglas per vecka. Ett standardglas innehåller 12 g alkohol vilket motsvarar 15 cl vin, 33 cl starköl eller 4 cl starksprit (<http://www.fhi.se>). Rökstopp i sig ger sällan en blodtryckssänkande effekt (SBU, 2004). Rökare har inte generellt högre blodtryck än icke rökare, men rökningens kardiovaskulära skadeverkningar är stora och rökstopp utgör därför en viktig åtgärd vid prevention av hjärtkärlsjukdomar. Rökningens kroniska skadeverkningar anses också försvåra framtida behandlingen av hypertoni varför rökstopp är motiverat vid hypertoni behandling (Zanchetti et al., 2001).

I samhället idag talas det alltmer om stress och sjukdomar som kan ha samband med stress. Det handlar ofta om individens förmåga att hantera stress i livssituationen (Theorell, 2012). Upplevelser av stress är subjektiva, därför är det svårt att mäta stress och göra jämförelser mellan individer och utvärdera effekter av stresshantering. Tillfällig stress kan utlösa komplikationer på hjärta och kärl, medan långvarig stress kan bidra till ett högt blodtryck och åderförkalkning med risk för hjärtkärlsjukdom. Olika metoder för stresshantering har visat på en minskning av måttligt förhöjt blodtryck (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades & Tweedy, 2002).

## Förändring av levnadsvanor

Icke farmakologisk behandling, det vill säga förändring av osunda levnadsvanor ska utgöra grunden för all hypertoni behandling (SBU, 2004). Vid mild hypertoni kan åtgärder med enbart levnadsvaneförändringar vara tillräckligt för att normalisera ett högt blodtryck och därmed minska risken för framtida hjärtkärlsjukdom (ibid.). Flera studier påvisar goda resultat då sjuksköterskan motiverar, informerar och stödjer patienten till levnadsvaneförändring, med hjälp av ett patientcentrerat och motiverande arbete (Liehr et al., 2006; Scala et al., 2008).

### *Distriktssköterskans arbete/teoretiska modeller*

För distriktssköterskan är Orems omvårdnadsteori användbar i det hälsofrämjande arbetet. Där är utgångspunkten att människan själv har förmåga att göra sina egna val samt ta ansvar för egenvården för sig själv och sin familj. Egenvård beskrivs som utförandet av aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. De centrala tankarna i Orems omvårdnadsteori är en bra utgångspunkt då distriktssköterskan ska arbeta förebyggande med motiverande arbete exempelvis med patienter med hypertoni (Orem, 2001).

Ett begrepp som ofta används är empowerment. Enligt Rollnick, Miller & Butler (2009) kan empowerment betraktas som en huvudprincip inom det hälsofrämjande arbetet och kan ses som hjälp till självhjälp för patienten, vilket innebär en möjlighet att påverka och ta makten

över sitt eget liv. I en studie av Slettebo (2006), används empowerment som en strategi för att hjälpa patienter och distriktssköterskor i svåra etiska situationer, som framförallt en hjälp för patienten men även ett sätt att öka medvetenheten hos distriktssköterskan. Det framkommer även i en studie utförd av Dellasega, Anel-Tiagco & Gabbay (2012) att empowerment är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet. Empowerment beskrivs där som ett av fem betydelsefulla teman för att undersöka effekten av det motiverande samtalet vid långvarig sjukdom.

Folkhälsoarbetet måste byggas på kunskaper om vad som gör att människor förblir friska, ett så kallat salutogent förhållningssätt. Ju högre *känsla av sammanhang* (KASAM) en patient har desto större förmåga har individen att uppleva välbefinnande och hälsa (Antonovsky, 2005). En patient med hög KASAM är mer motiverad till att ta en aktiv roll i sin hälsa. Att känna sammanhang ökar därmed tillfredsställelsen med den aktuella livssituationen, vilket i sin tur ökar viljan att delta i vården av den aktuella sjukdomen och patienten känner ett större hopp (Fok, Chair & Lopez, 2005).

Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning (2008) innebär distriktssköterskans arbete bland annat att främja hälsa och att ha fördjupade kunskaper om vad som påverkar människors hälsa med hänsyn till exempelvis kön, ålder, kultur samt den miljö vi människor lever i. Det beskrivs även att distriktssköterskan ska stödja patienten och respektera individens egna val.

Norcross, Krebs & Prochaska (2011) beskriver Stages of Change model. Denna modell identifierar de steg som en människa går igenom i samband med en beteendeförändring, en så kallad förändringscykel. Modellen har ett holistiskt perspektiv och integrerar faktorer som personligt ansvar och personliga val. De flesta människor behöver ta flera varv i cykeln innan de kommer till ett varaktigt förändrat beteende.

Betydelsen av sjuksköterskans roll som rådgivare, eller vägledare, i patientundervisningen framkommer även i Orem's (2001) teori. Orem beskriver att egenvårdsbrist uppstår om en individs egenvårdskapacitet inte räcker till för att tillgodose de egenvårdskrav som finns och individen är då i behov av omvårdnad. En viktig aspekt är förmågan att förändra gamla vanor då det ställs nya krav på egenvård, exempelvis vid uppkomst av sjukdom. För att främja hälsa är egenvård således ett viktigt delmål.



## *Motiverande samtal*

Socialstyrelsen (2011) framhåller samtalet som centralt för att motivera patienten till ändrade levnadsvanor. Där lyfts motiverande strategier och MI fram som viktiga redskap i detta arbete. Enligt Rollnick et al. (2009) bygger MI på de principer som utgår från teori och forskning om motivation och förändring. De anser även att ingen arbetar enbart med ett samtalsverktyg vid en konsultation. Vanligen växlar samtalet fram och tillbaka mellan frågor, lyssnande och information. MI kan användas för att hjälpa majoriteten av de patienter som har svårt att hitta drivkraft och motivation på egen hand. För att kunna hjälpa patienten till förändring är det viktigt att förstå fenomenet ambivalens. Människor upplever ofta både för- och nackdelar med en förändring. Genom att lyssna efter förändringsprat i samtalet med patienten kan patienten få hjälp att lösa sin ambivalens. I motsats till en mer allmän vägledande stil är MI mer specifikt målinriktad och försöker aktivt framkalla patientens egna argument för förändring (ibid.). MI syftar enligt Barth & Näsholm (2006) till förändring hos patienten där förändringen är målet. Samtalet handlar i första hand inte om hur förändring ska ske utan om det ska ske eller inte. Om patienten uttalar mer behov av förändring vet vi att vi använder samtalsverktygen på rätt sätt.

