



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Hypertonibehandling i primärvården

Telefonintervjuer med  
verksamhetschefer i södra Sverige

Författare: Anna Ohlsson & Anna Schön

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

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

# Hypertonibehandling i primärvården

## Telefonintervjuer med verksamhetschefer i södra Sverige

Författare: Anna Ohlsson & Anna Schön

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

### Abstrakt

In Sweden, hypertension, is one of the most common reasons to attend primary care thus a Swedish public health problem of epic proportions. There is a general consensus about that effective antihypertensive treatment reduces the risk of developing cardiovascular diseases and premature death. Non-pharmacological treatment is advocated to be the basis of treatment. The caregiver is responsible for systematically plan, direct, control, and monitor, evaluate and improve the quality of treatment. Leader of the primary care center is the operation manager. The purpose of the study was to make a survey of the primary health centers in the south of Sweden and their guidelines for hypertension treatment, and to investigate the managers' views on the care and treatment they provided. The study had a mixed methods approach and the data collection was made by telephone interviews. Of 252 invited operation managers 26 participated. The quantitative result was inconclusive. The qualitative result shows that the hypertension treatment offered currently in the south of Sweden is unequal partly due to economic factors but also because of the complex matter where the staff's own interests and the internal structures are governing the treatment. The operational managers are clearly aware of the inequality problem and clearly expressed the need of a national guideline for hypertension care and were more than willing to introduce such a thing at their center. The study further concludes that District Nurses comprise a valuable asset in the hypertension treatment offered at the primary care centers.

### Nyckelord

Mixad metod, hypertonibehandling, vårdprogram, verksamhetschefer

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

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Problembeskrivning .....	3
Bakgrund .....	4
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....	4
Samhällsekonomiskt perspektiv .....	4
Definition och diagnos .....	5
Konsekvenser av obehandlad hypertoni och betydelsen av följsamhet .....	6
Behandling, rådande riktlinjer och bedömningsinstrument .....	6
Förändring av levnadsvanor .....	7
Distriktssköterskans roll .....	8
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar .....	10
Metod .....	10
Urval .....	10
Instrument .....	11
Datainsamling .....	12
Förförståelse .....	12
Databearbetning .....	13
Statistisk analys .....	13
Innehållsanalys .....	13
Etisk avvägning .....	13
Resultat .....	14
Hypertonibehandling som erbjuds, förekomst av riktlinjer och syn på vårdprogram .....	14
Verksamhetschefernas syn på hypertoni behandling och faktorer som påverkar den .....	16
Vikten av preventivt arbete .....	17
Specialistutbildad personal .....	18
Hypertonibehandling står i relation till personalens intresse .....	19
Den ekonomiska faktorn påverkar .....	20
Betydelsen av struktur .....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion .....	22
Resultatdiskussion .....	25
Konklusion och implikationer .....	28
Referenser .....	30
Bilaga 1 (1) .....	35

## Problembeskrivning

Hypertoni är precis som alkohol, rökning, fysisk inaktivitet, höga kolesterolvärden och stress, en av de vanligaste riskfaktorerna för att insjukna i stroke, kranskärslsjukdom, hjärtinfarkt och hjärtsvikt (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). World Health Organisation [WHO] beräknar att ungefär 17 miljoner människor i världen avlider varje år till följd av kardiovaskulära sjukdomar, och hälften av dessa avlider till följd av hypertoni (WHO, 2013). I Sverige är hypertoni en av de vanligaste orsakerna till att uppsöka primärvården och antalet individer med hypertoni uppskattas till ungefär 1,8 miljoner, vilket motsvarar 27 % av den vuxna befolkningen (SBU, 2007). Hypertoni är således ett svenskt folkhälsoproblem. Det råder en allmän konsensus om att en effektiv hypertoni-behandling minskar risken för insjuknande i kardiovaskulära sjukdomar och för tidig död. Levnadsvaneförändringar kan sänka blodtrycket och minska behovet av blodtryckssänkande läkemedel, och bör därför utgöra grunden i all behandling (WHO, 2013; SBU, 2007; Lopez et al., 2006). Ett stort antal individer med hypertoni upptäcks inte, förblir odiagnostiserade och erbjuds därför ingen behandling (SBU, 2007; WHO, 2013). Därtill har studier visat att personer som diagnostiseras med hypertoni och erhållit behandling i många fall inte uppnår de målblodtryck som riktlinjer anger. Detta gäller såväl internationellt (Wolf-Maier et al., 2004) som i Sverige (Qvarnström et al., 2011; Lindblad et al., 2012).

På grund av att människor med obehandlad eller underbehandlad hypertoni löper en avsevärt högre risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom och dö i förtid kommer detta på sikt leda till en sämre folkhälsa och en ökad hälsoekonomisk kostnad för vårt samhälle (Kotseva et al, 2009; WHO, 2013; SBU, 2007). Regionala studier har visat att underbehandling av hypertoni är ett vanligt förekommande fenomen (Ekesbo et al., 2012; Midlöv et al., 2008). Vårdgivaren har ansvar för att systematiskt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). Som ledare för verksamheten står då verksamhetschefen som ytterst ansvarig för den vård som bedrivs inom enheten. För närvarande finns inget regionalt vårdprogram för hypertoni i Region Skåne, Region Kronoberg och Blekinge läns landsting. I Region Halland finns terapirekommendationer utarbetade av Läkemedelskommittén i Region Halland (2014). Med den bakgrunden är det av intresse att göra en inventering/kartläggning av hur vårdcentraler och hälsovalsenheter har valt att arbeta och hur verksamhetscheferna för enheterna ser på behandlingen av patienter

med hypertoni. Fortsättningsvis kommer både vårdcentraler och hälsovalsenheter att i texten benämnas som *enheter*, om inget annat anges.

## **Bakgrund**

### *Omvårdnadsteoretiskt perspektiv*

En omvårdnadsteori att arbeta utifrån avseende hypertoni behandling är Dorothea Orem's egenvårdsteori (2001). Hennes teori utgår ifrån att alla människor har basala mänskliga behov som ska tillgodoses. Om/när den enskilde individen inte själv kan tillgodose dessa behov föreligger ett behov av omvårdnad. Omvårdnaden delar Orem in i tre system: det helt kompensande systemet, det delvis kompensande systemet och det stödjande och undervisande systemet. Att tillämpa det stödjande och undervisande systemet vid omvårdnad av hypertoni är en relevant teoretiskt utgångspunkt. Rådgivning och information ges till patienten som har det huvudsakliga ansvaret för sin egenvård men som behöver stöd och hjälp (ibid.). Sjuksköterskans roll som rådgivare och vägledare, i patientundervisning, är med andra ord central i Orem's omvårdnadsteori och det är mot bakgrund av denna som delar av studiens resultat kommer att diskuteras.

### *Samhällsekonomiskt perspektiv*

Tillsammans utgör vården av patienter med stroke (Hjärt- och lungfonden, 2009; 2010) och kardiovaskulära sjukdomar en kostnad på 77,1 miljarder varje år. WHO uppmanar (WHO, 2013) alla nationer att implementera nationella vårdprogram. Om fler individer blir adekvat behandlade enligt de nationella riktlinjer som finns skulle det resultera i en ökad kostnad för Sverige (SBU, 2007; WHO, 2013). Den totalt ökade kostnaden kommer att hållas konstant efter den initiala ökningen med små variationer. Det kan tyckas paradoxalt att en ökad total kostnad skulle innebära något positivt men WHO menar att hälsovinsterna i samhället överstiger kostnadsökningen och på sikt blir det även en ekonomisk vinst.

Läkemedelsbehandling av hypertoni anses kostnadseffektivt i jämförelse med andra insatser i sjukvården (SBU, 2007). Det anses mer kostnadseffektivt att sänka blodtrycket hos en person med en måttlig eller hög risk än att sänka blodtryckgränser för att behandla och påbörja behandling hos personer med låg risk (ibid.). WHO förordar primärvården som den mest

effektiva och kostnadseffektiva instansen för att förebygga och behandla sjukdom (WHO, 2008). En studie (Midlöv, 2008) visade att allmänläkarna i primärvården tenderade att fokusera på det absoluta målblodtrycket istället för att göra en bedömning av hela den totala kardiovaskulära riskprofilen. Författarna såg både en över- och underbehandling. Deras slutsats var att trots internationella och nationella riktlinjer av hypertoni misslyckas allmänläkarna i primärvården med att behandla hypertoni framgångsrikt (ibid.).

