

Patienter med hypertoni och deras upplevda  
behov av omvårdnad från distriktssköterskan

*Patients with hypertension and their perceived need for care from the district  
nurse*

Sofia Englund  
Susann Kero

**Specialistsjuksköterska, Distriktssköterska  
2019**

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Patienter med hypertoni och deras upplevda behov av  
omvårdnad från distriktssköterskan

Patients with hypertension and their perceived need for care  
from the district nurse

Sofia Englund  
Susann Kero

Kurs: O7036H, Examensarbete inom distriktsvård  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot distriktsvård 75 hp  
Handledare: Åsa Nilsson

# Patienter med hypertoni och deras upplevda behov av omvårdnad från distriktssköterskan

Sofia Englund & Susann Kero

Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

## **Abstrakt**

Hypertoni är ett växande folkhälsoproblem och upptäcks ofta via allmänna hälsoundersökningar på hälsocentral. Distriktssköterskor har en viktig roll i att stödja och informera patienter om dennes sjukdom. Syftet med studien var att beskriva hur patienter med hypertoni upplever behov av omvårdnad från distriktssköterskan på hälsocentralen. Metod: En kvalitativ ansats valdes. 9 deltagare intervjuades med semistrukturerade intervjuer och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Resultat: Analysen resulterade i 3 kategorier: Att få tillräckligt med kunskap om sin hypertoni, Att känna tillgänglighet och bli sedd i kontakten med distriktssköterskan och Betydelsen av kontinuitet och uppföljning i kontakten med distriktssköterskan. Slutsats: Kunskap om sjukdomen samt uppföljning och kontinuitet är viktiga delar för att patienten ska känna sig trygg i sin vardag. Som distriktssköterska är det viktigt att på bästa sätt kunna ge en trygg och säker vård samt stödja denna patientgrupp i deras vardag. Eftersom forskning visar att mer kunskap ger ökad förståelse för livsstilsförändringar och egenansvar vid hypertoni skulle vidare forskning för hur man ska nå denna patientgrupp på bästa sätt, vara värdefullt för samhället.

**Nyckelord:** Hypertoni, distriktssköterskor, patientupplevelse, kvalitativ studie, omvårdnad.

Hypertoni är ett stort problem globalt. Enligt Kearney et al (2005) har 26,4% av världens befolkning hypertoni. Detta beräknas stiga till 29% år 2025. 9,4 miljoner personer världen över dör årligen som en komplikation av detta. Denna ökning kan bero på befolkningstillväxt, en äldre befolkning samt en mer ohälsosam livsstil generellt (World Health Organisation [WHO] 2013). Enligt Kearney et al (2005) så har låg- och medelinkomstländerna ett större problem med hypertoni jämfört med höginkomstländerna. Enligt 80% av alla som dör i kardiovaskulära sjukdomar finns i låg- och medelinkomstländerna. Det beror framförallt på ekonomiska och sociala aspekter (WHO, 2013).

Hypertoni är den vanligaste riskfaktorn för följsjukdomar i Sverige idag. Med hypertoni ökar risken att dö i förtid i stroke och hypertoni är den största riskfaktorn att insjukna i olika sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2009). I en studie av Okusaga et al (2013) framkom det att man sett ett samband mellan högt blodtryck samt försämring av det kognitiva. Hypertoni är även en av de främsta anledningarna till att folk uppsöker hälsocentralen. Hypertoni är lika vanligt hos kvinnor som män och ökar med stigande ålder. Mer än varannan svensk har hypertoni vid pensionsåldern (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering [SBU] 2007). Trots att många människor idag har högt blodtryck har det genomsnittliga blodtrycket sjunkit i Sverige som man sett genom studier (Socialstyrelsen, 2009).

Man delar in hypertoni i tre olika kategorier; Mild hypertoni dvs. mellan 140 - 159/90 – 99 mm Hg, Måttlig hypertoni dvs. 160 - 179/100 - 109 mm Hg. Kraftig blodtrycksförhöjning dvs. lika med eller över 180/110 mm Hg (SBU, 2007). Hypertoni ger oftast inte några symptom. Ibland kan det dock ge symptom som huvudvärk, yrsel, bröstsmärta, andfåddhet, hjärtklappning och näsblod (WHO, 2013). Hypertoni behandlas på två sätt idag. Dels genom livsstilsförändringar och dels genom mediciner. Genom att göra livsstilsförändringar som rökstopp, minskad alkoholkonsumtion och förebygga övervikt, fetma, så bidrar det till att förhindra högt blodtryck (Hien, Tam, Tam, Derese & Devroey, 2018).

En av de viktigaste livsstilsförändringar man kan göra är viktreducering, fysisk aktivitet, kostförändring, stresshantering, rökstopp och ett minskat alkoholintag (SBU 2007). Enligt Ek, Eckner, Larsson Shan och Råstam (2011) går många runt med hypertoni utan att veta om det. Enligt Bui et al (2017) är hög ålder, högt BMI, låg fysisk aktivitet samt hög midja höft kvot

relaterat till riskfaktor för hypertoni. Enligt Lu et al (2015) är även dåliga sömnvanor förknippat med risk för högt blodtryck. Både styrketräning och uthållighetsträning har visat sig ha effekt på blodtrycket (Schäfer, Elinder & Faskunger, 2006; Lu et al, 2015). Även hos äldre kan blodtrycket sjunka genom regelbunden fysisk aktivitet (Kerry et al., 2005). Vidare fortsätter Lu et al (2015) att fysisk aktivitet är användbart för att minska övervikt och fetma. Det ger även ett hjärtskydd genom att skydda kärlväggen vilket minskar risken för hypertoni. Enligt WHO (2013) kan sociala aspekter påverka blodtrycket som tex. boende, inkomst eller människor med lägre utbildning. Enligt Eriksson, Westborg och Eliasson (2006) kan primärvården ha gynnsam effekt på hjärt- och kärlsjukdomar genom att göra livsstils interventioner på riskpatienter. Studien visade att deltagarna fick bland annat lägre BMI, minskat midjemått samt förändringar i kolesterolvärden, vilket på sikt minskar risken för CVD samt kardiovaskulära sjukdomar. Detta genom att regelbundet följa upp deltagarna, ge dem kostråd samt ha övervakad träning.

Att få besked att man fått diagnosen hypertoni kan skapa oro för framtiden. Detta framkom i studien av Sångren, Reventlow och Hetlevik (2009). En del kan känna oro för hur sjukdomen skulle komma att utvecklas. De kan även känna rädsla för att få samma lidande som sina anhöriga som har hjärt- och kärlsjukdomar. Patienter med hypertoni kan i början ha svårt att acceptera sin sjukdom. Andra patienter kanske varken känner besvär eller oro med sin hypertoni. I studien Silva, De Lourdes, Silveira, Badke och Beuter (2013) framkom det att många som levt med sin hypertoni ett bra tag upplevde inga problem med sin hypertoni. De mådde ganska bra och var inte oroliga över sjukdomen. De upplevde sig inte själv som sjuka och levde ett bra liv. Detta kunde bero på att patienterna levt länge med sin hypertoni och då de kände att vardagen fortsatte som vanligt.

Enligt Shamsi, Dehghan och Esmaeili (2017) så kan patienter med hypertoni vara bekymrad för framtiden relaterat till sin hypertoni. I studien framkom att dessa patienter var noga med att regelbundet kontrollera och följa upp sitt blodtryck. Unga patienter med hypertoni visade mer tecken på oro, depression samt de var chockade när de fick sin diagnos, jämfört med de äldre patienterna. Många patienter upplevde att det var jobbigt att känna sig beroende av hypertoniläkemedel. Vissa kunde även vara oroliga för biverkningar av medicinerna samt andra kunde uppleva det svårt att komma ihåg att ta medicinen. Detta framkom i studien av Viswanathan och Lambert (2005). Patienter som fått diagnosen hypertoni hade behov av att få stöd från sina anhöriga. Dels stöd för att göra livsstilsförändringar och även psykosocialt stöd

för att orka med sjukdomen. En del patienter hade valt att äta örter istället för farmakologisk behandling i tron om att det skulle sänka blodtrycket (Shamsi et al, 2017). Många patienter med hypertoni kan uppleva att det är svårt att motivera sig att göra livsstilsförändringar för att förbättra blodtrycket. En del kan ha inställningen att ta ett piller och bara ändra kosten lite grän (Viswanathan & Lambert, 2005).