Enligt Rollnick et al. (2009) kan det ta tid innan den vägledande stilen känns naturlig att använda i samtal med patienter. Professioner inom vården har en vilja att bota, förhindra skada och främja välbefinnande vilket ibland kan ge motsatt effekt. En studie av Van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef (2011) bekräftar att tillägnandet och implementeringen av MI är en process som tar tid. I studien fick en grupp holländska sjuksköterskor och dietister, använda sig av MI-verktygen vid rådgivningssamtal med patienten. Resultaten visade att användandet av motiverande samtal omedelbart påverkade det kliniska arbetet med rådgivning till diabetespatienten, men att det utvecklades över tid. Förutsättningarna för en lyckad implementering är att det finns stödjande faktorer på arbetsplatsen. Forskarna nämner vikten av engagemang, adekvat utbildning och tillräckligt med tid för ett lyckat genomförande (ibid.).

Barth & Näsholm (2006) beskriver att vid inledningen av samtalet är det viktigt att etablera en god relation. Det är avgörande att tillämpa en öppenhet och samtidigt vara tydlig för att

minska patientens eventuella osäkerhet. I den första fasen av samtalet är det viktigt att inte korrigera patientens berättelse, utan att etablera en gemensam plattform med patientens egenförståelse som grund. Att neutralt lyssna till patientens upplevelse innebär att skapa en gemensam förståelse av möjlighet till förändring. I nästa fas inriktas samtalet på att ge ett perspektiv på patientens upplevelse. Att ta in andras perspektiv på problemet och tillföra något nytt till samtalet kan innebära en betydande risk att aktivera patientens motstånd/ambivalens. Då är det viktigt att genom god vägledning lyssna efter mer ”förändringsprat” från patienten. Därefter är syftet att tydliggöra patientens motivation genom att bygga upp en bild av sig själv som en person som vill och klarar av att genomgå en förändring. I samtalets slutskede ligger fokus på patientens beslut och att stärka beslutet för att öka sannolikheten att förändring genomförs (ibid.).

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (2008) beskrivs vikten av att ha goda kunskaper om rådgivningens etiska dilemma. Det innebär att uppnå en balans mellan hälsofrämjande omsorg och att aktivt uppmuntra patientens självbestämmande genom ett vårdande, stödjande och motiverande förhållningssätt.

Enligt SBU (2004), kan sjuksköterskans arbete med patienter med hypertoni leda till besparing av läkartid och ökad följsamhet till läkemedelsbehandling samt kontrollbesök. Det arbetet medger också ett större utrymme för prevention, genom information och undervisning, för att övriga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar ska kunna undvikas eller minskas. Det är av vikt att patienten själv tar initiativ till sin egenvård dvs. att ändra levnadsvanor, för att främja hälsa och välbefinnande. Det är viktigt att synliggöra hur distriktssköterskan når patienten genom det motiverande arbetet, och gör denne självgående i syfte att ta hand om sina olika levnadsvaneproblem. Vi vill belysa hur distriktssköterskan upplever att motivera patienter med hypertoni till att förändra sina levnadsvanor.

## **Syfte**

Att belysa distriktssköterskans upplevelser av motiverande samtal med patienter som har hypertoni.

# Metod

## Urval av undersökningsgrupp

I kvalitativa studier eftersträvas ett heterogent urval inom en given ram, vilket innebär att få en så stor variation som möjligt inom den homogena gruppen (Trost, 2010). Vi kontaktade 30 vårdcentraler i Malmö- och Lundregionen, i syfte att intervjua 15 distriktssköterskor med skiftande bakgrund. Såväl vårdcentraler inom offentlig som privat regi kontaktades. Distriktssköterskor med minst ett års arbetslivserfarenhet inkluderades. På grund av författarnas egna vårdkontakter exkluderades två vårdcentraler inom det valda geografiska området, samt de sjuksköterskor, som inte var specialistutbildade. Distriktssköterskorna kontaktades efter samtycke från verksamhetschef per telefon, alternativt via e-post av författarna, med en förfrågan om deltagande i studien. Det var 13 kvinnliga distriktssköterskor som samtyckte till att delta och alla inkluderades i studien. De intervjuades ålder varierade men samtliga var erfarna och hade arbetat som sjuksköterska under lång tid och som distriktssköterska mellan ett och 30 år. Samtliga distriktssköterskor träffade patienter med hypertoni dagligen men enbart en av distriktssköterskorna hade specifik hypertoniomtagning i nuläget.

## Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Studien är utförd med kvalitativ ansats då kvalitativ metod är lämplig för att få en helhetsbild av människors upplevelser (Polit, Beck & Hungler, 2001). Kvalitativ ansats kan enligt Kvale (2009), med fördel användas i studier där man vill undersöka och förstå människors resonemang och handlingar. Avsikten är att få en förståelse för människors upplevelser utifrån deras egen synvinkel. Fördelarna med den kvalitativa intervjun är dess öppenhet; - det finns ingen standardteknik. Genom att använda icke styrande intervjuteknik är intervjuerna kraftfulla verktyg för den som vill få kunskap om människors upplevelser och beteenden i stället för rena fakta (ibid.).

Kvalitativa intervjuer är användbara då forskaren vill förstå hur informanterna tänker och känner, vilka erfarenheter de har samt hur deras föreställningsvärld ser ut. I möjligaste mån ska informanten styra ordningsföljden av vad som tas upp i intervjun och forskaren ska inte ha i förväg formulerade frågor. Däremot är det av nytta för forskaren att formulera en kort lista med frågeområden (Trost, 2010). Enligt Kvale (2009) ger en intervjuguide översikt över de ämnen som ska täckas. En väl inarbetad intervjuguide underlättar för att kunna ställa raka och enkla frågor. Vi har använt oss av en intervjuguide, vars frågor vi tidigare testat på kollegor. Intervjuguiden hade temat "Din upplevelse som distriktssköterska av det motiverande arbetet med hypertonipatienter" med tre övergripande frågeområden (bilaga 1).

### **Genomförande av datainsamling**

Ansökan om tillstånd för genomförande av studien skickades via mail till ansvarig verksamhetschef på varje enskild vårdcentral i Malmö och Lundregionen. Muntlig kontakt togs därefter med verksamhetschefen för påminnelse samt för kontaktuppgifter till distriktssköterskor på arbetsplatsen. Därefter kontaktades distriktssköterskor på vårdcentralerna per telefon. Muntlig information gavs angående studiens innehåll och att intervjun skulle spelas in. Vi informerade särskilt om konfidentialitet dvs. att information som framkommer i intervjuerna inte kommer att föras vidare, samt att det är frivilligt att delta (Trost, 2010). Vid medgivande bestämdes tid och plats för intervjuerna. En kortfattad skriftlig information om studien skickades per e-post till informanten och medgivande om deltagande undertecknades i anslutning till intervjun.

För att skapa en avslappnad miljö bad vi informanten välja plats för intervjun och samtliga intervjuer genomfördes i enskilt rum på distriktssköterskans arbetsplats. Vid intervju är det enligt Trost (2010) att föredra att välja en plats som är så ostörd som möjligt, så att informanten känner sig trygg.

