



Motivation till livsstilsförändringar

- en utmaning för distriktssköterskan

Maria Bern och Mikaela Saltell

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2017**

Titel, svenska	Motivation till livsstilsförändringar - en utmaning för distriktssköterskan
Titel, engelska	Motivation to lifestyle change - a challenge for the district nurse
Författare	Maria Bern och Mikaela Saltell
Handledare	Ulla Fredriksson - Larsson
Examinator	Ina Berntsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i Omvårdnad, 15 hp
Program	Specialistsjuksköterskeprogrammet, 75 hp inriktning Folkhälsa
Termin	HT 2016 / VT 2017
Antal sidor	22

Abstract

Background: Hypertension increases all over the world and with the disease there is a risk for complications and personal suffering. The treatment involves lifestyle changes and pharmacological treatment. The district nurse has an important role in care of patients with hypertension and through health interviews, the district nurse can create possibilities for lifestyle changes. Motivation plays an essential role in implementing lifestyle changes and it varies in between individuals.

Aim: The aim of the study was to examine district nurse's perceptions of what motivates and what creates obstacles and holds back patients with hypertension to implement lifestyle changes.

Method: Eight district nurses who on daily bases worked with patients with hypertension and lifestyle changes were interviewed. The interviews were analyzed by qualitative content analysis with an inductive approach to reach the aim of the study.

Results: The district nurses experienced that both positive as well as negative factors were found to have an impact on a patient's motivation for lifestyle changes. These factors were both found in the district nurse and in the patient. The patient's inner drive force and the district nurse's professionalism created conditions for patients to implement lifestyle changes while as a patient's own negative attitude and a district nurse's lack of commitment and understanding created barriers for patients to implement lifestyle changes.

Conclusion: The district nurses experienced that both the district nurse and the patient's involvement in health interviews influenced the patient's motivation for lifestyle changes.

Keywords: district nurse, hypertension, lifestyle changes, motivation, patient.

Populärvetenskaplig sammanfattning

I mötet med patienter med högt blodtryck (hypertoni) bör distriktssköterskor tydliggöra möjligheterna för vägledning till hälsofrämjande livsstilsförändringar för att undvika svåra följsjukdomar och personligt lidande hos patienten. Engagemang hos båda parter är av stor vikt för att ett hälsosamtal ska kunna ligga till grund för patienters möjligheter till livsstilsförändringar.

Hypertoni är en vanligt förekommande sjukdom i hela världen och den ökar kraftigt i alla sociala strukturer och kulturer. Välfärdssamhället har på senare tid skapat ohälsosamma levnadsvanor som har resulterat i övervikt, diabetes, hjärt- kärlsjukdomar och cancer. Högt blodtryck ger ofta inga symtom men kan leda till flertalet följsjukdomar som i sin tur kan leda till personligt lidande och stora kostnader för sjukvården och samhället. De fyra främsta orsakerna till högt blodtryck beskrivs vara livsstilsrelaterade; tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosam kosthållning. Behandlingen av sjukdomen består först och främst av livsstilsförändringar men även av medicinsk behandling. Trots att sjukvården på senare tid har fokuserat på hälsofrämjande åtgärder ökar hypertoni. Distriktssköterskor som arbetar inom primärvården kan använda sig av hälsofrämjande samtal för att stödja patienter med hypertoni till livsstilsförändringar. I ett sådant samtal bör en distriktssköterska ha ett respektfullt bemötande och ha patienten i fokus för att kunna erbjuda rätt vård för varje individ - en individanpassad vård. Motivation kan beskrivas som den drivkraft som får människan att välja vissa beteenden och välja bort andra. En distriktssköterska bör därför ha förståelse för att en patients motivation kan förklaras på djupare nivå. Om en individs grundläggande behov inte är tillfredsställda, såsom hunger, törst, social trygghet och kärlek, då kan inte heller individen fortsätta med andra förändringar. Inte heller kan en individ finna motivation att genomföra livsstilsförändringar om inte det finns något som skapar drivkraft för förändringen vilket beskrivs vara högst individuellt. Författarna till studien hade därför i avsikt att undersöka vad distriktssköterskor uppfattar som skapar motivation samt hinder för patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar. Genom att analysera åtta intervjuer med distriktssköterskor visade resultatet att distriktssköterskorna uppfattade att både deras egna och patientens medverkan påverkade patientens motivation till livsstilsförändringar. Distriktssköterskans engagemang och stöttning var av stor vikt, men även patientens egna inre driv, rädsla och insikt om sårbarhet ledde till motivation till livsstilsförändringar. Det framkom också att patienters ovilja inför förändringar kunde stjälpa deras möjligheter till livsstilsförändringar. Distriktssköterskan beskrev att om inte patienten visade intresse engagerade sig inte distriktssköterskan. Distriktssköterskan visste inte heller vad som kunde motivera en patient till livsstilsförändringar vilket också kunde leda till ett bristande engagemang från distriktssköterskans sida. Slutsatsen i studien var att flera faktorer påverkar motivationen hos patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar och att både patientens och distriktssköterskans delaktighet i mötet var av betydelse.