Prevention är i allra högsta grad en viktig del i att förebygga hjärt-kärlsjukdomar enligt Socialstyrelsen (2015). En hälsocentral ska erbjuda vård för olika sjukdomstillstånd samt arbeta preventivt för att förhindra ohälsa och sjukdom samt hjälpa till och stödja de patienter som är i behov av detta (Borgqvist, Ovhed, Strandberg & Wilhelmsson, 2004).

Distriktssköterskans arbete ska utgå från ett holistiskt och etiskt hälsofrämjande arbetssätt och som distriktssköterska ska man känna sig trygg i sin roll med att bedriva hälsofrämjande arbete. För att stödja och stärka patienten är det viktigt som distriktssköterska att ha ett patientcentrerat arbetssätt. Egenskaper som god självuppfattning och en bra självkänsla samt kunna inge trygghet är betydelsefullt i kontakten med patienterna. En förmåga till kritiskt granskande och respekt för patientens integritet och autonomi är betydelsefulla egenskaper hos en distriktssköterska (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

Det är viktigt med kontinuitet i vården samt uppföljning hos distriktssköterska för att nå följsamhet hos patienter med hypertoni (Berglund, Blomqvist, & Sonde, 2006). Kontinuitet är ett starkt redskap för att få en ökad motivation och drivkraft till att genomföra hållbara livsstilsförändringar och distriktssköterskan spelar en viktig roll i detta genom att bland annat utbilda och engagera patienter till egenvård vid hypertoni (Hacihasanoglu & Gözüm, 2011). En studie av Lahdenperä och Kyngäs (2001) visade på hur olika patienter reagerade på sin hypertoni och därigenom hur olika behoven såg ut för de olika patienterna. Som distriktssköterska bör man känna till patientens inställning till hypertonin för att lättast kunna hjälpa patienten. Följsamhet och lyhördhet som distriktssköterska är viktiga egenskaper för att kunna hjälpa patienter med hypertoni.

Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt och innebär att patientens delaktighet står i centrum. Utgångspunkten är att lyssna på patientens berättelse. För att kunna arbeta hälsofrämjande är det viktigt att patienter med hypertoni känner sig trygg nog att berätta. Genom att lyssna objektivt kan man identifiera tillgångar hos patienten och hjälpa patienten så

att denne får möjlighet att fatta motiverade beslut om sin hälsa och egenvård. Genom att utgå från patientens förmågor och behov respekteras patientens vilja. Vid personcentrerad vård ska man se till patientens inre styrka och hjälpa patienten att använda och utveckla den (Ekman & Norman, 2013). Vården skall utgå från patientens individuella behov och vara vägledande för forandet av vården. Patienter med till exempel hypertoni ska efter egna behov och förutsättningar kunna sköta uppföljning och behandling själva. I det här fallet innebär det att patienten kontrollerar blodtrycket själv och anpassar levnadsvanor och behandling efter aktuella värden. Patienters kunskaper och erfarenheter är viktiga i sådant arbete. Därför är det en förutsättning att vi i vården lär ut patienterna dessa kunskaper (Regeringskansliet, 2014). Personcentrerad vård som utgår från patienter med hypertoni och deras behov har visat sig vara förknippat med bättre hälsotillstånd för personer i form av mindre obehag, mindre oro samt bättre psykisk hälsa. Personcentrerad vård ökar också effektiviteten i vården genom bättre struktur på hälsocentralerna med mindre remisser och mindre blodprov, samt innebär att patienter med hypertoni får en bättre kontinuitet i vården (Stewart, Brown, Donner, McWhinney, Weston & Jordan, 2000).

I en studie av Lahdenperä och Kyngäs (2001) studerade de följsamheten hos patienter och kom fram till att det fanns fyra nivåer av följsamhet hos patienter med hypertoni; omedveten, kognitiv, handling samt attitydnivå. När man var omedveten tog man inget eget ansvar för egenvården och upplevde att behandlingen saknade mål och attityden kring behandlingen kändes betydelslös för patienten. Eftersom patienten inte erkände sin sjukdom blev samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient inte optimalt. Samarbetet mellan vårdgivare och patient var inte regelbundet och patienten var snarare ett objekt för behandling. Handlingsnivåer: Här var patienten mera målmedveten. Samtidigt som patienten fokuserade på sänka sitt blodtryck ville denne även nå upp till en bättre livskvalité. Patienten tog till sig alla råd de får om sin hypertoni och arbetade aktivt för att nå upp till sina mål. Samarbetet mellan patient och hälso- och sjukvården var kontinuerligt och patienten kände trygghet med personalens råd. Attitydsnivån: här hade de nya förändringarna blivit en del av patientens liv och patienten handlade medvetet och tog ansvar över behandlingen (Lahdenperä & Kyngäs, 2001).

Det kan vara bra som distriktssköterska att uppmärksamma i vilken nivå patienten befinner sig i för att lättare kunna anpassa utformningen av omvårdnadsinsatser och stöd till patienten.

Det är viktigt att man även säkerställer att patienten har kunskap. Man ska tillsammans med patienten planera målen samt hur de ska uppnås (Lahdenperä & Kyngäs, 2001, Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson, 2007).

Forskning visar att stöd till patienten är en viktig omvårdnadsåtgärd, fysiskt, socialt och psykiskt stöd är alla lika betydelsefulla. Att få in nya beteenden i sitt dagliga liv kan ta lång tid och patienten behöver oftast stöd under tiden. Därför behöver personer med hypertoni följas upp under flera år (Drevenhorn et al, 2007). Om man som distriktssköterska kan uppmärksamma vilken nivå patienten kognitivt befinner sig på gällande sin hypertoni blir det lättare att individanpassa stödet utifrån de förutsättningar som patienten har (Lahdenperä & Kyngäs, 2001). Enligt Bengtsson och Drevenhorn (2003) så har distriktssköterskan en viktig del av stödet för patienter med hypertoni. Patienter upplever att de har fått mer tid tillsammans med distriktssköterskan jämfört med läkaren, de får mer tid att ställa frågor och mer stöd. I en studie av Hoogendijk et al. (2014) visades det att äldre personer i primärvården upplevde att deras vårdbehov framförallt var fysiska. Det upplevdes däremot att de inte fick tillräckligt hjälp med sina psykosociala behov. Slutsatsen i studien var att primärvården bör uppmärksamma just dessa behov hos äldre. Patienter som inte får sina behov uppfyllda generellt hade sämre hälsa samt sökte vård i större utsträckning (Allin, Grignon & Le Grand, 2010). I en studie av Ronksley et al. (2014) visade det sig att patienter med kroniska sjukdomar bland annat hypertoni upplevde sina behov otillfredsställda på grund av långa väntetider för att få komma till primärvården

Om patienten uppfattar sin hälsa som viktig är det mer troligt att patienten kommer att följa ordinationer och vidta hälsofrämjande åtgärder. Det har visat sig att patienter som inte känner sig sjuka är mer omotiverade att ändra sin livsstil. Om patienten däremot känner en oro för sin hypertoni så är denne mer benägen att följa ordinationer (Thalacker, 2011). Att leva med hypertoni har visat sig ha en negativ påverkan på livskvalitén (Trevisol, Moreira, Kerkhoff, Fuchs & Fuchs, 2011). Olika kvantitativa studier har visat att personer med hypertoni skattar sin livskvalité lägre vad gäller bland annat depression, egen vård, och dagliga aktiviteter (Saleem, Hassali, Shafie 2014, Tevisol, et al, 2011).



## Rational

Hypertoni är vanligt förekommande och ett stort problem både för den enskilda och för samhället idag. Hypertoni kan leda till flertalet följsjukdomar och är därför viktig grupp att fånga upp. Som distriktssköterska kommer man dagligen att stöta på denna patientgrupp och därför är det viktigt att ta reda på vilken form av omvårdnad patienter saknar för att vi distriktssköterskor på bästa sätt skall kunna möta deras behov.

I litteraturgenomgången såg vi att det är forskat mycket kring distriktssköterskors upplevelser av patienter med hypertoni. Vi fann få studier som fokuserade på patienters upplevelser och behov. Med denna studie hoppas vi kunna belysa den omvårdnaden patienterna är i behov av och få en ökad förståelse för deras situation. För att kunna ge den omvårdnad och stöd som personer med hypertoni saknar, behövs mera kunskap i ämnet. Vår förhoppning med denna studie är att belysa patienter med hypertoni samt deras upplevelse av vårdbehov och stöd.