Intervjuerna inleddes med några frågor om erfarenhet och utbildning. Därefter ställdes fördjupningsfrågor relaterade till syftet utifrån informanternas berättelser. Intervjuerna avslutades med en möjlighet för de intervjuade att komma med tankar och tillägg.

Vid de sju första intervjuerna deltog båda författarna, som turades om att intervjua och att observera samt anteckna. De övriga intervjuerna utfördes av författarna enskilt, på grund av praktiska skäl samt författarnas ökade förtroenhet med intervjusituationen. En intervju avbröts tillfälligt då en kollega kom in för att konsultera den intervjuade. Intervjuerna spelades in på Iphone och transkriberades i anslutning till intervjutillfället. De transkriberade intervjuerna samt ljudfilerna har sparats på USB-minne som förvarats inlåst och kommer att förstöras efter examination. Varje intervju tog mellan 30 och 60 minuter.

## **Genomförande av databearbetning**

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det en fördel av att använda sig av kvalitativ innehållsanalys då metoden kan anpassas till olika syften och forskarens erfarenhet och kunskap. Det är även en lämplig metod då mängden text skulle komma att vara stor nog för att vi skulle kunna få en helhetsbild och samtidigt ha överblick över textmassan.

Innehållsanalys kan vara både induktiv och deduktiv där deduktiv ansats innebär att analysera utifrån en redan förutbestämd mall. Induktiv ansats innebär en mer förutsättningslös analys av texten, som exempelvis att analysera människors berättelser om sina upplevelser inom ett visst område (ibid.). Alla intervjuer transkriberades ordagrant med pauser etc., i direkt anslutning till intervjun. De inspelade intervjuerna analyserades genom innehållsanalys med en induktiv analysprocess. Vid kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats ligger fokus enligt Graneheim och Lundman (2004), på att beskriva variationer genom att se skillnader och likheter i texten som kodas och kondenseras till underkategorier och huvudkategorier. Båda författarna bekantade sig med materialtexten genom att läsa texten flertalet gånger. Under genomläsningen fördes fortlöpande anteckningar med stödord om textens innehåll i marginalen. Textinnehåll som inte tillhörde ämnet togs bort. Nästa steg i analysen vara att få fram meningsbärande enheter som lades i en tabell i ett nytt dokument. När alla meningsbärande enheter identifierats kondenserades samtliga enheter och benämndes därefter med koder. I nästa steg överfördes alla koder till ett nytt dokument för att finna likheter och skillnader och skapa underkategorier och kategorier (bilaga 2).

För att resultatet skulle bli meningsfullt och begripligt utfördes en viss grad av tolkning av textmaterialet för att få fram den underliggande latent meningen (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna lästes därefter jämsides med den framtagna listan med kategorier för att

kontrollera att alla aspekter i intervjuerna fanns med. Kategorierna visade sig stämma väl överens.

## **Etisk avvägning**

I Helsingforsdeklarationen (2008) framkommer en samling etiska regler som ska ligga till grund för den hänsyn som ska tas vid forskning på människor (ibid.). I studien tog vi hänsyn till viktiga utgångspunkter avseende respekt för människovärdet, principen att inte skada, frivillighet samt konfidentialitet enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) gav rådgivande yttrande till genomförande av studien, och varje enskild verksamhetschef på vårdcentralerna samtyckte till intervjuerna. I den skriftliga och muntliga informationen till informanterna betonades frivillighet och konfidentialitet, dvs. att information som framkommer i intervjuerna inte kommer att föras vidare, samt att uppgifter om att intervjuerna ska förstöras efter examination. Resultatet i studien formulerades så att informanterna inte skulle kunna identifieras, exempelvis vid val av citat.

## **Resultat**

Samtliga intervjuade var kvinnliga utbildade distriktssköterskor. De hade arbetat som distriktssköterskor från ett till cirka 30 år efter sin specialistutbildning. Åldern varierade från 30 till 60 år, men de var alla erfarna som sjuksköterskor. Samtliga distriktssköterskor mötte patienter med hypertoni dagligen varav tre stycken hade, vid tidigare anställning, arbetat specifikt med hypertoniomottagning. I nuläget var det en distriktssköterska som hade hypertoniomottagning. Alla distriktssköterskor, förutom en, hade utbildning i MI, antingen via specialistutbildningen till distriktssköterska eller via arbetsplatsen.

I analysen framkom fyra huvudkategorier och 10 underkategorier (tabell 1) om hur distriktssköterskor upplevde det motiverande samtalet med patienter med hypertoni. Resultatet presenteras med huvudkategorierna som rubriker och underkategorierna som

underrubriker. Då direkta citat används skrivs dessa med citattecken och kursiv text. Efter varje citat anges i sifferform vilken intervju citatet är hämtat ifrån.

Tabell 1: Analysens kategorier

Huvudkategori	Underkategori
Distriktssköterskans förutsättningar	Prioriteringar Känna sig säker MI- ett verktyg för motiverande arbete
Det personliga mötet	Förtroende och trygghet Distriktssköterskan som motivator
Ur patientens perspektiv	Delaktighet Individuella skillnader Förändring en process
Framtidsutveckling	Vikten av uppföljning Samsyn

## Distriktssköterskans förutsättningar

### *Prioriteringar*

Distriktssköterskorna framhöll att deras intention var att arbeta motiverande, trots de hinder de kunde se i form av tidsbrist eller eget invariant beteende. På en arbetsplats fanns rutiner att alltid boka längre mötestid för patienter med nydebuterad hypertoni, för att få en bra start i kontakten och då även ha möjlighet att samtala på ett mer naturligt sätt. Distriktssköterskorna upplevde att det teoretiskt skulle vara möjligt att boka längre besökstid eller utöka tiden om patienten önskade det. Flera distriktssköterskor poängterade dock att tidsbrist var en bidragande orsak till att ett motiverande arbetssätt och MI inte alltid prioriterades i praktiken. De upplevde att de vid flera tillfällen återgick till ett tidigare invariant arbetssätt med allmän

rådgivning om exempelvis kost och motion. Distriktssköterskorna påtalade även att deras tidigare invanda arbetssätt med rådgivning och information påverkade hur mötet med patienten blev. Patienten riskerade att inte bli så delaktig i mötet.

*”Man är så inrotad.... men kanske om man är nyutbildad är det lättare, ...det tar ju också tid...man är stressad....” (Intervju 2).*

### *Känna sig säker*

De intervjuade distriktssköterskorna angav att erfarenhet och teoretisk kunskap var av stor vikt för att kunna arbeta motiverande. Specialistutbildningen till distriktssköterska hade medvetandegjort vad motiverande arbete och MI innebar men de upplevde att det inte gav tillräcklig grund att stå på. De distriktssköterskor som hade fått MI-utbildning via arbetsplatsen var överlag nöjda med den kunskap den gav. Genomgående upplevde distriktssköterskorna att för att känna sig säker då de arbetade motiverande med patienterna behövdes både teoretisk MI-kunskap men även praktisk erfarenhet. Den långa erfarenheten som sjuksköterska var också till stor nytta i det praktiska motiverande arbetet. Genom flertalet patientmöten under sitt arbetsliv kände distriktssköterskorna att professionen stärktes, vilket gjorde dem säkrare då de mötte patienter.