### *Definition och diagnos*

Hypertoni är ett tillstånd när det systoliska blodtrycket är 140 mm Hg eller högre, eller det diastoliska blodtrycket är 90 mm Hg eller högre i vila (WHO, 2013; SBU, 2007). Gränsen för hypertoni får anses vara flexibel där hänsyn tas till förekomst av eventuella övriga riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom (ibid.). En allmän missuppfattning som verkar råda är att människor som har hypertoni inte uppvisar symtom, så är dock inte fallet. Symtom kan vara huvudvärk, andfåddhet, yrsel, bröstsmärtor eller näsblod (Nyström & Engfeldt, 2014). En studie (Kjellgren et al, 1998) har visat att patienter med hypertoni generellt sett har nämnda symtom om än i olika grad. Hypertoni kan delas in i två grupper. Den ena *primär/essentiell hypertoni* är av den typ som ej kan spåras till en enstaka utlösande faktor (ibid.). Primär hypertoni beror främst på en kombination av ålder, insulinresistens (Zhou, Wang, & Yu 2014; Nyström & Engfeldt, 2014) och ateroskleros. Den andra, med klart tydlig etiologi, benämns som *sekundär hypertoni* (Thulin, 2005). Sekundär hypertoni är ett symtom på exempelvis hormonrubbingar, njursjukdom eller läkemedelspåverkan. Vid behandling av grundorsaken brukar i regel blodtrycket normaliseras.

För att ställa diagnos bör blodtrycket mätas vid minst tre olika tillfällen med standardiserade mätningar d.v.s. efter 5 minuters vila, sittande med armen i hjärthöjd och med en veckas mellanrum (SBU, 2007). Överstiger blodtrycket 140/90 vid dessa mättillfällen ställs diagnos. Vidare utredning med EKG samt blodprover skall göras för att utesluta andra sjukdomar eller vänsterkammarhypertrofi (Lüscher, 2013). En patient med misstänkt hypertoni ska genomgå en utredning för eftersökning av specifika orsaker till hypertoni samt undersöka/kartlägga riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar (ibid.). SBU (2007) och läkemedelsverket (Nyström & Engfeldt, 2014) förordar ambulatorisk blodtrycksmätning under ett dygn för att stärka diagnosen. Även WHO förordar ambulatorisk blodtrycksmätning för att säkerställa

diagnosen samt erhålla en bättre blodtrycks kontroll (WHO, 2013; Lovibond, Jowett, Barton et al, 2011).

### *Konsekvenser av obehandlad hypertoni och betydelsen av följsamhet*

Obehandlad hypertoni ökar risken för stroke, kardiovaskulär sjukdom och död (SBU 2007). Därtill ger obehandlad hypertoni förr eller senare upphov till en sänkt njurfunktion, vilket ger ytterligare en risk att insjukna i kardiovaskulär sjukdom (ibid). Det förekommer även ett samband mellan hypertoni och demensutveckling. Studier (Scuteri, Nilsson, Tzourio et al., 2011) visar på att demensutveckling minskar och en bättre bibehållen kognitiv funktion hos de personer som är adekvat behandlade avseende sin hypertoni. Följsamhet vid behandling farmakologisk och/eller icke-farmakologisk har stor betydelse för behandlingseffekten (SBU, 2007). Det är av största vikt att få patienten att känna delaktighet och få en förståelse av behandlingen och dess värde för att uppnå god följsamhet till behandlingen (Ostberg & Blaschke, 2005).

### *Behandling, rådande riktlinjer och bedömningsinstrument*

Studieresultat (SBU, 2007) visar på god effekt av behandling med hypertoniläkemedel hos patienter upp till 80 års ålder. Behandlingseffekten, gällande sjuklighet och död i kardiovaskulär sjukdom, är större hos individer med samtidig vänsterkammarhypertrofi och/eller kranskärlssjukdom. Ju högre det initiala blodtrycket är, desto större effekt har behandlingen (ibid.). SBU (2007) och European Society of Cardiology/European Society of Hypertension [ESC/ESH] (Lüscher, 2013) rekommenderar att en total riskbedömning görs vid hypertoni behandling där alla riskfaktorer tas hänsyn till. Detta ska göras för att minska risken för patienten att insjukna i stroke och/eller kardiovaskulär sjukdom. Att enbart värdera ett enskilt blodtrycksvärde ger en låg precision vid bedömning och risken för att patienten ska utveckla kardiovaskulär sjukdom går ej att värdera.

Det finns för närvarande inga nationella riktlinjer avseende hypertoni behandling. ESC/ESH rekommenderar i sina riktlinjer för 2013, att i första hand behandla ett patologiskt blodtryck icke-farmakologiskt (Lüscher, 2013). I andra hand förordar ESC/ESH en individualiserad läkemedelsbehandling. Hypertoniläkemedel har visat sig ha likvärdig effekt mot insjuknande i

kardiovaskulär sjukdom (ibid.). Enligt SBU:s rapport (2007) framgår det att effekten av olika typer av blodtryckssänkande läkemedel varierar från individ till individ. Det betonas att biverkningarna blir få när patienten får flera olika läkemedel i låg dos och att en återställning till ett normalt blodtryck höjer livskvaliteten hos patienten (ibid.).

Ett exempel på ett riskbedömningsinstrument som kan användas, för att beräkna patientens totala risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar, är SCORE (Conroy et al, 2003). Det är ett instrument framtaget av ESC som modifierats till SCORE-Sverige som baseras på svenska förhållanden avseende mortalitet i stroke och koronarsjukdom. De slår även fast att patienter som redan drabbats av infarkt eller som har diabetes är att betrakta som högriskindivider (ibid.). För att bestämma en persons kardiovaskulära riskprofil för den kommande 10-årsperioden identifieras patienten i matrisen efter kön, ålder, rökare/icke-rökare och därefter den kolesterolnivå och blodtrycksnivå som ligger närmst individens. I framtagandet av SCORE-Sverige slår forskarna fast att den medicinska nyttan av interventioner är bättre vid en högre totalrisk än en lägre samt är mer kostnadseffektivt (ibid; Nyström & Engfeldt, 2014). Ett av värdena med ett riskskattningsinstrument är att enskilda riskfaktorer synliggörs och det som inte ensamt anses indicera behandling kan bli indicerat. Till exempel är inte en ensamt förhöjd lipidprofil indikation för behandling i profylaktiskt syfte för att undvika kardiovaskulär sjukdom men tillsammans med ett högt blodtryck blir behandling indicerad.

Både SBU (2007) och Läkemedelverket (Nyström & Engfeldt, 2014) förordar att värderingen görs med det riskbedömningsinstrument som tagits fram av ESC/ESH. Enligt SBU (2007) finns det goda möjligheter att framgångsrikt behandla patienter med hypertoni med antingen farmakologiska och/eller icke-farmakologiska metoder. Alla patienter med hypertoni bör kunna sänka sitt blodtryck till tillfredställande nivåer genom en individanpassad och strukturerad behandling (ibid.).

### *Förändring av levnadsvanor*

Icke farmakologisk behandling vid hypertoni, det vill säga förändring av ohälsosamma levnadsvanor, bör utgöra grunden för all hypertoni-behandling (SBU, 2007; Lüscher, 2013). Syftet är att sänka ett förhöjt blodtryck, minska risken att drabbas av kardiovaskulär sjukdom och att förhindra progress av redan förvärvad sjukdom (SBU, 2007).



Levnadsvaneförändringar inkluderar bland annat mat- och motionsvanor, rökning, alkoholvanor och stresshantering. Fysisk aktivitet, viktnedgång vid övervikt, måttlig alkoholkonsumtion och minskat saltintag är enligt SBU (2007) de icke-farmakologiska metoder som har störst blodtryckssänkande effekt. Vid mild hypertoni kan åtgärder med enbart levnadsvaneförändringar vara tillräckliga för att sänka ett förhöjt blodtryck. Att sänka ett förhöjt blodtryck genom förändring av levnadsvanor minskar även behovet av farmakologisk behandling. Därmed reduceras risken att drabbas av läkemedelsorsakade biverkningar samtidigt som läkemedelskostnaderna minskar (ibid.).

Tidig upptäckt och behandling av hypertoni bidrar till att sänka den totala populationens mortalitet. Ett lysande exempel på detta är The North Karelia Projekt (WHO, 2013). År 1972 lanserades ett stort hälsoprojekt i norra Karelen i Finland (Kastarinen et al., 2002). Rådande mortalitet av kardiovaskulära sjukdomar bland befolkningen i Finland var på den tiden extremt hög (47 %). Inom fem år efter projektets start kunde positiva förändringar i populationen observeras i form av förändrade matvanor, ökad blodtryckskontroll och ett minskat antal rökare. Denna lokala insats var så lyckad att projektet infördes nationellt. Med facit i hand, 35 år senare, har den årliga mortaliteteten bland den arbetsföra populationen blivit 85 % lägre än vad den var 1977. Detta påvisar vikten av att nationella insatser görs för att höja medvetenheten kring hypertoni och dess negativa konsekvenser (WHO, 2013; Kastarinen et al., 2002). WHO rekommenderar att det måste till kraftfulla långsiktiga interventioner på primärvårdsnivå som fokuserar på en förebyggande insats av den totala risken för kardiovaskulära sjukdomar i en nationell strategi (WHO, 2013).