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Hypertoni	2
Livsstilsfaktorer kan vara riskfaktorer	2
Distriktssköterskans roll i vården med patienter med hypertoni	3
Hälsofrämjande samtal	3
Motivation.....	5
Health Belief Model.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Kontext.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden	9
Resultat.....	10
Patientens inre drivkraft leder till förändring.....	11
Ett omskakad uppvaknande skapar insikt	11
Patientens upplevelser leder till en inre motivationsprocess.....	11
Samhällets influenser – en motivationsfaktor	12
Distriktssköterskans professionalitet skapar möjligheter till motivation.....	12
Ett respektfullt bemötande med individen i fokus.....	12
Uppföljning och kontinuitet skapar motivation.....	13
Att vila på vetenskaplig grund skapar trovärdighet.....	14
Patientens inställning stjälpur sina egna möjligheter till förändring.....	14
Distriktssköterskans bristande engagemang och oförståelse skapar hinder	15
Distriktssköterskans ovissheit om vad som skapar motivation	15
Distriktssköterskans inställning – patienten får skylla sig själv	15
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	21
Kliniska implikationer	22
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde	22
Referenser	23

Bilaga	I	Brev till verksamhetschef
Bilaga	II	Brev till distriktssköterska
Bilaga	III	Frågor till distriktssköterskorna
Bilaga	IV	Medgivande om deltagande

Inledning

Högt blodtryck (hypertoni) har under senaste decennierna ökat markant över hela världen och är idag en av världens vanligaste sjukdomar (World Health Organization [WHO], 2013, 2016). Hypertoni riskerar att leda till svåra följsjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, njursjukdom, demens och som i sin tur kan leda till personligt lidande och en för tidig död. I takt med att välfärdssamhället breder ut sig har levnadsvanorna förändrats och med dem ökar även livsstilssjukdomarna. Övervikt, diabetes, cancer och hjärt-kärlsjukdomar är numera de vanligaste dödsorsakerna. I de internationella riktlinjerna kring hypertoni behandling rekommenderas livsstilsförändringar som en grundläggande åtgärd för alla patienter med hypertoni, oberoende av farmakologisk behandling (Mancia et al., 2013; Socialstyrelsen, 2011; WHO, 2013, 2016). Svensk sjukvård har sista åren satsat på hälsofrämjande arbete, bland annat har distriktssköterskor inom primärvården specialiserat sig på samtal kring levnadsvanor samt livsstilsförändringar med patienter med hypertoni. Trots dessa hälsofrämjande åtgärder uppnår en stor andel av patienterna inte tillfredsställande resultat såsom sjunkande blodtryck samt livsstilsförändringar. Därför är det av stor vikt att försöka finna förklaringar till vad som kan motivera patienter med hypertoni genom att undersöka distriktssköterskors uppfattning om vad som motiverar och hindrar patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar.