Distriktssköterskorna beskrev att patienter med nydebuterad hypertoni genomgående var mer öppna och motiverade till levnadsvaneförändringar. De uppfattades ha större möjlighet att påverka sin situation, vilket gjorde det motiverande arbetet enklare för distriktssköterskorna. Samtalet med en mer svårmotiverad patient resulterade däremot ofta i mer traditionell rådgivning och information då det ställde högre krav på distriktssköterskans kompetens i MI. Samtidigt poängterade distriktssköterskorna vikten av att ändå våga gå in i samtalsituationer med mer svårmotiverade patienter för att undvika att landa i traditionell rådgivning.

*”Ja... då är det nog mest ett hinder i mig själv, exempelvis om man har en patient som är väldigt svår att motivera så kommer man snabbt in i att informera istället även om det just där borde vara tvärtom....” (Intervju 8)*



Distriktssköterskorna upplevde att det var bra att börja använda MI med en patientgrupp i taget, exempelvis patienter med hypertoni, för att känna sig säkra på arbetssättet och utveckla sin förmåga. De uppgav att det är en process att lära sig ett nytt arbetssätt som måste få ta tid att utveckla. Distriktssköterskorna beskrev det som att ha MI i bakhuvudet och försöka få in det naturligt i samtalet. Samtliga angav också att det krävdes mycket träning för att känna sig säkra på hur de skulle ställa frågor vid ett MI-samtal. Däremot upplevde de att inga frågor kring levnadsvanor var förbjudna och att de inte hade varit med om att patienterna tagit illa upp.

### *MI- ett verktyg för motiverande arbete*

Distriktssköterskorna arbetade ofta utifrån MI som motivationshjälpmedel. De beskrev att arbetssättet även funnits sedan tidigare men att det utvecklats de senaste åren och har påverkat hur de har tänkt i samtalssituationen. MI medförde en påminnelse till att utgå från patienten, istället för att ge goda råd, förmaningar och pekpinningar. Dock angav distriktssköterskorna att de vid vissa tillfällen, upplevde det som enklare att använda sig av traditionell information och rådgivning.

*”Det har varit positivt, det är ju såhär man ska jobba....” (Intervju 2)*

Distriktssköterskorna upplevde att motiverande samtal generellt uppfattades positivt av patienten och gav insikt i hur viktigt det är att förändra sina levnadsvanor. Ett flertal av distriktssköterskorna använde sig av en lathund om MI som de fått under utbildningen, med tips på hur man kan tänka och vilka frågor man kan ställa i mötet. Till en början användes denna frekvent, men efterhand gick de mer på erfarenhet och känsla för att undvika att samtalet skulle bli för formellt och standardiserat. Att blanda olika tekniker upplevdes ofta som den bästa metoden för att motivera patienten.

*”Jag tycker att det motiverande arbetet fungerar bra... även om jag inte använder mig av regelrätt motiverande samtalsteknik.... jag har mina egna motiverande samtal så att säga...” (Intervju 5)*

Några upplevde att MI som hjälpmedel inte var tillräckligt, utan det behövdes mer kunskap om sambandet mellan grundsjukdomen hypertoni och levnadsvanor. Det påtalades även att kunskap om psykologi är viktigt för att kunna förstå vad som triggat en människa att känna motivation till att förändra sina levnadsvanor.

## **Det personliga mötet**

### *Förtroende och trygghet*

Distriktssköterskorna poängterade vikten av distriktssköterskans roll i mötet med patienter med hypertoni. Det var i mötet och i samtalet som patienten kunde känna sig hörd och finna sina inre resurser för att finna motivation till levnadsvaneförändringar, så att mötet inte enbart blev en mätning av blodtrycket. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att ett samtal byggde på förtroende och ömsesidig respekt. Det framkom även att miljöns inverkan vid samtalet inte var att förringa. En inbjudande och lugnande miljö med exempelvis blommor, frukt samt musik kunde få patienten att lättare öppna sig.

Distriktssköterskorna upplevde det enklare att starta motiverande arbete med patienter med nydebuterad hypertoni. Det kunde vara ett hinder att känna patienten väl dvs., att en redan etablerad relation kunde påverka patientmötet. Distriktssköterskorna upplevde då att patienten kunde ha förväntningar av, och vara vana vid, traditionell rådgivning och information. Samtidigt upplevde dock distriktssköterskorna att vissa svårare samtal underlättades av en tidigare relation till patienten, då patienten kände större förtroende för distriktssköterskans kunskap. Distriktssköterskorna poängterade att det var viktigt att ta det lugnt och ta en sak i taget, lyssna in vad patienten ville veta och kunde, samt be om lov att få informera. En tidigare relation till patienten kunde göra att det var lättare för patienten att vara öppen.

*”...man använder det mer ju mer man känner patienten, när man har ett förtroende, vill ju inte vara så ”gåpåig” (Intervju 4)*

Distriktssköterskorna upplevde att när ett förtroende väl etablerats och patienten kände sig sedd, öppnade sig de allra flesta patienterna och samtalet flöt på utan att distriktssköterskan behövde säga så mycket.

### *Distriktssköterskan som motivator*

Upplevelsen av att motivera patienter till levnadsvaneförändring vid hypertoni, var ganska samstämmig mellan de intervjuade distriktssköterskorna. De upplevde att det framför allt gällde att ha tid att lyssna på sina patienter och även lyssna av det som inte alltid sades. Till en början försökte de få en bild av patienten genom att utforska vad patienten själv visste och kunde, och vad de var intresserade av att veta. De frågade patienten om de kunde tänka sig en förändring, vad de ville förändra och vad som kändes rimligt just då. Distriktssköterskorna upplevde ofta att patienterna hade mycket som de ville förändra, och då försökte de motivera till att ta en sak i taget.

*”...Jag har lärt mig genom åren att det är bättre att ta ett litet steg i taget, till exempel ändra lite i kosten och så göra det konsekvent..” (Intervju 7)*

Distriktssköterskorna upplevde att MI resulterade i en dialog, till skillnad från ett samtal med traditionell rådgivning. Då de använde sig av öppna frågor medförde det naturligt att patienten måste svara och de kom då ofta med egna förslag på förändringar. När patienten inte hade egen kunskap kunde distriktssköterskan fylla på med ytterligare information. De upplevde att om de förde samtalet lugnt och stilla och gav patienten chansen till att ta eget initiativ så blev det ett bra samtal.