## Syfte

Syftet med vår studie var att beskriva hur patienter med hypertoni upplever behov av omvårdnad från distriktssköterskan på hälsocentralen.

## Metod

### **Design**

Vi valde en kvalitativ ansats med personliga intervjuer eftersom den är lämplig att använda när man vill få en djupare förståelse och undersöka personens erfarenheter och upplevelser i vardagen. Kvalitativ ansats kommer från ett holistiskt synsätt och nyttjas för att förstå personers levda erfarenheter. I vårt fall vill vi med studien få en djupare insikt om patienters behov av omvårdnad av distriktssköterskan (Polit & Beck, 2016, s.316).

### **Deltagare och procedur**

Vi intervjuade nio patienter som har diagnosen hypertoni. Totalt tillfrågades 17 personer varav sex tackade nej och två personer svarade inte i telefon trots upprepade försök. Inklusionskriterier var att de skulle vara bosatta i Norrbotten, vara svensktalande,

tablettbehandlad för hypertoni, samt haft diagnosen i minst ett år. Exklusionskriterier var patienter med andra svåra kroniska sjukdomar. Vi använde oss av ett ändamålsenligt urval eftersom vi valde ut patienter specifika erfarenheter som passade vår studie (Polit & Beck, 2016, s.357). Vi kontaktade en enhetschef på en hälsocentral i norra Sverige om förfrågan att delta i studien. I det personliga mötet med enhetschefen informerade vi om syftet med studien. Enhetschefen valde att hälsocentralen skulle delta i studien och skrev på ett samtyckesformulär. Enhetschefen valde ut lämplig personal till att söka deltagare till studien. Personalen kontaktade därefter författarna och författarna informerade då om syftet med studien samt gick igenom inklusions- och exklusionskriterier. När lämpliga deltagare hittades gav personalen informationsbrevet till deltagarna, se bilaga 4. Deltagarna gav samtycke till att författarna fick kontakta dem via telefon. Samtyckesformuläret, se bilaga 3, skrevs på i samband med intervjun. En av deltagarna valde att ha intervjun via telefon. Samtycket gavs då muntligt via telefon och samtyckesformuläret skrevs på i efterhand vid hälsocentralen.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen till studien gjordes genom semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Genom semistrukturerade intervjuer ges mer utrymme för patienterna att fritt prata om deras upplevelser av det aktuella ämnet (Polit & Beck, 2016, s. 510). Fokus på intervjun var patientens behov av vård och stöd vid hypertoni samt följdfrågor på detta. Datainsamlingen gjordes under september månad 2018. Vi gjorde intervjuerna själva och gjorde fyra respektive fem intervjuer var. Vid intervjuerna användes en intervjuguide, se bilaga 5. Intervjun började med bakgrundsfrågor, såsom ålder, kön och hur länge patienten haft hypertoni. Sedan fortsatte intervjun med öppna frågor. Här gavs tillfälle för patienten att ge rika skildringar av upplevelsen av att leva med hypertoni. Enligt Polit och Beck (2016, s.243) så får man en mer detaljerad data genom följdfrågor. Frågor som: Hur kändes det? Hur upplevde du det hela? Deltagarna i studien fick möjlighet att själva bestämma var intervjun skulle äga rum. Detta för att skapa trygghet för deltagarna. Fyra personer valde att träffas på hälsocentralen samt fyra personer valde att göra intervjun i hemmamiljö. En person ville ta intervjun via telefon. Viktigt att deltagarna kände trygghet och lugn inför intervjun.

Sex kvinnor och tre män deltog i studien. Yngst deltagaren var 55 år och den äldsta var 84 år. Medelåldern var 75 år. Åtta personer var pensionärer och en var yrkesarbetande. Intervjun tog mellan 17–23 minuter. Enligt Kvale och Brinkman (2014, s.170) är det viktigt för intervjuaren att skapa förtroende. De första minuterna är viktiga i en intervju för att

intervjupersonen hinner få sig en uppfattning om intervjuaren, innan denne känner trygghet att prata fritt och yppa personliga erfarenheter. För att skapa ett förtroende med intervjupersonerna började vi intervjuerna med att berätta mer om vår studie samt informera om att deltagandet är helt frivilligt. Samtliga intervjuer i vår studie spelades in via mobiltelefon utom en person som kände sig obekvämt i situationen. Intervjun i detta fall skrevs upp ordagrant av en oss, för att inte helheten skulle gå förlorad eftersom vi inte fick tillåtelse att spela in intervjun.

### **Dataanalys**

Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys. Enligt Polit och Beck (2016, s.494) är metoden lämplig att använda när en upplevelse ska beskrivas och där inriktningen är att identifiera olikheter i texten, likheter och skillnader. Efter att alla intervjuer utförts skrevs samtalen ner ordagrant och lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild samt för att kunna urskilja meningsbärande enheter utifrån syftet. Vi började analysen med att skriva ut alla intervjuer på papper och numrerade alla intervjuer med en siffra. Därefter klipptes 94 meningsbärande enheter ut, som återigen noggrant lästes igenom, för att få ett sammanhang. Därefter skapades kondenserade meningsenheter, det vill säga att materialet omvandlades till mindre hanterbara delar. Viktigt att kärnan i texten bibehålls för det som är relevant för studien. Därefter kodades materialet det vill säga gavs en etikett för att lättare kunna kategorisera dessa efter likheter och skillnader i innehåll. Denna kategorisering skedde i flera steg med en ständig tillbakablick till originaltexten för att inte förlora något i deltagarnas beskrivning. När det inte gick att kategorisera ytterligare fanns tre huvudkategorier kvar vilka beskrivs nedan i resultatdelen (jmf. Graneheim & Lundman, 2004).

### **Etiska överväganden**

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor innebär att man måste ansöka om etikprövning. Syftet med lagen är att skydda individen samt respekten för människovärdet vid forskning. Detta examensarbete blev godkänt via etikgruppen HLV vid Luleå tekniska universitet. Enligt Polit och Beck (2016, s.217) måste man ta hänsyn till mänskliga rättigheter samt se till att dessa deltagare skyddas. En av de mest grundläggande etiska principerna i forskning är principen att ”göra gott” vilket handlar om att minska skada och öka fördelar för deltagaren. Man måste som forskare tänka på att skada kan ske på olika sätt till exempel fysiskt och emotionellt. Man måste då som forskare ha strategier för att

minska detta. I vård studie ställdes mindre känsliga frågor. I informationsbrevet till deltagarna fanns information om studien med etiska överväganden samt syftet med studien. Deltagare hade informerats om syftet med studien och att det var helt frivilligt att delta. De kunde när som helst avbryta medverkanen i studien. Allt material hanteras konfidentiellt. För att skydda deltagarna använde vi oss av vare sig bostadsort, namn eller personuppgifter i varken arbete eller rapport för att det inte skulle gå att koppla till någon enskild person. Intervjuerna spelades in i samtliga fall utom ett. Materialet hand hölls oåtkomligt för obehöriga. Vid publicering av studien kunde varken plats eller deltagare spåras. Uppgifterna om deltagarna kasserades efter arbetet var publicerad och klart. Vi informerade deltagarna efter rekommendationer från Centrala etikprövningsnämnden (2013).

World Medical Association [WMA] 2018 har tagit fram Helsingforsdeklarationen som föreslår etiska förhållnings principer gällande forskning. Vi har i vår studie utgått från Helsingforsdeklarationen samt Polit och Beck (2016, s.468) etiska överväganden och vi författare har vid intervjuer och bearbetning av material samt resultatskrivning tänkt på integritet, värdighet samt konfidentialitet.

## Resultat

Syftet med vår studie var att beskriva hur patienter med hypertoni upplever behov av omvårdnad från distriktssköterskan på hälsocentralen. Analysen resulterade i tre huvudkategorier och presenteras nedan i brödtext med citat från de utförda intervjuerna. Se tabell 2.