### *Distriktssköterskans roll*

Enligt Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen i Sverige [DSF], 2008) ska distriktssköterskan kunna identifiera och förebygga hälsorisker, motivera patienter till förändrade levnadsvanor samt ta initiativ till och vidta åtgärder som främjar den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga hälsoproblem hos befolkningen (ibid.). Distriktssköterskans kunskaper i det preventiva arbetet bör alltså utgöra navet för det förebyggande arbetet avseende hypertoni. Studier har även visat att sjuksköterskeledda multidisciplinära program kan vara mer effektiva än "vanlig vård" i att reducera kardiovaskulär risk (Kotseva et al., 2008; WHO, 2013). Drevenhorn, Kjellgren och

Bengtsson (2007) har påvisat att hälsovägledning, ledd av distriktssköterska, kan hjälpa personer med hypertoni att sluta röka, minska sin alkoholkonsumtion och gå ner i vikt. Efter avslutat program hade den genomsnittliga fysiska aktivitetsnivån bland deltagarna ökat och blodtrycksnivån minskat. Vidare kan start av hypertoniomottagningar, ledda av distriktssköterskor, bidra till upptäckt av personer som inte haft farmakologisk behandling trots att de varit i behov av det. Personer med oupptäckt diabetes har identifierats och människor har kunnat reducera sin användning av antihypertensiva läkemedel (Drevenhorn et al., 2007; Kastarinen et al., 2002).

En studie visade att en del distriktssköterskor uttryckte en känsla av ensamhet i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). Avsaknad av stöd, engagemang och uppmuntran från ledningen utgjorde ett hinder för att vara drivande och nå framgång i det preventiva hälsoarbetet. De betonade även vikten av kollegialt stöd, från såväl andra distriktssköterskor som läkare. Uppfattningen var att kollegialt stöd saknades. Läkarna uppfattades endast vara intresserade av sjukdom och sjukvård, vilket försvårade det preventiva arbetet. Distriktssköterskekollegor var ointresserade och oengagerade förutsatt att de inte själva var delaktiga i arbetsuppgiften (ibid.).

I dag har personalen inom hälso- och sjukvården goda förutsättningar att behandla ett måttligt förhöjt blodtryck till en normal nivå (SBU, 2007). Föreliggande studie av enheters användning av riktlinjer och hur verksamhetscheferna ser på den hypertoniomläggning som erbjuds, kan ligga till grund för vidare förbättringsarbete angående vården av personer med hypertoni. Att få kunskap om hur verksamhetscheferna ser på hypertoniomläggning och vårdprogram kan skapa en grund för framtida förändring och förbättringsarbeten där distriktssköterskan med sin fördjupade kunskap om folkhälsoarbete skulle kunna leda arbetet med patienter inom hypertoniomvården med en fördjupad helhetssyn och utveckla vården.

## **Syfte**

Syftet med studien var att, inom södra Sverige, göra en kartläggning av vårdcentralers och hälsovalsenheters riktlinjer för hypertoniomläggning, samt att undersöka verksamhetschefens syn på den vård och behandling av hypertoni som enheten erbjuder.

## Specifika frågeställningar

- Har lokala PM eller riktlinjer för behandling av hypertoni utformats på enheten och vad grundar de sig på?
- Hur ser hypertonibehandlingen på enheten ut?
- Hur ser enhetens verksamhetschef på hypertonibehandlingen som erbjuds på enheten?

## Metod

Kvantitativ metod används i syfte att finna generella resultat från flera enheter för att få fram resultat som kan redovisas med deskriptiv statistik och analyseras med sambandsanalys (Polit & Tatano Beck, 2014). En kvalitativ metod utgår ifrån respondentens ord och subjektiva beskrivning av ett specifikt fenomen (Holme & Krohn Solvang, 1997). Att blanda metoder (mixed methods) lämpar sig för studier då en enskild metod inte anses tillräcklig för att besvara forskningsfrågan (Creswell & Clarke, 2006), vilket överensstämde med syftet i föreliggande studie. Tillsammans kompletterar kvantitativ- och kvalitativ metod varandra och ger en helhetsbild av det som studeras (ibid.).

## Urval

Urvalet delades med ytterligare en grupp, ur specialistprogrammet med inriktning distriktssköterska, och på inrådan från handledaren gjordes en sammanslagning av datainsamlingsmetod. Vid studiens början tillämpades ett slumpmässigt urval för att spegla totalpopulationen (Olsson & Sörensen, 2011). Samtliga vårdcentraler inom Region Skåne samt de hälsovalsenheterna med avtal med Region Skåne inkluderades. Det omfattade 64 hälsovalsenheter i privat regi samt 86 vårdcentraler som drevs av Region Skåne. Ur de två grupperna lottade författarna slumpvis ut hälften, för att få ett statistiskt signifikant generaliserbart antal (Polit & Tatano Beck, 2014). På detta sätt utökades urvalet till dess att samtliga 150 enheter dragits. Då otillräckligt antal enheter, ungefär tio stycken, tackat ja till att delta i studien (den 4:e juni) beslöt på inrådan från handledaren (den 9:e juni) att utöka urvalsgruppen till att omfatta samtliga enheter inom och med avtal med Blekinge läns landsting (n=23), Region Halland (n=47) och Region Kronoberg (n=32). Totalt inkluderades 252 stycken enheter i södra Sverige. Aktuellt antal enheter och kontaktuppgifter i Region

Skåne hämtades från Skånekatalogen i januari 2015. Av primärvården i Blekinge läns landsting erhöles kontaktuppgifter till de offentliga vårdcentralerna och kontaktuppgifter till de privata enheterna hämtades från 1177 Vårdguiden på internet (www.1177.se). För Region Kronoberg hämtades samtliga uppgifter från 1177 Vårdguiden. Region Hallands regionkontor bistod med kontaktuppgifter till deras enheter i egen och privat regi. Totalt skickades informationsbrev ut till 252 enheter i södra Sverige (se tabell 1). Av dessa svarade 26 verksamhetschefer att de samtyckte till deltagande. Ytterligare 86 verksamhetschefer svarade nej tack utan att ange skäl. Av de som angav skäl till att inte delta i studien skrev 14 verksamhetschefer att de var ny tillsatta, fyra skulle snart sluta och 28 hade brist på tid. Antalet som ej svarade uppgick till 94 stycken.

**Tabell 1.** Hälsovalsenheter uppdelat på vårdform och deltagande.

	Region Skåne	Privat skåne	Blekinge läns landsting	Privat Blekinge	Region Halland	Privat Halland	Region Kronoberg	Privat Kronoberg	Totalt
Deltagande	12	4	2	3	2	0	3	0	26
Svarat nej	37	15	2	15	4	3	9	1	86
Ej Svarat	25	29	4	4	7	7	12	6	94
Nej pga ny tillsatt	1	0	0	0	9	4	0	0	14
Nej pga ska sluta	1	0	1	2	0	0	0	0	4
Nej pga tidsbrist	10	17	0	0	0	0	1	0	28
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>65</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>252</b>

## Instrument

Ett formulär (se bilaga 1) med frågor utvecklades i samråd med handledaren för att på bästa sätt samla in data som kunde besvara studiens syfte. Frågorna var fasta och skulle ställas på samma sätt till samtliga deltagare. Intervjuguiden testades på handledaren genom en provintervju för att kontrollera att frågorna var relevanta och gav svar på syftet och de specifika frågeställningarna. Intervjuguiden bestod av en kvantitativ del i form av frågor med fasta svarsalternativ samt en kvalitativ del bestående av öppna frågor som följde en bestämd struktur.

## **Datainsamling**

Gemensamt utformades ett informationsbrev som, via e-post, sändes till samtliga verksamhetschefer. Informationsbrevet innehöll information om båda studierna, förfrågan om deltagande, information om frivillighet och möjlighet till att när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan. Vidare informerades verksamhetscheferna om konfidentialitet, vilket innebär att intervjun inte kommer att användas till annat än beskrivet ändamål och att ingen individ kommer att kunna identifieras (Trost, 2010). En gemensam kodnyckel för allt insamlat material upprättades, som förvarades på USB-minne utan åtkomst för obehöriga. Efter att informanterna gett sitt samtycke till deltagande fick de själva föreslå tid för intervju per telefon. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan i nära anslutning till intervjutillfället. Ljudfiler och transkriberat material sparades på USB-minne som endast författarna hade tillgång till. Författarna till föreliggande studie stod för utskick av informationsbrev till de offentliga vårdcentralerna i Region Skånes regi samt till samtliga enheter i Blekinge läns landsting. Den andra gruppen stod för utskick av informationsbrev till hälsovalsenheterna i Region Skåne, samtliga enheter i Region Kronoberg samt i Region Halland. Efter det första informationsbrevet skickats erhöll verksamhetscheferna ytterligare två förfrågningar innan hälsovalsenheten räknades in i bortfallsgruppen. Under tidsperioden 2015-04-28 till och med 2015-09-10 intervjuades 23 verksamhetschefer i södra Sverige. Antalet enheter uppgick till 26 stycken, eftersom tre av verksamhetscheferna var chef för två enheter vardera. Intervjuguiden användes inte på samma sätt av samtliga intervjuare vilket resulterade i att fem informanter inte fick frågan om huruvida de ansåg att ett vårdprogram behövs för personer med hypertoni.