*”...Sätter jag mig ner och stoppar korv med fakta så kommer de inte tillbaka...” (Intervju 5)*

Distriktssköterskorna betonade vikten av att informera patienten om rimliga mål. Enligt deras erfarenhet kan inte alla patienter med hypertoni vara utan medicinering trots levnadsvaneförändringar, då det är flera faktorer som är avgörande, exempelvis det genetiska arvet. Distriktssköterskorna upplevde det som ganska vanligt att patienten inte alltid såg effekter på blodtrycket. De påtalade att det trots det var viktigt att motivera till fortsatt motion exempelvis, då det på sikt ändå gav gynnsamma hälsoeffekter. Distriktssköterskorna poängterade att oavsett hur de berörde ämnet levnadsvaneförändringar, eller hur de motiverade, utgick de från varje enskild individ och dennes förutsättningar utan att skuldbelägga eller forcera.

## Ur patientens perspektiv

### *Delaktighet*

Distriktssköterskorna upplevde att patienterna uppfattade MI som positivt. Genom en dialog med öppna frågor i samtalet, kom patienten mer till tals och blev därmed delaktig. Vid samtal om levnadsvaneförändringar, upplevde distriktssköterskorna att det var viktigt att utgå från vad patienten ville, och det var en fördel om patienten kom med egna förslag om vad de själva upplevde som rimligt.

*”...att man lägger det så att patienter själv får tänka efter, man frågar patienten vad den tror Ja...de får en tankeställare själv...” (Intervju 2)*

Distriktssköterskorna upplevde att det hade stor betydelse att patienten fått vara delaktig för att kunna genomföra en förändring. MI kunde medföra att patientens tilltro till sin egen förmåga att påverka sitt liv ökade. De påtalade även vikten av att patienten själv kom fram till hur en förändring skulle genomföras. Patienterna blev då mer motiverade och hade också lättare att hålla kvar sin förändrade levnadsvana, som till exempel att fortsätta motionera eller minska på saltet i kosten.

### *Individuella skillnader*

Distriktssköterskorna upplevde att vissa patienter var svårare att motivera än andra, vilket kunde bero på patientens situation, resurser och personlighet. Det var viktigt att ha fingertoppskänsla beroende på vilken individ som de mötte. En del distriktssköterskor påtalade att språkliga faktorer påverkade hur det motiverande arbetet kunde utföras, då det var svårare att förstå varandra verbalt i samtalssituationen.

Distriktssköterskorna kunde inte se några direkta kulturella hinder med ett motiverande arbetssätt utan snarare individuella skillnader dvs. olika individer har olika möjlighet att vara delaktiga. Det kunde bero på vad patienten hade för resurser i form av familj, arbete, trygghet

eller nätverk. Patienter som saknade insikt i sin hälsosituation var också svårare att motivera till levnadsvaneförändringar. Vissa patienter förväntade sig och föredrog mer klara direktiv och tydlig information, vilket distriktssköterskan tog hänsyn till.

*”...det är ju olika från patient till patient. Vissa vill ha raka puckar och vissa tar emot den approachen som man har när man kör det motiverande samtalet” (Intervju 1)*

Distriktssköterskorna beskrev genomgående att patienter med mycket smärta hade svårare att motiveras till att genomföra levnadsvaneförändringar, vilket inte enbart gällde vid förändring av motionsvanor utan även andra levnadsvanor. Några distriktssköterskor beskrev att smärtproblematiken i sig upptog all patientens energi. Den utgjorde ett hinder för att en förändringsprocess överhuvudtaget skulle starta.

Distriktssköterskorna upplevde att patienter med nydebuterad hypertoni var mer motiverade till levnadsvaneförändringar och ville ha information om vad de själva kunde påverka. Ibland var de mer motiverade på grund av att de inte ville ha läkemedel insatt. Däremot upplevde de att patienter med flera blodtrycksmediciner var svårare att motivera, för de hade gett upp, även om det betonades att det just där var extra viktigt.

### *Förändring en process*

Patienterna som distriktssköterskorna mötte kände redan ofta till att goda levnadsvanor kan påverka hälsan positivt. Trots det hade de oftast inte börjat med någon förändring av sina levnadsvanor. Distriktssköterskorna upplevde att insikten om behovet av förändring inte kom vid ett första besök, utan kunde ta lång tid.

*”...ibland är det ju så att man träffar en patient efter ett år och det har kanske inte hänt så mycket... men att de inte glömt vad man pratat om...att man sått ett frö.. ”(Intervju 6)*

De flesta patienter ville förändra sin situation, men då vanor är skapade över tid, är det viktigt att också ha ett långsiktigt perspektiv. Distriktssköterskorna påtalade att gynnsamma effekter på blodtrycket inte alltid sågs direkt, utan det var viktigt att ge det tid.

Det framkom även att när patienten nyligen varit hos läkaren och fått insatt läkemedel mot hypertoni, var det svårare att prata om förändring av levnadsvanor. Distriktssköterskorna beskrev att patienten då stannat upp i förändringsprocessen och följaktligen inte var mottagliga pga. att läkemedelsbehandlingen var det viktigaste.

## **Framtidsutveckling**

### *Vikten av uppföljning*

Distriktssköterskorna önskade att alla vårdcentraler hade krav på sig att använda sig av MI, vilket de upplevde som en kvalitetssäkring för patienten. De uttryckte även att det fanns många utvecklingsmöjligheter för att förbättra hälsan för patienter med hypertoni. Det framkom förslag om att en studiegrupp kunde bildas på arbetsplatsen där alla fick utbildning i MI. Syftet med studiegruppen skulle vara att använda MI på en grupp hypertoni-patienter och sedan utvärdera förändringar på blodtrycket.

Distriktssköterskorna betonade vikten av vidareutbildning i MI, även efter genomgången grundkurs i motiverande samtal. Att praktiskt öva på varandra som kollegor var också något som generellt upplevdes som värdefullt. Uppföljning av grundkursen i MI skulle enligt distriktssköterskorna kunna bestå av återkommande träningstillfällen i anslutning till arbetsdagen, för att kunna reflektera mer över sin egen roll i samtalet.

*”Man skulle ha en halvdag då och då..och friska upp sina kunskaper lite ....så man kommer på nya infallsvinklar.. och nyttigt att öva på varandra.”(Intervju 6)*

### **Samsyn**

Distriktssköterskorna påtalade att det ökande antalet patienter med hypertoni var en stark anledning till att finna arbetssätt som all personal kan arbeta med. De ansåg även att många andra diagnoser kunde ha nytta av ett motiverande arbetssätt. För att kunna implementera ett gemensamt arbetssätt var det viktigt att alla hade teoretisk kunskap om motiverande samtal på arbetsplatsen. De önskade att alla yrkeskategorier som patienten träffar kunde använda sig av

samma strategi i patientmötet. Distriktssköterskorna påtalade att då förändring är en process som tar lång tid, är det även viktigt att all personal tar upp samma aspekter vid flera tillfällen. Patienten blir då påmind om vikten av levnadsvaneförändring och kan öka tilltron till sin egen förmåga att förändras.