Bakgrund

Enligt World Health Organization (WHO) lider idag cirka 1 miljard av jordens befolkning av hypertoni. Utvecklingen och globaliseringen i världen har lett till stora förändringar bland befolkningen, däribland har levnadsvanorna ändrats och den ohälsosamma livsstilen ökar i alla olika socioekonomiska strukturer och kulturer. WHO menar vidare att hypertoni är ett hot mot folkhälsan världen över och idag är det fler som dör i livsstilsrelaterade sjukdomar, såsom hjärt- kärlsjukdom, cancer, diabetes och lungsjukdomar, än vad som dör i infektionsrelaterade sjukdomar, som tidigare var den främsta dödsorsaken (WHO, 2013). Dr Margaret Chan, Director-General för WHO har beskrivit hypertoni som "hypertension is a silent, invisible killer that rarely causes symptoms" (WHO, 2013, sid. 5).

I Sverige lider uppskattningsvis en tredjedel av den vuxna befolkningen av hypertoni och prevalensen stiger markant efter pensionsålder. Det är lika många kvinnor som män som lever med hypertoni (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). Folkhälsomyndigheten (2015) har genom WHO's Europaregion skrivit att en god individuell hälsa skapar förutsättningar till en positiv delaktighet i samhället, både genom effektiv arbetskraft, men även genom frånvaro av sjukdom tillsammans med minskat behov av sjukvård och förlorade skatteintäkter för samhället. Den sociala gradienten förbättras successivt när socioekonomiska förhållanden förbättras. Det påvisar samtidigt en ökad orättvisa i världen, där befolkningarna som har det sämre ställt ekonomiskt tenderar att drabbas ännu hårdare av sjukdom än de som har det bättre ekonomiska förutsättningar, sett ur socioekonomiskt perspektiv.

Hypertoni

Hypertoni innebär ett ständigt för högt tryck i blodkärlen när blod pumpas ut ur hjärtat och det höga trycket innebär även ett förhöjt tryck ut i organen, som kan ta skada vid långvarig belastning. Det finns två olika slags hypertoni, primär hypertoni och sekundär hypertoni. Primär (essentiell) hypertoni är den allra vanligaste formen och orsakas inte av någon tydlig medicinsk orsak, medan sekundär hypertoni orsakas av andra sjukdomar såsom njursjukdom, hormonstörningar eller graviditet (WHO, 2013). Hypertoni definieras med ett värde över 140/90 mmHg och det är det uppmätta värdet som ligger till grund för ställningstagande kring behandlingen. Denna bedömning görs individuellt utifrån varje patient, där även riskfaktorer och hereditet ligger till grund för bedömningen (SBU, 2007). Vid en mild hypertoni (140-159/90-99 mmHg) rekommenderas livsstilsförändringar snarare än farmakologisk behandling, vid måttlig hypertoni (160-179/100-109 mmHg) rekommenderas livsstilsförändringar första tiden och vid utebliven blodtryckssänkning skall individer erbjudas farmakologisk behandling. Vid kraftig blodtrycksförhöjning ($\geq 180/\geq 110$ mmHg) skall farmakologisk behandling sättas in direkt. Eftersom livsstilsförändringar är en grundläggande behandling ska den, oavsett farmakologisk terapi, fortskrida kontinuerligt (Cifkova et al., 2003; Mancia et al., 2013). Trots farmakologisk behandling uppnår enbart 20-30 % sitt målvärde ($< 140/90$ mmHg) (SBU, 2007). Ett obehandlat högt blodtryck är ofta symtomfritt men fördubblar risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar, jämfört med friska personer. Sunda levnadsvanor har dock visat sig kunna förebygga 80 % av all hjärt- kärlsjukdom (Socialstyrelsen, 2011; WHO, 2013).