## **Förförståelse**

Förförståelse omfattas av erfarenheter, kunskaper och eventuella förutfattade meningar forskaren har och som, i varierande grad, följer med forskaren in i ett forskningsprojekt (Malterud, 2014). Genom att synliggöra och redogöra för sin förförståelse minskar forskaren risken att påverka forskningsprocessen. Forskarna till föreliggande studie har erfarenhet av hypertoni behandling samt hjärt-och kärlsjukdomar efter flera års arbete vid en hjärtintensivvårdsavdelning vid ett sjukhus i södra Sverige.

## Databearbetning

### *Statistisk analys*

Den kvantitativa datan sammanställdes och redovisas med deskriptiv statistik. Statistisk analys utfördes med Pearsons' chi<sup>2</sup>-test för att undersöka om skillnad mellan olika vårdformer och användningen av riktlinjer förelåg. Programvaran som användes för inmatning av kvantitativ data och beräkning av statistisk analys var IBM SPSS Statistics 23.

### *Innehållsanalys*

De kvalitativa frågorna analyserades med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) manifesta innehållsanalys. Inspelat material lyssnades igenom av båda författarna, innehållet transkriberades och materialet lästes igenom var för sig samt tillsammans. Därefter togs meningsbärande enheter ut som sedan kondenserades (se tabell 2). Vid kondenseringen koncentrerades de meningsbärande enheterna ytterligare vilket gav en mer lättöverskådlig text. Därefter kodades den kondenserade texten genom att krympas till sammanfattande kodord. Abstraktionen av varje kod skapade därefter kategorier. Koderna delades in efter liknande karaktär och bildade fem kategorier vars innehåll speglade den ursprungliga innebörden av den meningsbärande enheten.

**Tabell 2.** Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Jag tycker vi erbjuder det vi ska, det vill säga att man gör patienten medveten om sin roll i behandlingen	Erbjuder vad de ska, gör patienten medveten om sin roll i behandlingen	Uppfyller mål om patientens delaktighet	Vikten av preventivt arbete

## Etisk avvägning

Enligt Kvale (1997) kan en studie anses vara etiskt försvarbar när kunskap som kan förbättra människors situation söks. Forskning och vetenskapliga studiers syfte är att hitta lösningar till

teoretiska och praktiska problem. För utövare inom medicinsk forskning och omvårdnad gäller Helsingforsdeklarationen (Medicinska forskningsrådet [MFR] (2000). I enlighet med Helsingforsdeklarationen erhöll informanten information om studiens syfte, fick ge samtycke och försäkrades om att det insamlade materialet behandlades konfidentiellt. De inspelade intervjuerna och det transkriberade materialet kommer att förstöras direkt efter godkänd examination. Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] skickades in i februari 2015 för ett rådgivande yttrande. Syftet med studien var att kartlägga om och hur hypertoni behandling i södra Sverige ser ut, samt undersöka hur verksamhetschefen ser på den vård och behandling som hälsovalsenheten erbjuder. Resultatet kan leda till en förbättring av hypertoni vården/behandlingen genom utveckling av ett regionalt vårdprogram för hypertoni och på så sätt komma den totala populationen till nytta.

## Resultat

I resultatet presenteras först de kvantitativa data som erhållits och därefter det kvalitativa resultatet.

### Hypertonibehandling som erbjuds, förekomst av riktlinjer och syn på vårdprogram

Åtta av de 26 verksamhetscheferna angav att de hade riktlinjer som de utformat själva och arbetade efter på enheten (se tabell 3) och fyra sade sig inte veta om det förekom en utformad riktlinje för hypertoni behandling.

**Tabell 3.** Enheternas svar på frågan om riktlinjer utformats för hypertoni behandling på enheten.

Vårdform	Ja, har riktlinjer	Nej, har inga	Vet ej	Total
Region Skåne	3	5	4	12
Privat Skåne	1	3	0	4
Region Halland	0	3	0	3
Privat Halland	2	0	0	2
Region Kronoberg	0	3	0	3
Privat Blekinge	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>26</b>

Det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad i fråga om huruvida enheten hade utformat riktlinjer beroende på om enheten var privat eller offentligt driven (se tabell 4) enligt Pearsons  $\chi^2$ -test.

**Tabell 4.** Korstabell över de enheter där riktlinjer finns/inte finns och vårdform, region/privat

	Ja, har riktlinjer	Nej har inte	Vet ej	Totalt	Pearson $\chi^2$
Region	4	10	4	18	
Privat	4	4	0	8	
<b>Totalt</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>0,202</b>

Vad som ingick i behandlingen (se tabell 5) var farmakologisk behandling, samtal om levnadsvanor, total riskprofil, återbesök, kliniska tester (exempelvis EKG, blodtrycksmätning och blodprover) samt hypertoniskola. De vanligaste insatserna i hypertonibehandlingen oavsett om enheten arbetade efter en egen riktlinje eller inte var farmakologisk behandling, levnadsvanesamtal samt kliniska tester. Endast sex verksamhetschefer uppgav att personalen arbetade med att utföra en total riskprofil d.v.s. en total kardiovaskulär riskprofil. Inga enheter erbjöd hypertoniskolor.

**Tabell 5.** Vilka insatser som ingår i behandlingen om enheten har riktlinjer och om enheten inte har riktlinjer\*

	Farmakologisk behandling	Levnadsvanesamtal	Total riskprofil	Återbesök	Kliniska tester	Hypertoniskola
Har Riktlinje	6	8	2	9	5	0
Har inte Riktlinje	13	23	4	18	10	0

\* Observera snedfördelningen; de som har riktlinjer (n=8), de som inte har riktlinjer (n=14).

Hälften av de tillfrågade verksamhetscheferna svarade att ett vårdprogram för personer med hypertoni behövs (se tabell 6). Skäl som uppgavs var att ett vårdprogram ansågs vara en garanti för jämlik vård och att ett vårdprogram ger struktur, kvalitetssäkrar vården och ger stöd för beslut och val av behandling. En av de verksamhetschefer som var positiv till vårdprogram för personer med hypertoni påtalade att vårdprogram i allmänhet gav hen stöd i chefsrollen då hen upplevde sin roll ifrågasatt då hen inte var läkare.



En verksamhetschef svarade nej på frågan om vårdprogram för personer med hypertoni behövs då hen ansåg att all behandling är individuell. De som var tveksamma till att använda vårdprogram svarade att det berodde på vad som ingick i vårdprogrammet. En verksamhetschef uppgav att det som står i vårdprogram inte alltid är realistiskt i förhållande till enhetens resurser och var därför tveksam till om ett vårdprogram för personer med hypertoni behövdes.

**Tabell 6.** Redovisning av svar på frågan; Behövs ett vårdprogram för personer med hypertoni?

	Antal	Antal i procent
Positiv till behov av vårdprogram	13	50,0 %
Tveksam till behov av vårdprogram	5	15,4 %
Nej till behov av vårdprogram	1	3,8 %
Kan ej svara på frågan	2	7,7 %
Fick ej frågan	5	23,1 %
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>

På frågan om verksamhetscheferna ville införa ett vårdprogram svarade 16 av 26 ja (65,4 %), men flertalet påpekade att ett nationellt vårdprogram vore att föredra framför ett regionalt. Det var sex verksamhetschefer (19,2 %) som angav att de inte visste. Endast två verksamhetschefer svarade nej (7,7 %), den ena på grund av att hen ville se ett nationellt vårdprogram och den andra på grund av att hen ansåg att ett vårdprogram inte skulle tillföra den egna utformade riktlinjen något av värde. En del verksamhetschefer uttryckte även osäkerhet i frågan pga. oro för att bli alltför styrd och att verksamheten kunde bli stelbent, men de var ändå positiva till att införa ett vårdprogram. Skäl för att införa vårdprogram på enheterna var främst att garantin för jämlik vård ansågs säkrad samt att ett vårdprogram gav en struktur att arbeta efter.

## **Verksamhetschefernas syn på hypertoni behandling och faktorer som påverkar den**

I analysen framkom fem kategorier om hur verksamhetscheferna såg på hypertoni behandlingen som erbjöds på enheten; *vikten av preventivt arbete, specialistutbildad*

*personal, hypertoni behandling står i relation till personalens intresse, den ekonomiska faktorn påverkar och betydelsen av struktur.* Resultatet presenteras utifrån kategorierna. För att redovisa resultatet har meningsbärande enheter citerats och informantens kodnummer redovisas efter varje citat.

### *Vikten av preventivt arbete*

Verksamhetscheferna angav att de hade många patienter med hypertoni och att de fanns överallt i verksamheten. Synen på hypertoni behandling i allmänhet skiljde sig åt mellan verksamhetscheferna. En syn var att hypertoni behandling både består av en icke-farmakologisk (förändring av levnadsvanor) och farmakologisk del samt att läkare och sjuksköterskor vet att levnadsvaneförändring är första steget i hypertoni behandlingen.

*“... det är inte bara att ta ett piller så försvinner allt, man måste göra en livsstilsförändring i regel. Det är ju där problemet ligger.” (Informant 182)*

Vikten av att i hypertoni behandling se till varje enskild individ och dennes riskfaktorer för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar påtalades. Risker med att endast stirra sig blind på ett målbloodtrycksvärde uttrycktes eftersom mindre fokus lades vid patientens totala risk för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar. Riskfaktorer som högt kolesterol- och blodsockervärde samt arbete med att förändra patientens ohälsosamma levnadsvanor riskerade att förbises.