*”Ja, många gånger tar det tid att landa hos patienter och att påminna...och det är också hur vi jobbar... hur vi försöker hitta sätt där alla tar upp samma aspekter... då blir det ju ...ja men nu var det ju den tredje som sa det här med kost till exempel...som frågar om jag motionerar, hur jag äter, om jag röker....det kan vara avgörande...”(Intervju 10)*

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Studiens syfte var att belysa distriktssköterskans upplevelse av motiverande arbete med patienter med hypertoni. Vid undersökning med kvalitativ prägling är intervjuer lämpligt. Enligt Kvale (2009) får forskarna, genom intervjuer, fram kunskap om undersökningspersonernas känslor och erfarenheter. Vi kontaktade 30 vårdcentraler i Malmö-Lundregionen med en målsättning att intervjua 15 distriktssköterskor. Det var svårigheter att få informanter. Många tackade nej på grund av tidsbrist. Enligt Trost (2010) bör ett heterogent urval inom en given ram eftersträvas i kvalitativa studier. Efter upprepade kontakter med olika vårdcentraler, var det totalt 13 distriktssköterskor som var intresserade av att delta i studien. Samtliga informanter var kvinnor, därför saknas genusperspektiv i denna studie. Det hade varit intressant med manliga informanter för att få ett så heterogent urval som möjligt. Vi kan däremot inte se att resultatet påverkades nämnvärt av det faktum att det enbart var kvinnliga informanter då vi upplever att studiens syfte och det aktuella ämnet är relativt könsneutralt. Urvalet gjordes utifrån att distriktssköterskorna skulle ha minst ett års erfarenhet av arbete på vårdcentral. Detta urval gjordes för att informanterna skulle ha erfarenhet av arbete med patienter med hypertoni. Informanterna hade dock skiftande ålder, samt erfarenhet som distriktssköterskor, varför upplevelsen av motiverande arbete belyses ur dessa olika perspektiv. Vid intervju är det enligt Trost (2010) att föredra att välja en plats som är så ostörd som möjligt, så att informanten känner sig trygg. Samtliga intervjuade distriktssköterskor valde sin arbetsplats

och sitt mottagningsrum som plats för intervjun. Övervägande delen av intervjuerna utfördes av båda författarna tillsammans. Vid de första intervjuerna upplevde författarna en viss osäkerhet. Efterhand ökade vanan och ju säkrare författarna blev i intervjurollen, desto lättare blev det att uppfatta vad som kom fram vid intervjuerna. Enligt Kvale (2009) lär man sig intervjuteknik genom att göra egna intervjuer. Författarnas oerfarenhet kan således ha påverkat insamlingen av data. Trots intervjuguiden blev intervjuerna olika beroende på såväl intervjuare som den intervjuade. Författarna själva registrerade vid transkriptionen av insamlat material, att mer preciserade följdfrågor framkom efter fler genomförda intervjuer, vilket kan ha påverkat de senare genomförda intervjuerna. Vi fick nya insikter allt eftersom intervjuerna genomfördes, vilket influerade till uppföljande frågor. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det ändå viktigt att forskaren håller sig till samma ämne och berör samma områden. Författarna till denna studie har varit konsekventa med att använda intervjuguiden, som vi upplever har utgjort ett bra stöd.

En fördel med kvalitativ innehållsanalys är enligt Graneheim & Lundman (2004) att metoden är användbar även då forskaren är novis, men ju större erfarenhet forskaren besitter och ju högre kvalitet det är på insamlat material, desto fullödigare blir resultatet (ibid.). Båda författarna har deltagit i analysarbetet vilket inneburit att olika tolkningar har kunnat diskuteras. Målet med innehållsanalysen har varit att arbeta textnära genom att fortlöpande gå tillbaka till ursprungsmaterialet. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det en styrka att båda författarna genomfört analysarbetet tillsammans, vilket anses öka tillförlitligheten som bidrar till ökad trovärdighet av framtaget resultat. Mängden data har också betydelse för att uppnå trovärdighet, vilket innebär att det ska vara tillräckligt med material att arbeta med men inte för stort då det ska vara hanterbart (ibid.). Författarna upplevde att det inte framkom någon ny information efterhand som intervjuerna fortlöpte, vilket medförde att 13 intervjuer bedömdes vara ett tillräckligt stort material att arbeta med.

## **Diskussion av framtaget resultat**

### *MI tar tid att implementera*

Genom specialistutbildning till distriktssköterska hade alla intervjuade utbildning i att arbeta förebyggande och hälsofrämjande, både på individ- och gruppnivå (SOSFS, 1995:5).



Specialistutbildningen hade enligt distriktssköterskorna medvetandegjort vad motiverande arbete och MI innebar, men de upplevde att den inte gav tillräcklig grund att stå på.

Distriktssköterskorna arbetade dock ofta utifrån MI som motivationshjälpmedel och upplevde att motiverande samtal generellt uppfattades positivt av patienterna. Vid vissa tillfällen upplevdes det enklare att använda sig av traditionell information och rådgivning, och att blanda olika samtalstekniker beskrevs ofta som den bästa metoden för att motivera patienten. Det bekräftas även av Rollnick et al. (2009), som hävdar att ingen enbart arbetar med ett samtalsverktyg vid en konsultation utan samtalet växlar snarare fram och tillbaka mellan frågor, lyssnande och information (ibid.).

Genomgående upplevde distriktssköterskorna att för att känna sig säkra då de arbetade motiverande med patienterna behövdes teoretisk MI-kunskap men även praktisk erfarenhet. De uppgav att det är en process att lära sig ett nytt arbetssätt, som måste få ta tid att utveckla. Enligt Rollnick et al. (2009) kan det ta tid innan den vägledande stilen känns naturlig att använda i samtal med patienter. Distriktssköterskorna beskrev det som att ha MI i bakhuvudet och försöka få in det naturligt i samtalet. En studie av Van Eijk-Hustings et al. (2011) bekräftar att tillägnandet och implementeringen av MI är en process som tar tid, där vikten av engagemang, adekvat utbildning och tillräckligt med tid beskrivs för ett lyckat genomförande (ibid.). Då MI tar tid att implementera och det ofta upplevs enklare att återgå till traditionell information och rådgivning upplever vi att det är extra viktigt att ha en tillräckligt stark grund att stå på för att stå fast vid det positiva som MI innebär. Det kan innefatta en djupare utbildning i MI och handledning på arbetsplatsen i syfte att kontinuerligt få praktisk erfarenhet och kunna reflektera över sitt arbetssätt.