Tabell 2

---

### **Huvudkategorier**

---

Att få tillräckligt med kunskap om sin hypertoni

Att känna tillgänglighet och bli sedd av distriktssköterskan

Behovet av kontinuitet och uppföljning i kontakten med distriktssköterskan

---

### **Att få tillräckligt med kunskap om sin hypertoni**

För många deltagare så var upptäckten av sitt höga blodtryck en slump vid till exempel en

allmän hälsokontroll. Det fanns osäkerhet och oro bland deltagarna när de inte känt av något eller förstått att de gått omkring med högt blodtryck. Några av deltagarna beskrev att de fått tillräcklig information gällande sin hypertoni och de kände sig trygga med sin sjukdom samt hur de skulle kontrollera sitt blodtryck. Dessa deltagare beskrev hur de var nöjda med informationen som de fått vid hälsocentralen och hur de hade upplevt den personlig och väl anpassad för dem. Deras vardag hade inte ändrats nämnvärt efter diagnosen blivit ställd och de kände att de visste hur de skulle hantera sin sjukdom, eftersom de var nöjda och kände sig trygga med informationen de fått. Efter att blodtrycksmedicinen satts in och blodtrycket kommit ner i bra nivå upplevde vissa deltagare sig lugna med sin hypertoni.

Andra deltagare beskrev hur de kände sig osäkra och hur de upplevde att de inte fått tillräcklig information. Några deltagare uttryckte en önskan att få veta hur man mår när man har högt blodtryck samt symptomen och orsaken till varför de fått högt blodtryck. De hade frågor kvar gällande detta. Några ville vara uppdaterade med de senaste rönen och vissa av dem sökte på egen hand information ute på nätet för att bli mer pålästa. Hos någon deltagare upplevdes det osäkert om informationen vederbörande själv sökt var tillförlitlig eller inte och en önskan om förtydligande av distriktssköterskan beskrevs. Några upplevde att de inte alls fått någon information om sin hypertoni eller information om levnadsvanor, vare sig från läkare eller distriktssköterska.

*”Jag vet inte om jag har tillräckligt med kunskap. Försöker uppdatera mig hela tiden och läser mycket till exempel på mobilen dagens medicin”.*

En av deltagarna som inte upplevde sig få bra och tillräcklig information om sin hypertoni förklarade detta med att det var på grund av sin profession.

*” Ingen har gett mig information. Kunskapen har jag fått via utbildningen. Personalen kan ha vetat att jag var sjuksköterska och kan ha antagit att jag kan bakgrunden till orsaken, till mitt höga blodtryck och därför inte givit mig någon information”*

Den information deltagarna beskrev att de fått kring livsstilsförändringar var främst kring kost och motion. Någon deltagare hade även fått information och stress. Det fanns även några deltagare som var lite osäkra på vilken information de fått, då detta hade hänt för länge sedan. När det gällde kvalitén på informationen kring livsstilsförändringar hade deltagarna olika uppfattningar. Somliga var nöjda med informationen de fått och upplevde den som tillräcklig.

De upplevde inte sjukdomen som något oroande eftersom många i deras omgivning hade hypertoni.

Två av deltagarna var frågande till varför de hade fått sin hypertoni. De upplevde att de hade gjort allt ”rätt”, motionerat regelbundet, hållit sig smala och de beskrev att de hade stor kunskap av kostens betydelse men ändå hade de drabbats av hypertoni, vilket de inte förstod. De här funderingarna skapade lite osäkerhet hos deltagarna och de hade gärna fått mera information från distriktssköterskan gällande livsstil och diagnos.

*”Nej det tror jag inte att jag fått, det kommer jag då inte ihåg. Det pratas ju om att salt inte är bra i maten, men det pratas ju bara. Men då säger man ju att salt inte är så farligt. Det hade varit bra om någon informerat om det här”*

### **Att känna tillgänglighet och bli sedd av distriktssköterskan**

Många av deltagarna hade haft hypertoni i 15–20 år. De flesta av deltagarna upplevde att de fick ett bra stöd från distriktssköterskan när sjukdomen upptäcktes. Distriktssköterskan upplevdes som tillgänglig av flera av deltagarna. Många gånger sattes läkemedel in ganska omgående vid upptäckten av hypertoinin och deltagarna beskrev att de upplevde stödet från distriktssköterskan och läkaren som positivt.

Flera av deltagarna beskrev att vården hade förändrats. Stödet från distriktssköterskan var inte lika tydlig idag. Under intervjuernas gång kunde det urskiljas att några deltagare kände sig inte sedda av distriktssköterskan på hälsocentralen. De hade inte förstått att de själva kunde bokat en tid hos distriktssköterskan för ett samtal angående sin hypertoni. En deltagare var inte nöjd med stödet från distriktssköterskan men påtalade också att han inte tagit kontakt med hälsocentralen själv. Flera av deltagarna hade köpt en egen blodtrycksmanschett för att själva kunna kontrollera sitt blodtryck.

*”Jag upplever att jag inte behöver något stöd från distriktssköterskan. Jag har köpt en egen blodtrycksapparat och håller koll på blodtrycket själv. Jag är inte behov av hjälp och stöd från primärvården förutom de gånger jag besöker läkaren”,*

En deltagare tyckte även att det inte var någon ide att ta blodtrycket hos distriktssköterskan då det oftast steg kraftigt när denne kom till hälsocentralen. Stödet som vissa deltagare saknade i sin kontakt med distriktssköterskan var bland annat att bra kommunikation. Det upplevdes

viktigt att distriktssköterskan lyssnade. De efterlyste individanpassning och en bra dialog samt att distriktssköterskan tog sig tid. En deltagare beskrev behovet att få en kallelse om blodtryckskontroller eftersom denne ibland var stressad då denne kom från en familj som hade hjärt- och kärlsjukdomar, vilket skapade oro. En annan deltagare var osäker på om man bara kunde ringa och fråga om man kunde komma förbi på en blodtryckskontroll då deltagaren var osäker om blodtrycksmätaren hemma fungerade. Vidare önskade en annan bli erbjuden samtal med distriktssköterskan om hur denne kunde gå vidare med sin sjukdom. Samma deltagare visade även oro för sin hypertoni och sin framtid och denne visade även lite oro över att hypertonin eventuellt kunde förkorta dennes liv.

*”Jag skulle önska att hon tänker utanför boxen och inte bara följer en mall utan jag vill ha ett individuellt anpassat samtal och att hon lyssnar in mig som patient. Jag vill ha ett så bra liv som möjligt. Man vet ju inte hur länge man lever. Jag kanske bara har 4–5 år kvar att leva”.*

Flera av deltagarna beskrev tillgängligheten till distriktssköterskan som varierande. Någon beskrev hur uppringningssystemet gjorde det svårt att komma i kontakt med hälsocentralen. Telefontiderna tog snabbt slut till distriktssköterskan och det gällde att ringa tidigt på morgonen för att bli uppringd. Detta skapade irritationer då de några upplevde att de inte hade tid att försöka komma i kontakt med distriktssköterskan hela tiden. En av deltagarna uttryckte däremot att uppringningssystemet fungerade bra och tyckte det var ganska lätt att få möjlighet att prata med en distriktssköterska.

### **Behovet av kontinuitet och uppföljning i kontakten med distriktssköterskan**

De flesta deltagarna beskrev att kontinuitet var en av de viktigaste delarna för att känna sig trygg med sin hypertoni. De efterlyste regelbundna besök och många upplevde att kontinuiteten försämrats genom åren. Detta skapade otrygghet hos vissa deltagare då de inte visste hur blodtrycket låg. Många hade gått flera år utan att kontrollera blodtrycket. De var väl medvetna om sjuksköterskebristen och några uppgav att de inte gärna ville vara till besvär i onödan. Tre deltagare berättade att de helt slutade följas upp efter att deras läkare slutat eller gått i pension eller på grund av annan miss från hälsocentralen. De upplevde helt enkelt att de fallit mellan stolarna, vilket skapade irritation hos en deltagare som även tyckte att vården över lag försämrats de senaste åren.

*” Det togs blodtryck hos distriktssköterskan vid flera tillfällen och även läkaren följde upp det och satte in medicinering. När läkaren slutade från hälsocentralen slutade jag följas upp”.*

En deltagare berättade att de höjt dennes blodtrycksmedicin och hur hälsocentralen sedan hade glömt bort att följa upp denne som gått flera månader och känt sig yr och vimmelkantig under dagarna. Efter några månader köpte deltagaren en egen blodtrycksmanschett och upptäckte då själv att denne fick blodtrycksfall under dagarna. En annan deltagare hade inte fått en kallelse för uppföljning på flera år. När denna sedan fick en kallelse till uppföljning var det på grund av en remiss från en annan klinik och då upptäcktes det att blodtrycket fortfarande var ganska högt, vilket resulterade till byte av läkemedel.