*“Ja det viktigaste av allt är att man måste sätta in det i ett sammanhang och inte bara se till bloodtrycksnivån utan att se till andra riskfaktorer “ (Informant 236 & 242)*

En annan syn var att målbloodtrycksvärden var betydelsefullt och det påtalades att det underlättade för personalen att ha sådana värden för att kunna bedöma vilka patienter som de kunde släppa och vilka de var tvungna att följa upp. Verksamhetscheferna uppgav att detta i sin tur fick patienterna att känna sig tryggare med sin uppföljning. Överlag med enstaka undantag framhöll verksamhetscheferna arbetet med prevention som en viktig del i hypertoni behandlingen som enheten erbjöd patienterna. De uttryckte en vilja om att arbeta mer förebyggande med hypertoni behandling än vad som gjordes i dagsläget. Det var viktigt med prevention i hypertoni behandlingen, men samtidigt gavs uttryck för att verksamhetens

preventiva arbete hade fått stå tillbaka till förmån för annat som upplevdes minst lika prioriterat. Att försöka engagera patienterna och få dem att känna delaktighet i och förståelse för hypertonibehandlingen påtalades som viktigt. Utan patienternas delaktighet, engagemang och förståelse för behandlingen var det svårt för verksamhetscheferna att se att behandlingen skulle ge bra resultat för patienterna; i alla fall för deras blodtrycksvärde. Engagemang och delaktighet sågs som ett måste för att patienterna skulle uppnå följsamhet till hypertonibehandlingen, och utöver patienternas egenansvar, hade verksamhetens personal en stor uppgift att försöka få patienterna att känna motivation och delaktighet i behandlingen.

*“Alltså, det är ju så också att du måste få med patienten i behandlingen för annars får du inte rätt på deras blodtryck” (Informant 128)*

En del verksamhetschefer såg att enheten var i behov av förbättringsarbete då det gällde patientengagemanget, medan andra ansåg att de redan var duktiga på att engagera patienterna i behandlingen. För att få patienter att känna intresse och engagemang hade en del enheter redan infört speciella rum på enheten dit patienterna själva kunde gå för att kontrollera sina blodtryck. Det uppgavs också att enheten i nuläget inte har sådana ”blodtrycksrum” men att de funderar på att införa dessa. Inte bara på grund av att öka engagemanget bland patienterna utan också för att patienter kan uppleva oro och känna sig stressade då hälso- och sjukvårdspersonal mäter deras blodtryck och får s.k. vitrockshypertoni. För att undkomma detta fenomen var ett förslag att försöka få patienterna till att skaffa egna blodtrycksmätare som de kunde använda i sin hemmiljö.

*”det är ju många som blir stressade och så, så det är nåt som vi försöker prägla verksamheten... att man uppmanar de att också skaffa egna mätare” (Informant 236 & 242)*

### *Specialistutbildad personal*

Verksamhetschefer påtalade att distriktssköterskor med sin fördjupade kunskap inom förebyggande och hälsofrämjande arbete var värdefulla för enhetens hypertoni behandling. Viljan att i högre grad än tidigare använda sig av distriktssköterskornas kompetens i enhetens arbete uttrycktes. Verksamhetschefer förmedlade även en åsikt om att distriktssköterskor måste synliggöras och ges mer utrymme och tillåtelse att ta ett större ansvar för patienter med

hypertoni, än vad de tilläts göra i dagsläget. Dels för att distriktssköterskor besitter en stor kunskap men också för att det råder brist på tider till enhetens läkare.

*”Och det här är ju en grupp då, de okomplicerade hypertonikerna som man mycket väl skulle kunna tänka sig skulle gå vart annat år till doktorn, vart annat år till sköterskan.” (Informant 192)*

På en del enheter fanns det specifika hypertonisjuksköterskor som arbetade med enhetens hypertoni behandling. Det fanns enheter som hade sjuksköterskor anställda vars uppgift var att ge stöd och guida patienterna i deras arbete med att förändra sina levnadsvanor. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna sågs som betydelsefulla för enhetens arbete med hypertoni behandling.

### *Hypertonibehandling står i relation till personalens intresse*

Verksamhetschefer upplevde sig nöjda med hypertoni behandlingen enheten erbjöd patienterna och uttryckte att det fanns personal på enheten som var engagerade i behandlingen på ett eller annat sätt. Det uppgavs att arbetet med att förändra patienters levnadsvanor var långt framskridet och detta berodde på att de hade en läkare anställd som var mycket engagerad i arbetet med mat och motion.

*“Självklart tycker jag att den är utmärkt. /.../ Vi jobbar ju liksom kontinuerligt med det. Vår vårdcentral är väldigt populär och så... och doktorer och några unga ST-läkare som alla är på och väldigt engagerade” (Informant 224)*

Det påtalades att behandlingen patienterna fick kunde skilja sig åt beroende av vilken personal på verksamheten de fick träffa, förmedlades. En enhet hade en specifik mall, bestående av olika frågor, vilken alla sjuksköterskor uppmanades följa. Det framkom att en del av sjuksköterskorna var intresserade och ställde samtliga frågor som ingick, däremot fanns det andra som av olika anledningar hoppade över vissa frågor då de inte ansåg frågorna som värdefulla. Liknande fenomen uttrycktes där behandlingen patienten fick berodde på vilken läkare på enheten patienten träffade. Även utredningsbenägenheten av höga blodtryck hos

läkarna beskrevs som väldigt individuell och det uppgavs att personalens eget engagemang och intresse stod i relation till innehållet i behandlingen.

*”Nä... det är rätt så individuellt... vilken doktor man kommer till... vissa av oss är nog mer utredningsbenägna och andra är det inte... så vi har inte tyvärr så att alla göra samma”*

*(Informant 59)*

Känslan av att vara relativt nöjd med enhetens hypertoni-behandling förmedlades, det berodde på att verksamhetschefen själv och några andra i personalen var engagerade i ämnet.

### *Den ekonomiska faktorn påverkar*

Den ekonomiska faktorn och dess konsekvens för hypertoni-behandling togs ofta upp och återkom ständigt i merparten av intervjuerna. De beskrev en upplevelse av diskrepans mellan vilken behandling man egentligen önskade erbjuda och de ekonomiska resurserna som hindrade deras ambition. Verksamhetscheferna var medvetna om att de hade kunnat erbjuda en bättre vård om resurserna funnits. Det uttrycktes att eftersom kraven från den politiska ledningen, på vad verksamheten skulle erbjuda och producera, var så höga hade det preventiva arbetet medvetet fått stå tillbaka.

*“och då har det fått lite på tafsens det här med levnadsvanemottagningar.” (Informant 102)*

Med viss frustration beskrevs den kortsiktiga ekonomiska verklighet de tvingades att förhålla sig till inom primärvården och svårigheterna med att de ekonomiska incitamenten styrde över den vård verksamheten erbjöd. Ett exempel som beskrevs var att den politiska ledningen ville att enheten ska utföra vissa saker. Då satsades det på att låta personalen vidareutbilda sig och lära sig nya tekniker och när det var gjort kunde det gå ett år och sedan tog regionen tillbaka den ersättning som enheten kunde få. När den ekonomiska ersättningen fortfarande gick att få så genomfördes fler levnadsvanesamtal än efter att den ekonomiska ersättningen togs bort. En verksamhetschef konstaterade att strukturerade levnadsvanesamtal visserligen genomfördes på enheten, men att det gjordes endast på ekonomiska grunder än ett medvetet preventivt hälsoarbete.

*”det är det enda, men det är för att det finns i vårt kvalitetsmål i år för att få pengar så, annars får vi inget” (Informant 156)*

### **Betydelsen av struktur**

Verksamhetscheferna beskrev hur den egna enheten arbetade med hypertoni behandling och det framkom tydligt att struktur var en gemensam nämnare för en god hypertoni behandling. Överlag beskrev verksamhetscheferna att de inte hade några formellt utformade behandlingsriktlinjer på enheten endast ett fåtal uppgav att de hade någon liten formell strukturerad arbetsmetod. Enstaka verksamhetschefer beskrev att enheten totalt saknade struktur för hur patienter med hypertoni skulle behandlas. En informell behandlingsgång som utformats och blivit allmänt accepterad på arbetsplatsen beskrevs av de verksamhetschefer som inte hade några formellt utformade behandlingsriktlinjer. Möjligheterna till förbättring avseende kontinuitet och uppföljning uttrycktes samtidigt som upplevelsen att de erbjöd en god hypertoni behandling.

*“Läkarna jobbar... jobbar ju tillsammans med distriktssköterskorna, så de jobbar i team, på det viset att de samtalar om olika saker där och träffas och så, så att.” (Informant 202)*

De med en formell struktur, beskrev ett strukturerat arbetssätt, som till exempel ett strukturerat levnadsvanesamtal som sjuksköterskan hade fria händer att hålla i samband med blodtryckskontroller eller som ett hypertoni paket. En enhet bedrev ett aktivt samarbete med den högspecialiserade vården på ortens sjukhus och hade engagerad personal som utformat en lokal rutin. Gemensamt för både de som hade eller inte hade struktur var upplevelsen att den erbjudna behandlingen var bra och att de kände sig nöjda över hur personalen på deras enheter arbetade. Verksamhetscheferna var även stolta över att kunna erbjuda kontinuitet som de såg som ett mått på kvalitet. De som arbetade efter ett formellt strukturerat arbetssätt uttryckte också att deras arbetssätt var en kvalitetssäkring för jämlik vård som de kände sig angelägna att värna om.