## *Samtal som kan leda till förändring*

Distriktssköterskorna poängterade vikten av distriktssköterskans roll i mötet med patienter med hypertoni. De upplevde att det var i mötet och i samtalet, som patienten kunde känna sig hörd och finna sina inre resurser för att hitta motivation till levnadsvaneförändringar. Flertalet studier (Liehr et al., 2006; Scala et al., 2008) påvisar goda resultat då sjuksköterskan motiverar, informerar och stödjer patienten med hjälp av ett patientcentrerat arbetssätt. Barth & Näsholm (2006) beskriver att vid inledningen av samtalet är det viktigt att etablera en god relation. Det är avgörande att tillämpa en öppenhet och samtidigt vara tydlig för att minska patientens eventuella osäkerhet (ibid.). De upplevde även de intervjuade distriktssköterskorna. När patienten kände sig sedd och ett förtroende etablerats, öppnade sig de allra flesta patienterna och samtalet flöt på utan att distriktssköterskan behövde säga så mycket. Enligt Rollnick et al. (2009) försöker ett arbetssätt enligt MI aktivt framkalla patientens egna argument för förändring. MI syftar enligt Barth & Näsholm (2006) till förändring hos patienten där förändringen är målet. De intervjuade distriktssköterskorna upplevde MI mer som en dialog än ett samtal med traditionell rådgivning. I MI-samtalet var det av stor vikt att ha tid att lyssna på patienten. Då de använde sig av öppna frågor medförde det naturligt att patienterna svarade och de kom då ofta med egna förslag på förändringar.

Distriktssköterskorna upplevde att det var positivt med en dialog i samtalet. De uppfattade även att det hade stor betydelse att patienten fått vara delaktig för att kunna genomföra en förändring. Då patienten själv kom fram till hur en förändring skulle genomföras hade de också lättare att hålla kvar sin förändrade levnadsvana. Enligt Antonovsky (2005) måste folkhälsoarbetet byggas på kunskaper om vad som gör att människor förblir friska, ett så kallat salutogent förhållningssätt. Enligt Orem (2001) är det en viktig faktor att ha tillräcklig egenvårdskapacitet då det ställs nya krav på egenvård, exempelvis vid uppkomst av sjukdom. Studiens resultat visar att de patienter som hade nydebuterad hypertoni upplevdes mer motiverade till levnadsvaneförändringar. De var mer öppna för förändring och information om vad de själva kunde påverka, vilket kunde tolkas som att de hade en högt utvecklad KASAM. Antonovsky (2005) stärker detta resonemang då en patient med hög känsla av KASAM har utökad förmåga att uppleva välbefinnande och är mer motiverad till att ta en aktiv roll i sin hälsa. Fok, Chair & Lopez (2005) menar att tillfredställelsen och hoppet ökar med den aktuella livssituationen om patienten har en utvecklad KASAM, vilket i sin tur ökar viljan att delta i vården av den aktuella sjukdomen.

### *Förändring- en individuell process*

Distriktssköterskorna upplevde att vissa patienter var svårare att motivera än andra. Olika individer hade olika möjlighet att vara delaktiga i det motiverande arbetet. Vissa patienter förväntade sig och föredrog mer klara direktiv och tydlig information, vilket distriktssköterskan tog hänsyn till. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (2008), beskrivs det att distriktssköterskan ska stödja patienten och respektera individens egna val, vilket stämmer väl överens med MI. Distriktssköterskan ska vidare främja hälsa med hänsyn till exempelvis kön, ålder, kultur samt den miljö vi människor lever i.

Norcross, Krebs & Prochaska (2011) beskriver Stages of Change model. Denna modell identifierar de steg som en människa går igenom i samband med en beteendeförändring, en så kallad förändringscykel. Patienterna som de intervjuade distriktssköterskorna mötte kände ofta till att goda levnadsvanor kan påverka hälsan positivt. Trots detta hade de oftast inte börjat med någon förändring av sina levnadsvanor. Distriktssköterskorna påtalade också att om patienten nyligen varit hos läkaren och fått insatt läkemedel mot hypertoni, var det svårare att prata levnadsvaneförändring. Patienten upplevde då att läkemedel var det viktigaste. Distriktssköterskorna beskrev att patienten då stannat upp i förändringsprocessen och var inte så mottaglig till att vara delaktig. Distriktssköterskorna upplevde att insikten om behovet av förändring inte kom vid ett första besök, utan kunde ta lång tid. De flesta människor behöver ta flera varv i cykeln innan de kommer till ett förändrat beteende.

Vi upplever att det är viktigt att distriktssköterskan använder sig av sin teoretiska kunskap om förändringsprocessen genom att förmedla till patienten att det är tillåtet att ta flera varv i förändringscykeln; det är normalt. Patienterna ska känna sig trygga med att komma tillbaka även om de själva upplever att de har misslyckats med att förändra sin levnadsvana.

### *MI i framtiden*

Enligt WHO (2003) klassas hypertoni som en folksjukdom och är en riskfaktor för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd. 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke kan

förebyggas med hjälp av sunda levnadsvanor. De intervjuade distriktssköterskorna i föreliggande studie påtalade att det ökande antalet patienter med hypertoni är en stark anledning till att alla yrkeskategorier som patienten träffar borde kunna använda sig av samma strategi i patientmötet. Eftersom förändring är en process som tar tid, ansåg distriktssköterskorna att det var viktigt att all personal som patienten träffar under en längre tid har samma förhållningssätt. De intervjuade distriktssköterskorna önskade att alla vårdcentraler hade krav på sig att använda sig av MI, vilket de upplevde skulle innebära en kvalitetssäkring för patienten. Om alla yrkeskategorier på vårdcentralen konsekvent använde sig av MI kunde det på sikt medföra ett mer effektivt arbetssätt för att hjälpa patienter med hypertoni. Distriktssköterskorna betonade även vikten av vidareutbildning i MI, efter genomgången grundkurs i motiverande samtal. Uppföljning av grundkursen i MI skulle kunna bestå av återkommande träningstillfällen i anslutning till arbetsdagen, för att kunna reflektera mer över sin egen roll i samtalet. Tidigare forskning styrker detta resonemang. Van Eijk-Hustings et al. (2011) visar att stödjande faktorer på arbetsplatsen exempelvis i form av adekvat utbildning är en förutsättning för en lyckad implementering av MI.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), är en del av hälso-och sjukvårdens uppdrag att förebygga sjukdom. Trots det uppdraget och det faktum att osunda levnadsvanor orsakar mycket sjukdom har det sjukdomsförebyggande arbetet enligt Socialstyrelsen (2011) ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det råder stora variationer mellan landsting och mellan olika vårdenheter och det saknas fortfarande en enhetlig praxis (ibid.).