Ungefär hälften av deltagarna hade även haft kontakt med någon privat klinik och samtliga upplevde kontinuiteten och uppföljningen bättre från den privata kliniken. Samtliga av dessa var även nöjda med att få träffa samma läkare och distriktssköterska varje gång. De upplevde kontakten mer sammanhängande och att kontinuiteten var bättre. De beskrev att de lärde känna personalen på ett annat sätt. Detta var något som många som enbart gått på lanstingstyrda hälsocentral beskrev hur de saknade.

*”Om man får drömma så skulle man få komma till samma läkare och sköterska varje gång...ja, det skulle ju vara drömmen, tänk vad lätt allt hade varit!”.*

Några deltagare kom inte riktigt ihåg hur uppföljningen var i början eftersom det var så länge sedan den upptäcktes. Överlag hade många av deltagarna mer kontakt med läkaren i början i och med insättning av blodtrycksmedicinen.

*”Regelbunden kontakt med distriktssköterska hade jag för 15–20 år sedan. Jag minns inte hur mitt höga blodtryck upptäcktes men efter det fick jag komma på regelbundna kontroller hos distriktssköterskan, blodtryckskontroller”*

## Diskussion

### Resultat diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter med hypertoni upplever behov av omvårdnad från distriktssköterskan på hälsocentralen. Studien resulterade i tre huvudkategorier: Att få tillräckligt med kunskap om sin hypertoni, Att känna tillgänglighet och bli sedd i kontakten med distriktssköterskan samt behovet av kontinuitet och uppföljning i



kontakten med distriktssköterskan.

Resultatet belyser hur patienter med hypertoni ofta av en slump fick reda på att de hade högt blodtryck, detta framkom även i studie av Waterworth, Taphael, Parsons, Arroll och Gott (2017). Deltagarna i denna studie beskrev oro när de inte riktigt visste hur deras blodtryck låg och Ayalon, Gross, Tabenkin, Porath, Heymann och Porter (2006) beskrev i sin studie att personer som levde med hypertoni kunde uppleva sin livskvalité sämre än friska.

I vår studie framkom det att många deltagare inte fått så mycket information om sin hypertoni eller hur de själva kunde påverka med hjälp av livsstilsförändringar. Enligt Drevenhorn (2006) är livsstilsförändringar krävande och att bara ha ett rådgivande samtal med patienten är många gånger inte tillräckligt. Samtal och individuellt anpassad information är viktiga aspekter. Det framkom även i vår studie. Som distriktssköterska är det därför viktigt att man tar sig tid och ger relevant individanpassad information till patienten för att undvika onödig oro för patienten. Vidare fortsätter Drevenhorn (2006) att mer kunskap kan göra att patienten blir mer motiverad till livsstilsförändringar. I vår studie visade resultatet av ett fåtal deltagare gjort livsstilsförändringar men många saknade personcentrerade samtal om sin hypertoni. Även andra studier (Magobe, Poggenpoel och Myburgh, 2017; Thalacker, 2011) visar på att information och undervisning motiverar patienter att göra livsstilsförändringar. I en studie av Perk et al (2012) kom de fram till att om patienten fick bra individanpassad information om sin sjukdom och vad de kunde göra själva för att förbättra den så ökades följsamheten bland patienterna. Även chansen för patienterna att lyckas med att ändra sitt beteende ökade. Även små förändringar i vardagen visar sig ha betydelse för högt blodtryck och att bli sedd som patient motiverar patienten att förändra sitt beteende. Även studien av Stephen, Hermiz, Halcomb, McInnes och Zwar (2018) samt Bayrak och Tosun (2018) bekräftar detta.

Genom att utbilda och ge patienterna den viktiga kunskapen motiverar det även patienten att förbättra sin egen hälsa. Forskning visar att okunskap hos patienter bland annat kan leda till onödig och överdriven oro för både stroke och hjärtinfarkt. Enligt studien så tog många patienter sin medicin utan att riktigt veta hur den fungerade. Några hade känt yrsel och trott att det kom från det höga blodtrycket när det i själva verket var biverkning av medicinen. De motiverade sin okunskap med att de kände tillit till vården (Taylor & Ward, 2013). Även deltagare i vår studie beskrev att de kände sig trygga med sin medicinering. samt att de

upplevde sig ganska trygga i sin sjukdom och kände ingen oro.

I vårt resultat framgick det att några deltagare i vår studie önskade mer personliga samtal med distriktssköterskan angående deras hypertoni. Några upplevde även att de inte blev sedda i mötet med distriktssköterskan. I en studie av Zhang et al. (2017) visade det att genom att använda personcentrerad vård i primärvården förbättrades patientens blodtryck. Människor är olika och den personcentrerade vården belyser detta. Enligt Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson (2016) så är patient centrerad vård mer än bara en metod för kommunikation. Den fokuserar på patienters behov. Den utgår från varje enskild patient och tar hänsyn till hela människan och hela människans livsstilsbehov. I deras studie framkom att patienterna som fick person centrerad vård blev mer motiverade att göra positiva förändringar i livet för att lyckas med sin sjukdom. De kände sig bekräftade och på det sättet förbättrades deras hälsotillstånd. I vår studie kunde vi se att de deltagarna som upplevde att de fick mer tid med vårdpersonalen generell var mer trygga samt kände sig mer motiverade till att göra bra val. En annan studie av Young, Eley, Patterson och Turner (2016) visar resultatet på mycket positiva effekter när sjuksköterskan får ha en ledande roll för patienter med kroniska sjukdomar. Deltagarna upplevde mötet som avslappnat. De kände sig sedda och hörda och de upplevde besöket som personligt. Bengtsson & Drevenhorn (2003) bekräftar att patienter har ett behov att känna sig sedda och hörda. Vi tycker att distriktssköterskan har en viktig roll för att individanpassa mötet med patienten samt skapa ett förtroende med denne. En viktig del i kontakten mellan distriktssköterskan och patienten är får tid till distriktssköterskan. Vi tror därför att det är viktigt att vi använder oss av en personcentrerad vård för att uppnå ett bra möte med patienten med hypertoni. I vårt resultat visade det sig även att patienter önskar en god kommunikation med distriktssköterskan. Detta i sin tur kan jämföras även den med studien av Roberge et al (2016) som visar patienterna i studien tyckte att dålig kommunikation påverkade deras sjukvård på ett negativt sätt.

Det som också framgick i vår studie var att kontinuitet och uppföljning av är en viktig del för hypertoni-patienter. Uppföljningarna var bra de första åren av deras hypertoni. I en studie av Desborough, Phillips, Mills, Korda, Bagheri och Banfeild, (2017) så framkom det att de två viktigaste sakerna för patienter är tid och kontinuitet, vilket framkommer även i vårt resultat när deltagare beskrev att saknade kontinuitet. I studien av Desborough et al (2017) beskrivs det att patienter ville känna att distriktssköterskan hade tid för mötet och genom kontinuitet skapades ett förtroende och trygghet hos patienterna, detta framkom även i vår studie.

Blomkvist, Berglund & Sonde (2006) som visade i sin studie hur blodtrycket sjönk i interventionsgruppen som fick information, kontinuitet och uppföljning hos distriktssköterskan, i jämförelse med kontrollgruppen. Även Zhu, Wong & Har Wu (2018) bekräftar detta. Det framkom även i vårt resultat att någon deltagare hade fått insatt läkemedel och sedan inte följts upp efter det. Detta hade lett till att blodtrycket på deltagaren sjunkit för mycket. I en studie av Inkster, Motgomery, Donnan, MacDonald och Sullivan (2005) framkom hur viktigt det är att följa upp patienter med hypertoni för primärvården, även om det kan ta extra tid. På sikt ger det mindre akuta besök. Även studier från Glynn, Murphy, Smith, Schroeder och Fahey (2010) drar slutsatsen i sina resultat om hur viktigt det är med kontinuitet och regelbunden uppföljning för att patienter skall nå sina gränsvärden. I vårt resultat framgick det att deltagarna upplevde att vården var mer kontinuerlig för 15–20 år och kontinuiteten försämrats de sista åren. Några av deltagarna hade helt glömts bort. Detta resultat är någonting som vi blivande distriktssköterskor bör ha i åtanke. Vi föreslår bättre rutiner i uppföljningen av hypertoni patienter då detta är en så pass stor grupp i samhället. Dålig uppföljning av hypertoni skapar onödigt lidande för patienten vilket framkom även i vår studie.