*“Vi följer rekommendationerna väldigt noga för att det ska bli lika vård var man än söker.”  
(Informant 192)*

Det efterlystes mer struktur i arbetet som beslutsstöd för vidare behandling och handläggning av patientgruppen. Utan ett tydligt behandlingsförfarande uppstod tveksamheter kring hur patientgruppen skulle bemötas och behandlas. Avsaknad av ett strukturerat arbetssätt skapade en känsla av osäkerhet i arbetet med patientgruppen på enheten.

*“Det är ibland tveksamheter vilka patienter som ska tas emot på hypertoniomottagningen /.../ och så finns det tveksamheter i uppföljningen utav enstaka höga blodtryck” (Informant 85)*

En verksamhetschef tyckte sig se en snedfördelning av resurser inom den egna enheten och var tveksam till om resurserna användes på ett bra sätt. Hen menade att blodtryckskontroller i sig var en arbetsuppgift undersköterskegruppen kunde utföra och att distriktsköterskornas tid istället kunde läggas på annat. Patienter förväntade sig dock en medicinsk bedömning av sitt blodtrycksvärde som inte undersköterskegruppen var behörig att ge. Det poängterades att en av svårigheterna med att utarbeta ett strukturerat arbetssätt kring hypertoni behandling kunde vara personalens anställningsform, det ansågs turligt att ha fasta läkare och inga hyrläkare.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Det visade sig vara en utmaning att rekrytera deltagare till studien. Av 252 verksamhetschefer var det 94 som inte svarade via e-post trots två påminnelser, vilket är ett bortfall på cirka 90 % och får anses vara ovanligt stort. I föreliggande studie är bortfallet så stort att ingen generalisering av kvantitativ data kan ske (Byström, 1998). Det går inte att svara på vad som generellt sett är en acceptabel bortfallsfrekvens utan bortfallsanalysen måste ställas i relation till den valda metoden för urval, insamling och täckning. Det finns ett antal olika faktorer som kan leda till bortfall (ibid.). Möjliga orsaker till verksamhetschefernas låga svarsfrekvens kan vara avsaknad av intresse eller otillräcklig kunskap om studiens ämne eller att de ansåg sig ha ont om tid och inte prioriterade att delta i intervjuer. I föreliggande studie är författarna självkritiska till att inte mer aggressivt bytt uppföljningsstrategi när antalet informanter visade sig bli lågt. Författarna är även starkt självkritiska till att en tydligare planering över datainsamlingsprocessen tillsammans med det andra författarparet inte ägde rum innan studien tog sin början.

Information om studien samt förfrågan om deltagande skickades ut till samtliga verksamhetschefer via e-post under tidsperioden 150428–150901. Det kunde inte ses någon skillnad i antalet verksamhetschefer som tackade ja till deltagande beroende på när under datainsamlingsperioden hen kontaktats. Därför kan inga slutsatser dras om tidsaspekten bidragit negativt eller positivt till att delta i studien. Det skulle kunna uppfattas som ett mer personligt tillvägagångssätt att bli uppringd än att bli kontaktad via e-post. Det kan vara lättare att avfärda och klicka bort en förfrågan via e-post än att avfärda en förfrågan ställd per telefon. Det är ett etiskt dilemma om hur påflugna författarna kan accepteras vara. Ett möjligt förfarande kunde ha varit att första kontakten tagits via e-post, men att påminnelse nummer ett och två genomförts via telefon. Eventuellt kunde de verksamhetschefer i Region Skåne som inte svarade på e-post, kontaktats via telefon, innan urvalet utökats. Då insamling av data genomfördes tillsammans med en annan grupp innehöll det gemensamma informationsbrevet mycket information och kan ha upplevts som svårtillgängligt.

Metodvalet ansågs lämpligt för att för att på bästa sätt svara på studiens syfte, då kvantitativ- och kvalitativ metod var avsedda att komplettera varandra och ge en tydlig bild av det som studerades (Borglin, 2012). Studiens syfte bestod av två delar där kvantitativ metod ansågs passande för *att göra en kartläggning av hälsovalsenheternas riktlinjer för hypertoni* och kvalitativ metod för *att undersöka verksamhetschefernas syn på den vård och behandling av hypertoni som hälsovalsenheten erbjuder*. I föreliggande studie gav den mixade metoden stöd för trovärdigheten av resultatet då den kvalitativa delen gav ytterligare stöd och bekräftade det kvantitativa resultatet. Enligt Henricson (2012) belyser validitet och reliabilitet kvantitativa studiers kvalitet och beskrivs utifrån kvalitén på studiens innehåll och om den valda metoden faktiskt belyst det som var avsett att studeras. En annan faktor gällande validiteten är huruvida studien kan upprepas vid ett annat tillfälle, vilket tydliggörs genom en tydlig metodbeskrivning. Föreliggande studie kan med fördel upprepas om datainsamlingsmetoden avseende den kvantitativa metoden tydliggörs och med en lite mer intensiv uppföljningsstrategi.

Författarna var nya utövare av metoden kvalitativ innehållsanalys och då föreligger viss risk att meningsbärande enheter förbises (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten för studien ökar då författarna utfört analysen både individuellt och gemensamt. Utomstående



(handledaren) har kontrollerat att analysresultatet är rimligt, vilket också stärker trovärdigheten (ibid). Till en början skapade författarna både subkategorier och kategorier, men när dessa inte skiljde sig ifrån varandra valde författarna att endast skapa kategorier. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en kategori ofta innehåller ett antal subkategorier, däremot nämns inte att subkategorier är nödvändiga i analysprocessen.

Det finns alltid en risk med att författarens förförståelse står i vägen för ett så objektivt resultat som möjligt och är oundvikligt genom interaktion mellan författare och informant (Lundman & Graneheim-Hällgren 2008). Det påtalas att nyckeln till adekvata följdfrågor är förförståelse och belyser även vilken betydelse förförståelsen har för själva tolkningsprocessen (ibid.). Pålitligheten kan på så sätt påverkas. I föreliggande studie kan endast författarparet svara för att högsta möjliga neutralitet försökte uppnås i de intervjuer som de själva utförde. Det andra intervjuarparet har följt samma frågeformulär och erhållit samma kvalitativa resultat även om de inte alltid innehöll samma djup. Följdfrågor ställdes inte till alla deltagare och skillnader i intervjuteknik har uppmärksammats. Gällande insamlandet av den kvantitativa delen har inte intervjuguiden följts på samma sätt av alla intervjuare. De explorativa frågorna angående vad som ingick i hypertonibehandlingen ställdes inte på samma sätt och på så sätt förlorades mycket av den kvantitativa delen som avsågs svara på syftet om vad som ingick i hypertonibehandlingen sin betydelse. Det kvantitativa resultatet avseende vad som ingick i behandlingen kan inte betraktas som tillförlitligt annat än för att ge en rudimentär bild av vilken behandling som i allmänhet erbjuds i hypertoni vården. I övrigt kan inga slutsatser dras eller besvara den specifika frågeställningen om hur hypertonibehandlingen på enheten ser ut.

Författarna ställer sig kritiska till att inte frågeformuläret gick igenom flera gånger med det andra författarparet för att säkerställa förförståelse och en djupare insikt om studiens syfte. Författarna är även självkritiska till vald layout på frågeformuläret som kan upplevas svårtillgänglig. Frågeformuläret utformades dock i samråd med aktuell handledare.

Inspelning av samtliga intervjuer ansågs nödvändig för studiens genomförande. Informanterna var genomgående tillmötesgående och uttalade sig varken positivt eller negativt om ljudinspelningen när informationen om detta gavs. Således går det inte att dra några slutsatser om inspelningen påverkat intervjusituationen negativt eller positivt. En fördel med

telefonintervjuer som metod är att de kan minska vissa felkällor. Felkällor kan vara faktorer som informanterna kan låta sig påverkas av hos intervjuaren, såsom kön, ålder eller etnisk bakgrund, som kan göra att informanten svarar som hen tror att intervjuaren vill (Bryman, 2002).

Studiens syfte var; att, inom södra Sverige, göra en kartläggning av hälsovalsenheternas riktlinjer för hypertoni behandling, samt att undersöka verksamhetschefens syn på den vård och behandling av hypertoni som hälsovalsenheten erbjuder. Det sammansatta resultatet ger oss inget svar på syftets första del då antalet deltagare inte var tillräckligt för att vara överförligt även om kvalitén på det insamlade data är adekvat. Den andra delen av syftet att undersöka verksamhetschefens syn på den vård och behandling som hälsovalsenheten anser vi besvarad. Av de tre specifika frågeställningar besvarar det sammansatta resultatet två. Den första, om lokala riktlinjer har utformats och vad de grundar sig på samt hur verksamhetschefen ser på hypertoni behandlingen som erbjuds på enheten. Den specifika frågeställningen om hur hypertoni behandlingen på enheten såg ut, som skulle bekräftats av studiens kvantitativa del får beaktas som endast delvis besvarad.