Enligt SBU (2004) kan sjuksköterskans arbete med patienter med hypertoni leda till besparing av läkartid samt ökad följsamhet till läkemedelsbehandling och kontrollbesök. Det medför även ett större utrymme för prevention, genom information och undervisning, för att övriga riskfaktorer för hjärtkärlsjukdomar ska kunna undvikas eller minskas (ibid.). Genom MI upplevde distriktssköterskorna att de lättare kunde nå patienten, och hjälpa denne att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor och öka sitt välbefinnande. Socialstyrelsen (2011) menar att ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser kan leda till besparingar på lång sikt, exempelvis i form av minskade sjukvårdskostnader för sjukdomar relaterade till levnadsvanor.

## Konklusion

Distriktssköterskan strävar efter att skapa en dialog med patienten utifrån en tillitsfull relation i det motiverande samtalet med patienter med hypertoni. När patienten är delaktig i hur levnadsvaneförändringen ska genomföras har patienten större förutsättningar att lyckas med förändringen på sikt. För att nå dit måste all personal ha samma förutsättningar att arbeta efter, som exempelvis likartad utbildning i MI. Det måste ges både tid för utbildning och träningstillfällen för att implementera MI i praktisk verksamhet. Distriktssköterskorna beskrev genomgående att kvalitet och samsyn på vårdcentralerna behöver förbättras.

Distriktssköterskorna upplevde att vissa patienter var svårare att motivera än andra, vilket kunde bero på patientens situation, resurser och personlighet. En tänkbar framtida studie skulle kunna undersöka möjligheten att underlätta och förenkla för alla patienter som har hypertoni att komma på hälsosamtal, oavsett individuella resurser, i syfte att hitta sin motivation till att genomföra levnadsvaneförändringar.

## Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Arborelius, E. (2008). Att tala med patienter om levnadsvanor. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning (s.133 -150)*. Lund: Studentlitteratur.

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Beilin, L. J., Puddley, I. B & Burke. V. (1999). Lifestyle and hypertension. *American Journal of Hypertension*, 12, 934-45.

Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Georgiades, A. & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.

Dellasega, C., Anel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 37-41.

Fok, S., Chair, S. & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 173-81.

Graneheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Héllenius, M-L. (2002). Metabola syndromet: betydelsen av fysisk aktivitet. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 46(2), 91-93.

Helsingforsdeklarationen, (2008). *WMA declaration of Helsinki- Etical principales for medical research involving human subjects*. Hämtad 2013-10-09.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. (2008). Hämtad 2012-11-11.

<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>

Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Liehr, P., Meininger, J.C., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S & Fuentes, F. (2006). Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension. *Applied Nursing Research*, 19(1), 16-21.

McGough, G. (2004). Using health psychology to support health education. *Nursing Standard*, 39(18), 46-52.

Morris, M. C., Sacks, F. & Rosner, B. (1993). Does fish oil lower blood pressure? A meta-analysis of controlled trials. *Circulation American Heart Association*, 8, 523-533.

Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Mo.: Mosby, cop.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: att hjälpa människor att ändra beteende*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Sacks, F. M., Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., ... Cutler, J. A. (1999). A dietary approach to prevent hypertension: A Review of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Study. *Clinical Cardiology*. 22, (III), 6-10.

Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G.A., Harsha, D.,... Cutler, J. A. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *The New England Journal of Medicine*, 344, 3-10.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt*. (Rapport nr 170/1U). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Scala, D., D'Avino, M., Cozzolino, S., Mancini, A., Andria, B., Caruso, G., Tajana, G & Caruso, D. (2008). Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study. *Pharmacy World and Science*, 30(6), 834-9.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm. Riksdagen.

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Riksdagen.

Slettebo, Å. (2006). Empowerment in nursing homes: lessons for district nursing? *British Journal of Community Nursing*, 11(3), 115-118.

Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011- stöd för styrning och ledning. Stockholm. Socialstyrelsen.

SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2012-12-12.

[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Stevens, V. J., Obarzanek, E., Cook, N. R., Lee, I. M., Appel, L. J., Smith West, D.,...Cohen, J. (2001). Long-term weight loss and changes in blood pressure: Result of the trials of hypertension prevention, phase II. *Annals of Internal Medicine*, 134(1),1-11.

Theorell, T. (2012). Psykosocial miljö och stress. I B. Theorell (Red.), *Psykosociala faktorer- vad är det?* Lund: Studentlitteratur.



Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Van Eijk-Hustings, Y. J. L., Daemen, L., Schaper, N. C. & Vrijhoef, H. J. M. (2011). Implementation of motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84, 10-15.

WHO/ISH. (2003). World Health Organisation-International Society Of Hypertension. Statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21 (11).

WHO. (2013). *A global brief on hypertension- Silent killer, global public health crisis*. World health day 2013. Switzerland. Hämtad 2013-10-09.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf)

Zanchetti, A., Hansson, L., Dahlöf, B., Elmfeldt, D., Kjeldsen, S., Kolloch, R.,... Ruilope, L. (2001). Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study. *Journal of Hypertension*, 19(6), 1149-1159.

## Intervjuguide

”Din upplevelse som distriktssköterska av det motiverande arbetet med patienter med hypertoni”

Distriktssköterskeerfarenhet/ utbildning

- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?.....och hur länge på vårdcentral?
- Har du utbildning i motiverande samtalsteknik? Vad för någon?

Upplevelser av motiverande arbete med patienter med hypertoni

- Upplever du att din utbildning ger dig verktyg i det motiverande arbetet?... Och på vilket sätt i så fall?
- Hur går det motiverande samtalet till?

Upplevda effekter av det motiverande arbetet

- Hur tror du att det motiverande samtalet uppfattas av patienten?
- Kan du se effekter eller eventuella hinder av det motiverande samtalet med hypertoni-patienter?...på vilket sätt?
- Hur kan det motiverande arbetet utvecklas i framtiden?

## Bilaga 2 (2)

Exempel på analysprocessen

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
man är så inrotad...men kanske om man är nyutbildad är det lättare	Inrotad i gammalt, kanske lättare om nyutbildad	Inrotad i gamla rutiner	Prioriteringar	Distriktssköterskans förutsättningar
Jag tycker att det motiverande arbetet fungerar bra... även om jag inte använder mig av regelrätt motiverande samtalsteknik.... jag har mina egna motiverande samtal så att säga....	Motiverande arbetet fungerar bra även utan regelrätt samtalsteknik	Egen samtalsteknik fungerar bra	Mi- ett verktyg för motiverande arbete	Distriktssköterskans förutsättningar
....Sätter jag mig ner och stoppar korb med fakta så kommer de inte tillbaka...	Korvstoppning, patienten kommer ej tillbaka	Mycket fakta skrämmer patienten	Distriktssköterskan som motivator	Det personliga mötet
ibland är det ju så att man träffar en patient efter ett år och det har kanske inte hänt så mycket... men att de inte glömt vad man pratat om...att man sått ett frö..	Patient kommer ihåg information, sår ett frö	Förändring tar tid	Förändring en process	Ur patientens synvinkel