## **Metoddiskussion**

Vi använde oss av semistrukturerade intervjuer med kvalitativ innehållsanalys. Enligt Polit och Beck (2016, s 394) är semistrukturerade intervjuer bra när man vill att deltagarna ska prata fritt om ämnet och berätta sin historia med sina egna ord. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det bra med varierande deltagare gällande ålder kön och tidigare kunskaper. Detta kan vara en brist i studien eftersom åtta av nio deltagare var pensionärer och hade haft hypertoni i ungefär 15–20. Tre av nio deltagare var män vilket kan ha påverkat studiens resultat. Författarna har själva inte valt ut deltagarna utan deltagarna har blivit utvalda av personalen på den valda hälsocentralen. I efterhand skulle vi kanske ha valt deltagare som haft hypertoni i max 5 år då en del deltagare inte riktigt kom ihåg hur de togs emot av distriktssköterskan vilket kan ha påverkat delar av resultatet i studien. Vidare kräver intervjuer som innebär ansikte mot ansikte, enligt Polit och Beck (2016, s.324) ofta dyrbara förberedelser och tar tid men är en metod att föredra. En av intervjuerna ägde rum via telefon eftersom deltagaren inte befann sig i närheten av författarna. Enligt Polit och Beck (2016, s.324) är det en mindre dyrbar metod. Ett problem här kan vara då intervjuaren är okänd kan deltagaren bli mindre samarbetsvillig. Författarna valde att avsluta varje intervju med frågan

”Är det något mer du vill tillägga?” Detta ger enligt Kvale och Brinkmann (2014) ett bra tillfälle för deltagarna att ta upp saker som de funderat på under intervjun. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan det upplevas obekvämt för deltagarna att få intervjuerna inspelade och de kan känna det som svårt att slappna av. De kan även känna obehag att veta att samtalet kommer att bli lyssnat på senare och det kan leda till att de tänker på hur de formulerar sig.

Vi upplevde att vissa deltagare var mer fåordig än andra vilket kan ha påverkat studiens resultat. I efterhand skulle frågorna kanske kunnat ställas annorlunda för att få mer nyanserade svar. Enligt Kvale och Brinkman (s, 136, 2014) existerar inte den perfekta intervjupersonen. Vissa personer kan dock vara svårare än andra att intervjua. Ingen av oss var vana intervjuare. För att lära sig att intervjua enligt Kvale och Brinkman (s,136, 2014) är det bästa sättet att göra intervjuer. Egna erfarenheter stärker en som intervjuare. Enligt SBU (2017) ökar kvalitén i en studie om författarna diskuterar trovärdighet och tillförlitlighet.

Vi läste igenom intervjuerna flera gånger, var och en för sig, för att undvika tolkningar och att missa viktigt budskap detta för att stärka tillförlitligheten i rapporten. Enligt Granheim och Lundman (2004) handlar tillförlitligheten i rapporter även om hur väl kategorierna svarar mot den insamlade data. Det som stärker rapportens tillförlitlighet är att författarna haft ett analysseminarium där flera lärare och studenter läst igenom analysprocessen och kommit med kritik. Vi anser att studien är överförbar med tanke på att syftet är tydligt och att analys, urvalet och kontexten är tydligt beskriven samt tydliga inklusionskriterier. Enligt Polit och Beck (2016) handlar överförbarheten om att resultatet skall kunna vara överförbart till andra sammanhang. Därför har forskarna ett ansvar att beskriva noggrant hur man gått till väga med studien. Vi anser även att studien är pålitlig eftersom intervjuerna tillslut gav ungefär samma resultat. En svaghet i studien är att den är gjord på endast en hälsocentral. Författarna tror inte att resultatet skulle blivit annorlunda med fler deltagare.

## Slutsatser

Resultatet visade att många deltagare med hypertoni upplever att de är i behov av mer kunskap gällande sin sjukdom samt livsstilsförändringar. Eftersom vissa deltagare kände sig osäkra så sökte de själva information via internet vilket kan leda till fel information samt skapa förvirring och otrygghet. Vi anser att det är viktigt att som distriktssköterska ge

ordentlig information samt ta sig tid med patienterna i och med upptäckandet så kan vi minska oron hos patienterna. Detta leder på sikt även till tryggare patienter. Resultatet visade även att deltagarna saknade ett individanpassade samtal med distriktssköterskan samt kallelser till uppföljning. Detta resultat visade stora brister i uppföljningen på Hälsocentralen. Lite förvånande upplevde vi att några deltagare hade gått med samma medicinering i flera år utan blodtrycksuppföljningar. De flesta deltagare som idag var nöjda med uppföljningen gick på privat klinik till en och samma distriktssköterska respektive läkare.

Med denna studies resultat vill vi författare beskriva och tydliggöra hur patienter kan uppleva omvårdnaden vid hypertoni samt kontakten med distriktssköterskan. Författarnas förslag till framtida studier skulle vara att göra liknande studier men på fler hälsocentraler på olika platser, både nationellt samt internationellt. Detta för att ta reda på om det finns fler behov och stöd från distriktssköterskan som inte har framkommit i vår studie. Eftersom forskning visar att mer kunskap ger ökad förståelse för livsstilsförändringar och egenansvar vid hypertoni skulle vidare forskning för hur man ska nå denna patientgrupp på bästa sätt, vara värdefullt för samhället.

## Referenser

Ayalon, L., Gross, R., Tabenkin, H., Porath, A., Heymann, A., & Porter, B. (2006). Correlates of quality of life in primary care patients with hypertension. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol 36, Issue 4, 2006.

Allin, S., Grignon, M., & LeGrand, J., (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social science & Medicine*. Volume 70, issue 3, February 2010, Pages 465-472

Bayrak, D., & Tosun, N. (2018). Determination of Nursing Activities For Prevention of Heart Attack and Stroke in Hypertension Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1073–1082.

Bengtson, A., & Drevenhorn E. (2003). The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clinical Nurse Specialist CNS*. 2003;17(5):260-8.

Berglund, B., Blomqvist, M., & Sonde, L. (2006). Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: An Intervention Study Comparing Two Regimens. *Vård I Norden*.4, 20-24.

Blomqvist, M., Berglund, B., & Sonde, L (2006) Nurse-led Blood Pressure Treatment in primary Health Care: An Intervention Study Comparing Two Regimens. *Vård I Norden 4/2006*. Publ. No. 82 Vol. 26 No. 4 Pp 20–24.

Borgqvist, L., Ovhed, I., Strandberg, E-L., & Wilhelmsson, S. (2004). Utan helhetssyn ingen primärvård – en studie av ett svårfångat begrepp. *Socialstyrelsen*. Hämtad 2018-11-25 från: [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10401/2004-123-18\\_200412318.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10401/2004-123-18_200412318.pdf)

Bui, N., Pham, Q., Vo Hoang, L., Bui, T., Nguyen Hoang, N., Do Nam, K., & Chu, D-T. (2017). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Two Communes in the Vietnam Northern Mountainous. *BioMed Research International*. Volume 2018, Article ID 7814195, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2018/7814195>

Centrala etikprövningsnämnden (2013). *Personuppgifter I forskningen: Vilka regler gäller?*. Hämtad 2018-04-16 från: [https://www.epn.se/media/1102/personuppgifter\\_i\\_forskningen.pdf](https://www.epn.se/media/1102/personuppgifter_i_forskningen.pdf)

Desborough, J., Phillips, C., Mills, J., Korda, R., Bagheri, N., & Banfield, M. (2017). Developing a positive patient experience with nurses in general practice: An integrated model of patient satisfaction and enablement. *Jan Leading Global Nursing Research*. Volume 74, issue 3, March 2018, pages 564-578.

Distriktsköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning: Legimiterad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktsköterska* [Broshyr]. Hämtad 2018-04-13 från:  
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb>

Drevenhorn, E., Kjellgren, I. K., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle change with people with hypertension. *Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:144-151.