Livsstilsfaktorer kan vara riskfaktorer

Ett långvarigt förhöjt blodtryck ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt och stroke, men det föreligger även risk för njursjukdom samt utveckla demens. Dessa sjukdomar i sig kan leda till allvarliga åkommor för individen samtidigt som risken för en för tidig död ökar markant (Global Burden of Disease Study [GBD], 2015; SBU, 2007). De största riskfaktorerna som bidrar till hypertoni är idag livsstilsfaktorer och det är framförallt fyra faktorer som påverkar ett blodtryck negativt: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosam kosthållning (SBU, 2007; WHO, 2013). För att göra en adekvat riskbedömning utifrån varje patient, ska en totalbedömning genomföras där alla riskfaktorer vägs samman och ger en bild av patientens risk för framtida hjärt-kärlsjukdomar. Riskfaktorerna är bland annat hypertoni, rökning, högt alkoholintag, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost, höga blodfetter, övervikt, diabetes och redan etablerad hjärtsjukdom, såsom tidigare genomgången hjärtinfarkt. Riskfaktorerna förstärker ofta varandra och har patienten fler riskfaktorer än tre ökar detta risken avsevärt även om varje enskild faktor inte är allvarlig var och en för sig (GBD, 2015; SBU, 2007). Dock har det visat sig att en genomgången hjärtinfarkt inte behöver innebära att en individ förändringar sina hälsovanor (Vassilaki, Linardakis, Polk & Philalithis, 2015). Psykosociala riskfaktorer såsom utbildningsnivå, arbete, etnicitet, bostad, socialt nätverk och arbetsmiljö ska också beräknas och kan ge stora skillnader i både förmågan till egenvård och förändringar samt i eftervården. (SBU, 2007). Den sociala gradienten förefaller alltså inte bara orsaka högre risk att drabbas av hypertoni, utan även skapa större svårigheter att göra de livsnödvändiga förändringar som krävs (WHO, 2013). Det stärks även av Dahlgren och Whitehead (2007) som påvisar den sociala gradienten genom hälsans bestämningsfaktorer där olika faktorer påverkar en individs möjligheter och förmågor till hälsa och hälsosamma val.

Distriktssköterskans roll i vården med patienter med hypertoni

En distriktssköterska är en specialistutbildad sjuksköterska med fördjupat ansvar inom primärvård (Svensk sjuksköterskeförening u.å). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården i Sverige "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (SFS 1982:763). HSL kompletterades med "hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa" (SFS 1982:763). En distriktssköterska har därav både en förebyggande och hälsofrämjande roll. Det hälsofrämjande uppdraget förutsätter ett patientcentrerat förhållningssätt, vilket innebär att patientens livsvärld står i fokus och detta anses vara en grundläggande förutsättning för att kunna stärka och stödja alla patienter i ett hälsofrämjande arbete (Svensk sjuksköterskeförening u.å). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver patientens livsvärld som utgångspunkten för vårdandet där vårdare behöver sätta sig in i patientens livssammanhang för att förstå dennes upplevelser och erfarenheter. Som en del i det hälsofrämjande arbetet ska distriktssköterskan vidare "ha fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik för att i dialog med individen kunna handleda och ge stöd" (Svensk sjuksköterskeförening, u.å., sid. 11). Distriktssköterskan skall i gemenskap med patienten kunna vidta åtgärder i form av rådgivning för att stärka hälsan med utgångspunkt i individens autonomi. En distriktssköterska behöver bygga upp relationer som grundar sig i en respekt för den enskilda individens självbestämmande för att skapa möjligheter för delaktighet i den egna vården (Svensk sjuksköterskeförening, u.å.).

Distriktssköterskans roll gällande den icke-farmakologiska behandlingen beskrivs innefatta både rådgivning och utbildning kring livsstilsförändringar som inverkar på högt blodtryck (Bengtson & Drevenhorn, 2003). Sjuksköterskor bör i gemenskap med patienten försöka identifiera de livsstilsfaktorer som kan ha en påverkan på patientens blodtryck och därefter lägga upp en plan för möjliga förändringar (Chummun, 2009). Det stärks även av Dennison Himmelfarb, Commodore-Mensah och Hill (2016) som menar att distriktssköterskans arbete med patienter med hypertoni omfattas av olika strategier som har visat sig ge ett ökat resultat med lägre blodtryck och ett fortsatt vidmakthållande av livsstilsförändringarna. Det innebär att distriktssköterskan ska kunna identifiera och få en inblick i patientens kunskap, attityder, värderingar och patientens förförståelse kring hypertoni för att information skall kunna ges på rätt nivå till patienten. Informationen ska innehålla det aktuella blodtrycket, målvärde, eventuell farmakologisk behandling samt egenvård gällande livsstilsförändringar. Information ska ske både muntligt och skriftligt för att ingen information ska gå förlorad. Vidare ska en individanpassad vård kunna utformas, både utifrån kulturell och social nivå, för att patienten ska ha förmågan och engagemanget att kunna ta egna hälsofrämjande beslut gällande sitt förhöjda blodtryck och livsstilsförändringar som föreligger vid hypertoni. Uppföljningar, kontinuitet samt ha en stödjande roll gentemot patienten har visat sig ge ökat resultat och ett långvarigt vidmakthållande (Dennison Himmelfarb et al., 2016).