## **Resultatdiskussion**

Av resultatet framgår att distriktssköterskor anses vara värdefulla för hypertoni behandlingen som erbjuds på enheterna. Viljan och behovet om att använda specialistkompetensen på ett mer effektivt sätt uttrycks. Ett annat av studiens huvudfynd är hur ekonomiska faktorerna påverkar hypertoni behandlingen vilket gör behandlingen ojämlik, samtidigt som vikten av det preventiva arbetet påtalas.

Resultatet visar att synen på hypertoni behandling i allmänhet skiljer sig åt mellan verksamhetscheferna. En majoritet av cheferna påtalas dock att hypertoni behandlingen utgörs av både icke-farmakologiska och farmakologiska metoder och ger uttryck för kunskapen om att fokus ska läggas på förändring av ohälsosamma levnadsvanor då behandlingen inleds. Verksamhetscheferna hade således förståelse och insikt om vikten av levnadsvaneförändringar, vilket är förenligt med aktuell vetenskaplig evidens (WHO, 2013; SBU, 2007 & Lüscher, 2013). Majoriteten av cheferna delade denna grundläggande syn på hypertoni behandling vilket får ses som betryggande då chefen på hälsovalsenheten ansvarar

för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Endast några verksamhetschefer nämnde vikten av att i hypertoni-behandling se till varje individ och dennes riskfaktorer för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar d.v.s. en total kardiovaskulär riskbedömning. Det kan ses som ett anmärkningsvärt resultat eftersom både SBU (2007) och ESC/ESH (Lüscher, 2013) förordar att en total riskbedömning görs vid hypertoni-behandling där samtliga riskfaktorer tas hänsyn till för att minska risken för att drabbas av hjärt-och kärlsjukdomar och förtidig död (ibid.).

Då stor del av hypertoni-behandlingen utgörs av icke-farmakologiska metoder ställs höga krav på patientens eget engagemang, delaktighet och förmåga att utföra egenvård. För att en förändring ska ske krävs motivation och tilltro till den egna förmågan (Bart & Näsholm, 2006). I resultatet påpekar verksamhetscheferna att det till stor del åligger verksamhetens personal att hjälpa patienterna att finna motivation och engagemang samt att detta arbete kunde förbättras. Orem (2001) menar att patienten har det huvudsakliga ansvaret för sin egenvård, men belyser samtidigt behovet av professionellt stöd och vägledning, som med fördel kan tillhandahållas av en distriktssköterska. Distriktssköterskan har fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik och kan handleda och ge stöd åt patienter (DSF, 2008). Dessutom kan en distriktssköterska identifiera och förebygga hälsorisker samt motivera patienter till förändrade levnadsvanor (ibid.). Således har distriktssköterskan med sin specialistkompetens en betydelsefull roll i hypertoni-behandlingen där hen bidrar med kunskap och lyfter patienters motivation och förmåga till att uppnå förändring av ohälsosamma levnadsvanor.

Av resultatet framgår att många verksamhetschefer anser att distriktssköterskor är värdefulla för enheternas hypertoni-behandling och uttrycker en önskan om att i större utsträckning nyttja distriktssköterskans kompetens i verksamheten och ge distriktssköterskan större ansvar. Ett exempel på hur distriktssköterskors kunskap och kompetens kan användas i behandlingen av hypertoni är en kohortstudie (Pheley et al., 1995) som utvärderade starten av en sjuksköterskeledd mottagning för personer med hypertoni. Specialistutbildade sjuksköterskor utförde blodtrycksmätning, icke-farmakologisk och farmakologisk behandling samt viss provtagning. Under ett år ökade andelen patienter som uppnådde ett blodtryck under 140/90 mm Hg, från 17 till 44 procent. Drevenhorn et al. (2007) påvisar att hälsovägledning, ledd av

distriktssköterska, kan hjälpa personer med hypertoni att sluta röka, minska sin alkoholkonsumtion och gå ner i vikt. Hypertonimottagningar, ledda av distriktssköterskor, bidrar till en upptäckt av personer men obehandlad hypertoni (Drevenhorn et al., 2007; Kastarinen et al., 2002). Personer med oupptäckt diabetes har identifierats och människor har kunnat reducera sin användning av antihypertensiva läkemedel (ibid). Med bakgrund av ovanstående anser författarna till föreliggande studie att det finns ett behov av distriktssköterskor vid samtliga hälsovalsenheter som är ledande och drivande i hypertonibehandlingen.

Ett annat av resultatets huvudfynd var betydelsen av ekonomiska faktorer och hur organisationsformen påverkar hypertonibehandlingen. Enligt Hjärt- och lungfonden (2009) beräknas vården för patienter med stroke och kardiovaskulära sjukdomar kosta 77, 1 miljarder kr varje år. Då människor lever med obehandlad eller underbehandlad hypertoni löper de större risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom och avlida i förtid, vilket på sikt ger en sämre folkhälsa och en ökad hälsoekonomisk kostnad (Kotseva et al., 2009; WHO, 2013; SBU, 2007). Verksamhetschefernas insikt om att det är en mycket stor patientgrupp och att den tangerar hela verksamheten var påtaglig. Den diskrepans som de upplevde, mellan den vård man önskade erbjuda och hur de ekonomiska resurserna hindrade deras ambition, ger en beklämmande bild av hur hypertonibehandlingen styrs av ekonomiska incitament. Detta är i sig inte är unikt för hypertoni, däremot blir kostnaden så mycket större eftersom det är fler som drabbas då hypertoni är en folksjukdom till skillnad från t.ex. diabetes (SBU, 2007). Den vård som borde vara tillgänglig och jämlik för alla erbjuds inte till alla. Hälso- och sjukvårdslagen och patientunderlaget bör styra behandlingen som erbjuds istället för det eventuella personliga intresset hos verksamhetschefer eller den övriga personalen.

WHO uppmanar alla nationer att implementera ett nationellt vårdprogram för hypertoni där en sammantagen total riskprofil är central (WHO, 2013). Om alla individer behandlas utefter ett nationellt vårdprogram skulle det på kort sikt innebära en ökad kostnad men på längre sikt ge en konstant kostnad med små variationer. Däremot kommer hälsovinsten för samhället vida överstiga den reella kostnadsökningen och på sikt även bli hälsoekonomiskt gynnsam (SBU, 2007; WHO, 2013). Primärvården är den vårdnivå som är den mest effektiva och kostnadseffektiva för att förebygga och behandla sjukdom (WHO, 2008). Det går stick i stäv med den ekonomiska verklighet som verksamhetscheferna beskriver, som präglas av ett kortsiktigt ekonomiskt tänkande snarare än ett långsiktigt hälsoekonomiskt perspektiv.

Författarna ställer sig frågande till om inte hälso- och sjukvårdsorganisationens ersättningssystem bör ses över för att kunna upprätthålla en jämlik vård för samtliga individer. En stor del av verksamhetscheferna uppmärksammade och såg problematiken med att behandlingen som erbjöds på enheten stod i relation till personalens intresse.

Det är svårt att förstå varför inte frågan om behandling av hypertoni har lyfts till nationell nivå om nu sjukdomens komplexitet, men ändå all daglighet, ter sig för svår att hantera inom de ekonomiska ramar som styr den regionala hälso- och sjukvårdens organisation. SBU (2007) konstaterar att det finns goda möjligheter för svensk sjukvård att framgångsrikt behandla patienter med hypertoni antingen med farmakologiska och/eller icke-farmakologiska metoder. Verksamhetschefernas beskrivning av enheternas organisation och struktur visar att det finns vinster att göra i arbetet med både behandling och ekonomi. WHO påtalar vikten av att nationella insatser görs för att höja medvetenheten kring hypertoni och dess negativa konsekvenser (WHO, 2013; Kastarinen et al., 2002). Att låta uppmaning och stöd till egenvård i enlighet med Orem (2001) genomsyra hela verksamheten för att på så sätt göra betydande hälsoekonomiska vinster borde vara en självklarhet för alla verksamhetschefer, vilket även framgår av resultatet.

Författarna ställer sig också frågan om inte distriktssköterskorna torde kunna göra en total riskprofil med t.ex. SCORE-Sverige vid ett initialt möte med patienterna, vilket skulle spara läkartid och lägga grunden för vidare behandling och uppföljning. Verksamhetscheferna beskrev hur den egna enheten arbetade med hypertoni-behandling och det framkom tydligt att struktur var en gemensam nämnare för en god hypertoni-behandling. De som hade ett strukturerat arbetssätt uttryckte att deras arbetssätt var en kvalitetssäkring för jämlik vård. De verksamhetschefer som beskrev att hypertoni-behandlingen var ostrukturerad såg även andra organisatoriska brister som t.ex. anställningsformen av personalen, intresset hos personalen eller hur tidsbrist bidrog till avsaknaden av struktur i hypertoni-behandlingen. Utan tydliga riktlinjer uppstod tveksamheter kring hur patientgruppen skulle bemötas och behandlas.