Ek, J., Eckner, J., Larsson, A. C., Shan, G., & Råstam (2011). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension: Rule of thirds in Skaraborg project. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Volume 30, 2012, Issue-2.

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden (s.29–53)*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, M., Westborg, C-J. & Eliasson M. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors The Bjorknas study K. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2006; 34: 453–461

Glynn, G. L., Murphy, W. A., Smith, M. S., Schroeder, K., & Fahey, T. (2010). Interventions used to improve control of blood pressures in patients with hypertension. *Cochrane Systematic Review- Intervention*. Version published: 17 March 2010.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hacihasanoglu, R., & Gözümlü, (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 692-705. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03534.

Hien, A. H., Tam, M. N., Tam, V., Derese, A., & Devroey, D. (2018) Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension and Its Risk Factors in (Central) Vietnam. *International Journal of Hypertension*. Volume 2018, Artikel ID 6326984, 12 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/6326984>

Hoogendijk, O. E., Mutinga, E. M., Leeuwen, van, M. K., van der Host, E. H., Deeg, J. H. D., Frijters, H. M. D., Hermsen, A. H. L., Janen, P. D. A., Niljpers, G., & van Hout, P. J. H. (2014). Self-perceived medical and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Volume 58, issue 1, January-February 2014, pages 37-42.

Inkster, M., Montgomery, A., Donnan, P., MacDonald, T., & Sullivan, F. (2005). Organisational factors in relation to control blood pressure: an observational study. *British Journal of General Practice*: 2005 Dec 1; 55(521): 931-937.

Jutterström, I., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H., & Isaksson, U. (2016) Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes – A randomized study. *Patient Education and Counseling*. Volume 99, Issue 11, November 2016, Pages 1821-1829

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, vol. 365, no. 9455, pp. 217–223, 2005.

Kerry, J., Stewart, E., Anita, C., Bacher, Katarine, L., Turner, Jerome, L., Fleg, M., Paul, Hees, S., Edward, Hapiro, P., Matthew, Tayback, & Pamela, Ouyang, MD. (2005). Effect of Exercise on Blood Pressure in Older Persons. A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*. 2005;165(7):756-762. doi:10.1001/archinte.165.7.756.

Kvale, S., & Brinkman S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund

Lahdenperä, T. S., & Kyngäs, H. A. (2001). Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 189-195.

Lu Y, Lu M, Dai H, Yang P, Smith-Gagen J, Miao R, Zhong H, Chen R, Liu X, Huang Z, Yuan H. (2015). Lifestyle and Risk of Hypertension: Follow-Up of a Young Pre-Hypertensive Cohort. *Int J Med Sci* 2015;12(7):605-612. doi:10.7150/ijms.12446

Magobe, B.D. N., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2017). Experiences of patients with hypertension at primary health care in facilitating own lifestyle change of regular physical exercise. *Curationis*. 2017; 40(1): 1679. Published online 2017 26 doi: [10.4102/curationis.v40i1.1679]

Okusaga, O., Stewart, M. C. W., Butcher I., Deary, I., Gerry, F., Fowkes, R., & Price, J.F. (2013). Smoking, hypercholesterolaemia and hypertension as risk factors for cognitive impairment in older adults. *Age and Ageing*, Volume 42, Issue 3, 1 May 2013, Pages 306–311.



Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*. 2012;33:1635-1701.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Regeringskansliet (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska Sjukdomar* [Broschyr]. Hämtad 2018-04-23 från:  
<http://www.regeringen.se/contentassets/9f4c29d2ec634fc0b3be84bf58639bae/nationell-strategi-for-att-forebygga-och-behandla-kroniska-sjukdomar-s2014.005>

Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu, M-C., Benoit, A., Brouillet, H., Boulianne, I., De Pauw, A., Frigon, S., Gaboury, I., Gaudreault, M., Girard, A., Giroux, M., Gregoire, E., Langlois, L., Lemieux, M., Loigon, C., & Vanasse, A. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1): 134. Published online 2016 Sep 13. doi: [10.1186/s12875-016-0531-y]

Ronksley, E, P., Sanmartin, C., Campbell, J, T,D., Weaver, R,G., Allan, M., McBrien, A, K., Tonelli, M., Manns, J, B., Hennessy, D., & Hemmelgarn, B, R. (2014). Perceived barriers to primary care among western Canadians with chronic conditions. *Statistics Canada*, no 82-003-X, health reports, vol 25, no 4, pp 3-10, April 2014.

Saleem, F., Hassali, A. M., & Shafie A.A. (2014). A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan: Quality of life in hypertension. *Health Expectations*. 2014;17(3):388-95.

Shamsi, A., PhD, Dehghan Nayeri, N., PhD, & Esmaeili, M., PhD. (2017). Living with Hypertension: A Qualitative Research. *International Journal Of Community Based Nursing And Midwifery*, 5(3), 219–230.

Shäfer Elinder, L & Faskunger, J (2006). *Fysisk aktivitet & Folkhälsa*. [Broschyr]. Hämtad 2018-04-13 från:  
[https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b12494011cb84706b5838c92497b3762/r200613\\_fysisk\\_aktivitet\\_0701.pdf](https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b12494011cb84706b5838c92497b3762/r200613_fysisk_aktivitet_0701.pdf)

Silva, F. M., de Lourdes, D. B. M., Silveira, C. L., Badke, M. R. , & Beuter, M. (2013). Hypertension as a condition of non-disease - The meaning of chronicity in the subjects' perspective. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22(1), 123–131.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2018-04-13 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning* [Broschyr]. Hämtad 2018-04-13 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>

Socialstyrelsen (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Beslutsstöd för prioriteringar* [Internet]. Västerås Socialstyrelsen; 2008 Hämtad 2018-04-23, från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20999/2018-6-28.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 2018-04-13 från:  
<http://www.sbu.se/contentassets/5e7cc1d364834ec0aa087968f6f9ea5a/hypertoni0712.pdf>

Stephen, M. C., Hermiz, S. O., Halcomb, J. E., McInnes, S., & Zwar, N. (2018). Feasibility and acceptability of a nurse-led hypertension management intervention in general practice. *Collegian*, 25(1), 33–38.

Stewart, M., Brown, B. J., Donner, A., McWhinney, R. I., Oates, J., Weston, W., Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*. 2000 September;49(9):796-804

Sveriges Riksdag (2017). *Hälso- och sjukvårdslag (SOSFS 2017:30)* Hämtad från:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Sångren, H., Reventlow, S., & Hetlevik, I. (2009) Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaption to hypertension. *Patient Education and Conseling*. Volume 74, Issue 2, February 2009, Pages 236-243.

Taylor C, Ward A. (2013). Patients' views of high blood pressure, its treatment and risks. *Australian Family Physician*, 32(4), 278–282.

Thalacker, M. K. (2011). *Hypertension and the Hmong Community: Using the health belief model for health promotion*. Health promotion practice. 2011; 12: 538-543

Trevisol, J.D., Moreira, B. L., Kerkhoff, A., Fuchs, C. S., Fuchs, D. F. (2011). Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal Of Hypertension*, 29(2), 179–188.

Young, J., Eley, D., Patterson, E., & Turner, C. (2016). A nurse-led model of chronic disease management in general practice: Patients' perspectives. *Australian Family Physician*, 45(12), 912–916.

Viswanathan, H., & Lambert, L. B. (2005). An inquiry into medication meanings, illness, medication use, and the transformative potential of chronic illness among African Americans with hypertension. *Research in Social and Administrative Pharmacy 1* (2005) 21–39

Waterworth, S., Raphael, D., Parsons, J, Arroll, B., & Gott, M. (2017). Older people's experiences of nurse-patient telephone communication in the primary healthcare setting. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 373-382.

World Health Organization (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis* [Broschyr]. Hämtad 2018-04-13 från: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1)

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2018-04-16 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zhang, J., Brownfield, E., Heincelman, M., Schumann, S., Schreiner, A., Bishu., Mauldin, D, P., Moran, P,W. (2017). Sustained Improvement in Blood Pressure Control for a Multiracial Cohort: Results of a Patient-centered Medical Home Quality Improvement Initiative. *Quality in Primary Care* 25 (5): 297-302

Zhu, X., Wong, F, K, Y., & Har Wu, L, C. (2018). Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trail. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 77, January 2018, Pages 171-178.