Hälsofrämjande samtal

WHO har sedan den första internationella hälsofrämjande konferensen i Ottawa 1986 haft som mål att alla länder ska arbeta hälsofrämjande för att motverka orättvisor gällande både sjukdomar och ohälsa, i alla samhällsskikt samt att alla individer ska ha samma förutsättningar till lika vård (WHO, 2017). WHO har vidare definierat hälsa som "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1946). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver hälsa som ett fenomen som

omfattar hela individen och att den kan återfinnas i individens livsvärld och är därmed unik och individuell. Vidare beskriver författarna hur vårdande samtal kan resultera i att patienter delger sin livsvärld men det förutsätter också att vårdpersonal ger patienten möjligheten att göra det. När det gäller samtal inom hälso- och sjukvården ligger Socialstyrelsens nationella rekommendationer (2011) till grund för dessa. Ett hälsofrämjande samtal (även kallat hälsosamtal) har som syfte att motivera, stödja och informera patienter vilket skapar förutsättningar för patienten att ta ansvar för den egna hälsan. Vårdpersonal bör fråga patienter om deras levnadsvanor och utgångspunkten för samtalet är patienters upplevelser och deras motivation till förändring och vårdpersonal skall sedan kunna ge patienterna stöd och verktyg i sin egna hälsoutveckling (Socialstyrelsen, 2011). Västra Götalands Krav- och Kvalitetsbok (2017) har alla vårdcentraler - både offentliga och privata - skyldighet att följa, däribland att bemöta patienter med hypertoni i hälsofrämjande samtal för att kunna vägleda till bättre levnadsvanor.

Distriktssköterskor uppfattningar om vad som kan skapa tillitsfull relation under ett hälsosamtal med patienter är distriktssköterskans bemötande, att det krävs reflektion kring den verbala- och icke verbala kommunikationen och hur den tillåts speglas i samtalet. Distriktssköterskan kan inte vara dömande eller skuldbeläggande utan i samtalet behöver patienten känna sig sedd och bemötas med respekt vilket förutsätter att distriktssköterskan lyssnar in patienten, visar intresse och ser till patientens hela livssituation. För att skapa förutsättningar för livsstilsförändringar under samtalet behövs distriktssköterskan ha en pedagogisk medvetenhet där distriktssköterskan inte ger för mycket information och att distriktssköterskan har förmågan att känna in patientens mentala möjligheter och skäl till att genomföra livsstilsförändringar (Eriksson & Nilsson, 2008). Distriktssköterskors uppfattningar om vad som inverkar på ett mötes kvalité med en patient är att fokus skall ligga på patienten, att lyssna och se patienten. Det skall finnas en respekt för patientens integritet och en förståelse för dennes situation. Distriktssköterskan skall vara professionell i sitt bemötande och vara medveten om sina etiska ställningstagande och värderingar och hur dessa influerar mötet. Vidare skall distriktssköterskan betrakta alla som jämlika och respektera deras mänskliga rättigheter då det ingår i den professionella rollen (Nygren Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2015).

Motivational Interviewing (MI) är en samtalsmetod som skapades under 1980-talet av Miller och Rollnick (2013) där grundtanken är att leda ett samtal så att personen själv uttrycker sin medvetenhet samt vilja till förändring utifrån sina egna värderingar och handlingar. MI förekommer i samband med hälsofrämjande samtal (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011) och har även utvärderats i samtal patienter med hypertoni (Drevenhorn, Bengtson & Kjellgren; 2009, 2015). Det visade sig att distriktssköterskorna, efter genomgången utbildning i MI, pratade mer om patienters egenansvar kring behandlingen samt diskuterade mer om eventuella riskfaktorer med patienten samt höll sig till det aktuella ämnet (Drevenhorn et al., 2009). MI har även visats sig haft inverkan på patienters blodtryck, som sjönk efter patienter träffat sjuksköterskor som utbildas i MI vilket tyder på att MI kan öka patienters följsamhet till behandlingen (Ma, Zhou, Zhou & Huang, 2014).