## **Konklusion och implikationer**

Vetskapen om hur verksamhetscheferna ser på hypertoni-behandling ger oss som blivande distriktssköterskor en fördjupad kunskap inte bara om den ekonomiska realitet de verkar i

men också en betryggande vetenskap om deras insikt om betydelsen av preventivt arbete. Studien påvisar att det föreligger ett tydligt behov av att utveckla ett vårdprogram för hypertoni behandling i primärvården. Merparten av verksamhetscheferna ansåg att ett vårdprogram behövs för patienter med hypertoni samt säger sig vilja införa ett på sin enhet. Detta är i linje med WHO:s rekommendation om att det måste till kraftfulla långsiktiga interventioner på primärvårdsnivå som fokuserar på en förebyggande insats av den totala risken för kardiovaskulära sjukdomar i en nationell strategi (WHO, 2013).

## Referenser

- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur
- Borglin, G. (2012). Mixed method. I Henricsson, M. et.al. (red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (kap 15). Lund: Studentlitteratur
- Bryman, A. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*, Trelleborg: Liber ekonomi
- Byström, J. (1998) *Grundkurs i Statistik*. Stockholm: Natur och Kultur
- Conroy, R. M., Pyörälä, K., Fitzgerald, A. P., Sans, S., Menotti, A., De Backer, G...Graham, IM. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*, (24), 987-1003
- Creswell, W. J., & Clarke Plano, L. V. (2006). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand oaks: Sage publications. Inc.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska, Distriktssköterska* [Broschyr]. Från [http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f\\_id=135&id=1](http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1)
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtsson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16(7b) 144-151. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01493.x
- Ekesbo, R., Midlöv, P., Gerward, S., Persson, K., Nerbrand, C., & Johansson, L. (2012). Lack of adherence to hypertension treatment guidelines among GPs in southern Sweden: A case report-based survey. *BMC Family Practice*, 13(34), 1-6. doi: 10.1186/1471-2296-13-34

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.

Hjärt- och lungfonden. (2009) *Kostnader för insjuknande i stroke 2009*. Hämtad 20 januari från Hjärt- och lungfonden,

[http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Kostnader\\_stroke\\_2009.pdf](http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Kostnader_stroke_2009.pdf)

Hjärt- och lungfonden. (2010). *Kostnader för hjärt-kärlsjukdom 2010*. Hämtad 20 januari från hjärt- och lungfonden,

[http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Kostnader\\_%20hjärt-kärlsjukdom\\_2010.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Kostnader_%20hjärt-kärlsjukdom_2010.pdf)

Holme, I. M., & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kastarinen J, M., Puska, M, P., Mustonen, N, J., Salomaa, V, V., Sundvall, E, J., Tuomiletho, O, J., Uusitupa, I, M.m Nissinen, M, A for the LIHEF Study Group. (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. *J Hypertens* 20:2505 – 2512 & 2002

Kjellgren, I., K., Ahlner, J., Dahlöf, B., Gill, H., Hedner, T. & Säljö, R. (1998)

Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine

clinical practice – a population-based study

*Journal of Internal Medicine*; 244: 325–332

Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., & Keil, U. (2009).

EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A

comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 37, 929-940

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.



Lindblad, U., Ek, J., Eckner, J., Larsson, C. A., Shan, G., & Råstam, L. (2012). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension: Rule of thirds in the Skaraborg project. *Scandinavian Journal of primary health care*, 30(2), 88-94.

Linberg, M & Wilhelmsson, S. (2005) “ Vem bryr sig ” Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete: Ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs. Familjemedicinskainstitutet. Hämtad från [http://www.distriktsskoterska.com/Fammi/Vem\\_bryr\\_sig.pdf](http://www.distriktsskoterska.com/Fammi/Vem_bryr_sig.pdf)

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-1757.

Lovibond K, Jowett S, Barton P, et al. Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modeling study. *Lancet*. 2011;378:1219-30.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Lüscher, T. (red) *2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*.

doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/eh151> First published online: 14 June 2013

Läkemedelskommittén i Region Halland. (2014). *Terapirekommendationer 2014*. Ödeshög: Danagårds litho. Hämtad från [http://www.regionhalland.se/PageFiles/82062/228221-1\\_Wire-O\[1\]\\_slutgiltig\\_liten\\_fil\\_med\\_bokmärken.pdf](http://www.regionhalland.se/PageFiles/82062/228221-1_Wire-O[1]_slutgiltig_liten_fil_med_bokmärken.pdf)

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Medicinska forskningsrådet (MFR). (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (MRF-rapport 2). Borås: Centraltryckeriet AB.

Midlöv, P., Ekesbo, R., Johansson, L., Gerward, S., Persson, K., Nerbrand, C., & Hedblad, B. (2008). Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: A survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 154-159.

Nyström, F. & Engfeldt, P. (2014). Hypertoni I Läkemedelsverkets *Läkemedelsboken* (s. 360-373). Uppsala: Läkemedelsverket.

Olsson, H & Sörensen, S. (2001.) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

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

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 2005;353;487-97.

Pheley, A.M., Terry, P., Pietz, L., Fowles, J., McCoy, C.E. & Smtih, H. (1995). Evaluation of a nurse-based hypertension management program: screening, management, and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 54-61.

Polit, D., F & Tatano Beck, C. (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Qvarnström, M., Wettermark, B., Ljungman, C., Zarrinkoub, R., Hasselström, J., Manhem, K., Sundström, A., & Kahan, T. (2011) Antihypertensive treatment and control in a large primary care population of 21 167 patients: Results from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD). *Journal of Human Hypertension*. 25, 484–491. doi:10.1038/jhh.2010.86

Scuteri A, Nilsson PM, Tzourio C, et al. (2011). Microvascular brain damage with aging and hypertension: pathophysiological consideration and clinical implications. *Journal of Hypertension*, 29:1469-77.

SFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt: Uppdatering av SBU-rapporten Måttligt förhöjt blodtryck (2004)*, (SBU-rapport, nr 170/1U). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Hypertoni0712.pdf>

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

Thulin, T. (2005) Högt Blodtryck. I: Lindegärde, F., Thulin, T., Östergren, J. (Red). *Kärlsjukdomar: Lärobok i medicinsk angiologi (s 119-144)*. Lund: Studentlitteratur

Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Kramer, H., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Joffres, M. R., Poulter, N., Primatesta, P., Stegmayr, B., & Thamm, M. (2004). Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*, 43(1), 10-17.

World Health Organization (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever*. [Broschyr] från [http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap3\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_en.pdf?ua=1)

World Health Organization (2013). *A Global Brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis*. [Broschyr] från Från [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)

Zhou, M., Wang, A. & Yu, H (2014). Link between insulin resistance and hypertension: What is the evidence from evolutionary biology? *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2014, 6:12 doi:10.1186/1758-5996-6-12

## Bilaga 1 (1)

### Bilaga 1 Intervjuguide.

Kodnr:	Intervjuare:	Landsbygd	Tätort
--------	--------------	-----------	--------

Antal verksamhetsår för enheten:

1. Hur många patienter är listade på enheten som har diagnosen?

2. Har ni riktlinjer för hypertoniutredning och behandling som utformats på hälsovalsenheten?

**Om JA** (på fråga 2)

- Vilket underlag grundar sig riktlinjerna på?

SBU	WHO	ESH/ESC	Annat
-----	-----	---------	-------

- Vad ingår i behandling för patientgruppen?

Läkemedel	DSK-besök/SSK-besök	Hypertoniskola
Levnadsvanesamtal	Total riskprofil	Kliniska tester
Uppföljning	Återbesök	Övrigt

**Om NEJ** (på fråga 2)

- Vet verksamhetschefen om läkarna följer någon annan officiell riktlinje?

Ja (vilken?)	Nej	Vet ej
--------------	-----	--------

**Om JA** (på ovanstående fråga)

- Någon av följande?

WHO	ESH/ESC	SBU	Annat
-----	---------	-----	-------

Vet verksamhetschefen hur patientgruppen behandlas?

Läkemedel	DSK-besök/SSK-besök	Hypertoniskola
Levnadsvanesamtal	Total riskprofil	Kliniska tester
Uppföljning	Återbesök	Övrigt

*Kvalitativ del*

**(Om vårdprogram FINNS på enheten)**

**Hur ser du som verksamhetschef på hypertonibehandlingen som erbjuds på enheten?**

Skulle den kunna förbättras?

Hur menar du då?

På vilket sätt?

**(Om vårdprogram INTE FINNS på enheten)**

**Hur ser du som verksamhetschef på hypertonibehandlingen som erbjuds på enheten?**

Skulle den kunna förbättras?

Hur menar du då?

På vilket sätt?

**Anser du att ett vårdprogram behövs för personer med hypertoni?(Till samtliga verksamhetschefer)**

**Om ett regionalt vårdprogram för hypertoni behandling hade funnits skulle du då vilja införa det på din enhet?**

Ja	Nej	Vet ej
----	-----	--------

Tack för din tid!