## Bilaga 2



## Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Till Verksamhetschef/Enhetschef: \_\_\_\_\_

### Förfrågan om att genomföra studien: Patienter med hypertoni och deras upplevelser av vårdbehov och stöd från distriktsköterskor på hälsocentralen

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktspecialistsköterska vid Luleå Tekniska Universitet. Under våren samt hösten 2018 kommer vi att skriva vår magisteruppsats. Vi planerar att skriva om patienters vårdbehov och stöd från distriktsköterskan i primärvården vid hypertoni. Studien är godkänd av etikgruppen HLV vid Luleå tekniska universitet. Genom att genomföra denna studie tror vi att vi kan sprida kunskap om patienters upplevelser som man kan ha nytta av i vården. Vi kommer att utföra 8–10 intervjuer med svensktalande, tablettbehandlad hypertoni patienter som haft sin diagnos minst ett år. Intervjuerna beräknas ta cirka 45 minuter samt kommer att spelas in på band. Intervjuerna kommer att genomföras av oss studenter Sofia Englund samt Susanne Kero. Deltagarna kommer själva få bestämma var intervjuerna ska äga rum. Materialet kommer att handhas konfidentiellt. Det kommer inte att gå att lista ut namn eller orter på deltagarna i rapporten. Deltagandet är frivilligt och de kan när som helst välja att avbryta sitt deltagande. Allt material kommer att kasseras efter att studien är publicerad och klar. Resultat kommer att presenteras i Diva.

Vi vill med detta brev be er om hjälp av era distriktsköterskor att lämna information till lämpliga patienter som de möter och som skulle vara lämpliga att delta i studien. Ansökan om tillstånd för att genomföra studien kommer att göras till etikgruppen vid HLV vid Luleå Tekniska Universitet innan studien påbörjas. Vår handledare heter Åsa Nilsson och det går bra att kontakta henne vid frågor.

Vi hoppas att ni kan hjälpa oss och att vi får tillåtelse att genomföra studien. Genom att skriva under denna blankett och sända den tillbaka till oss ger ni oss tillåtelse att genomföra studien hos er. Vid frågor eller för mer information var vänlig kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar  
Sofia Englund, Susanne Kero

---

**Student:**  
Sofia Englund  
Leg. Sjuksköterska  
avdelning för omvårdnad  
[Sofeng-2@student.ltu.se](mailto:Sofeng-2@student.ltu.se)  
[asa.nilsson@ltu.se](mailto:asa.nilsson@ltu.se)  
070-2771950  
493297

**Student:**  
Susanne Kero  
Leg. Sjuksköterska  
  
[susker-9@student.ltu.se](mailto:susker-9@student.ltu.se)  
  
073-0271125

**Handledare :**  
Åsa Nilsson  
Adjunkt  
  
Mail:  
  
Telefon: 0920-

**Godkännande av studien:**

Godkännande verksamhetschef/enhetschef godkänner här med att Sofia Englund samt Susanne Kero får genomföra datainsamlingen inom ramen vad beskrivits ovan:

Ort och datum:

Yrkestitel:

Underskrift:

---

## Bilaga 3

# Samtyckesformulär

Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående studien patienter med högt blodtryck och deras vårdbehov och stöd i kontakt med distriktsköterskan hälsocentralen. Jag samtycker härmed till att delta i studien och är medveten om att min medverkan är helt frivillig och jag kan när som helst avbryta min medverkan utan någon särskild förklaring.

I och med påskriften så ger jag samtycke till att bli kontaktad av författarna av studien via telefon.

Här med vill jag delta i studien:

Härmed önskar jag att få mer information

studien:

om

Ja tack:

Ja tack:

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### För mer information om studien:

Sofia Englund  
Student  
[Sofeng-2@student.ltu.se](mailto:Sofeng-2@student.ltu.se)

070-2771950

Susanne Kero  
Student  
[susker-9@student.ltu.se](mailto:susker-9@student.ltu.se)

073-0271125

### Handledare :

Åsa Nilsson  
Adjunkt  
Mail:

Telefon: 0920-  
493297

## **Bilaga 4**

### **Information för deltagande vid en studie om patienter med högt blodtryck och deras upplevelser av vårdbehov och stöd från distriktsköterskan på hälsocentralen**

Vi är två sjuksköterskor som läser till distriktsköterska vid Luleås tekniska universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete och vi har valt att skriva om hur man som patient med högt blodtryck upplever sitt vårdbehov i kontakt med distriktsköterskan på hälsocentralen. Med vårt examensarbete så hoppas vi belysa eventuella möjligheter till ökad förståelse och kunskap för distriktsköterskor som arbetar med patienter med högt blodtryck.

#### **Syftet**

Syftet med studien är att beskriva vad man som patient med högt blodtryck upplever för vårdbehov och stöd från distriktsköterskan på hälsocentralen.

#### **Förfrågan om deltagande**

Nu skulle vi gärna komma i kontakt med personer som har högt blodtryck och som skulle tänka sig att dela med sig av sina erfarenheter i en intervju. Din distriktsköterska har frågat dig om du vill delta i intervjun. Om du samtycker till detta så kommer du att bli kontaktad av oss via telefon för att vidare diskutera tid och plats för intervjun.

Intervjun kommer att ske på hälsocentralen eller på annan plats som du själv får välja ut. Du kommer att bli intervjuad av en distriktsköterskestudent och intervjun beräknas ta ca 30-45 min. Intervjun kommer att spelas in. Allt deltagande kommer att ske med konfidentialitet och alla deltagarnas integritet är skyddad.

Genom att ange intervjuerna i nummer kommer konfidentialiteten bevaras hos deltagaren. De inspelade intervjuerna kommer att raderas när studien är klar. Du som deltagare kommer att vara anonym och kommer ej att kunna identifieras. Efter studien är klar kommer samtligt material och samtyckesformulär att förstöras.

#### **Eventuella fördelar/risker**

Du kommer att få möjlighet att berätta om dina upplevelser och erfarenheter i din kontakt med distriktsköterskan på hälsocentralen. Detta kan bidra med att öka till bredare kunskap och förståelse inom området, samt att distriktsköterskan på hälsocentralen får ökad förståelse och mer kunskap i att ge vård och stöd i överenskommelse med patienters behov och förväntningar.

Att prata om sin sjukdom kan väcka känslor. Om det någon gång under intervjun känns obekvämt kan du välja att inte svara på frågor.

#### **Helt frivilligt**

Att delta i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst välja att hoppa av och kan göra detta utan någon vidare förklaring.

Studien kommer att resultera i en uppsats vid Luleås tekniska universitet. Om du vill ta del av studien är du hjärtligt välkommen att kontakta oss så ska vi sända en kopia till dig när en slutgiltig studie är färdig.

## Ansvariga för studien

**Student:**

Sofia Englund  
Leg. Sjuksköterska  
avdelning för omvårdnad  
[Sofeng-2@student.ltu.se](mailto:Sofeng-2@student.ltu.se)

070-2771950

**Student:**

Susanne Kero  
Leg. Sjuksköterska  
[susker-9@student.ltu.se](mailto:susker-9@student.ltu.se)

073-0271125

**Handledare :**

Åsa Nilsson  
Adjunkt

Mail:

Telefon:  
0920-493297



## Bilaga 5

### Intervjuguide

Ålder?

Kön?

Sysselsättning?

Hur länge har du haft hypertoni?

Utbildning?

Vilket stöd upplever du att du får från distriktsköterskan på hälsocentralen?

- Vad upplevde du som bra med mötet med distriktsköterskan? Vad upplevde du som mindre bra?
- På vilket sätt upplever du stödet?
- Vad hade du velat ha för mer stöd från distriktsköterskan?

Fick du tillräckligt med information angående levnadsvanor av distriktsköterskan?

Hur ofta följs du upp av distriktsköterskan på hälsocentralen? På vilket sätt?

- Känns det tillräckligt?
- Om inte vad skulle du vilja följas upp oftare?

Tycker du att du har tillräckligt mycket kunskap om din hypertoni?

- På vilket sätt fick du information om sjukdomen?
- Tycker du att undervisningen var anpassad efter dig?

Vad har du som patient med hypertoni för behov av hjälp och stöd från distriktsköterskan på hälsocentralen idag?

Något annat du vill tillägga?

Dessa frågor kommer att följas upp med: Kan du berätta mer? Vill du utveckla?