Motivation

Motivation kan definieras som den drivkraft till varför människor väljer vissa beteenden och väljer bort andra, motivationen behandlar varför vi beter oss som vi gör. Förklaringarna kan hittas i både inre och yttre faktorer, såsom våra instinkter och biologiska faktorer men även mentala och kognitiva faktorer (Gorman, 2004). I Maslows teori om den mänskliga motivationen är utgångspunkten att människan har minst fem uppsättningar av behov som vi strävar efter att tillfredsställa och som styr vår motivation. Behoven har beskrivits i en hierarkisk rangordning vilket innebär att om ett behov lägre ner i rangordningen är tillfredsställt uppkommer en strävan för att uppfylla nästa högre uppsatta behov; våra beteenden styrs av ouppfyllda behov. Rangordningen utgår från de basala fysiska behoven som är grundläggande - sömn, hunger, törst och sexualitet. Därefter kommer behovet av säkerhet och trygghet i form av bland annat stabilitet och struktur. Det tredje behovet i rangordningen benämns som de sociala behoven - kärlek och tillhörighet. Självkänslöbehovet eller behovet av uppskattning, som är det fjärde behovet i rangordningen, beskrivs dels vara vårt behov av uppskattning och respekt från andra men även önskan av självständighet, funktionsduglighet och frihet. När detta behov är tillfredsställt uppstår känslan av styrka och självförtroende. Till sist är behovet av självförverkligande vilket kan beskrivas som en strävan att uppnå sin fulla potential. En individ kan röra sig mellan dessa steg under livets gång, i olika perioder vandra mellan behoven beroende på livets framgångar och motgångar (Maslow, 1943). Motivation beskrivs vidare som en avgörande faktor inom sjukvården för att skapa hållbara livsstilsförändringar och för att motivera patienter. Sjuksköterskor använder sig av målsättningar, uppföljning och utvärdering för att motivera till förändring (Hörnsten, Lindahl, Persson & Edvardsson, 2014).

Health Belief Model

Modellen Health Belief utvecklades under 1950-talet och hade som syfte att förstå varför individer inte valde att delta i sjukdomsförebyggande åtgärder som sjukvården erbjöd (Rosenstock, 1974a). Utgångspunkten är att flera faktorer inverkar på individers beslut kring sin hälsa och sitt hälsobeteende. Upplevd mottaglighet (perceived susceptibility) beskrivs vara de risker som patienten bedömer för att drabbas av sjukdomen eller tillståndet och upplevd allvarlighet (percieved seriousness) innefattar vilka svårigheter sjukdomen kan orsaka, både sociala och ekonomiska men även rent fysiska och psykiska. Ytterligare faktorer som kan ses i relation till varandra är upplevda fördelar (percieved benefits) och upplevda hinder (percieved barriers) med att vidta åtgärder i förhållande till sjukdomen. Dessa faktorer står i relation till hur allvarligt individen uppfattar sjukdomen vara och dess förväntade påverkan på hälsan. Individen kan alltså förstå fördelar med ett visst hälsobeteende men även se nackdelarna i sitt ohälsosamma leverne som kan både vara smärtsamma, kostsamma, obehagliga eller besvärliga. Faktorerna vägs alltså mot varandra och kan antingen användas var och en för sig eller alla fyra faktorer tillsammans som ger en individ underlag för att gå till handling. För att individen skall fatta ett beslut eller gå till handling förutsätter det en utlösande faktor (cues to action) vilket kan komma från yttre faktorer såsom massmedia, men även inre faktorer såsom känsla av förändring i kroppen (Rosenstock, 1974a; 1974b). För att kunna gå till handling krävs också en självförmåga, en tro på sig själv (self-efficacy). Faktorernas betydelse och innebörd varierar från individ till individ beroende på yttre faktorer såsom kultur, utbildningsnivå, tidigare erfarenheter, motivationsgrad och kunskap (modifying variables) (Ogden, 2012). Modellen har sedan vidareutvecklats och har även använts i studier där individer med en specifik kronisk diagnos såsom hypertoni har ingått och då undersökt

patientens egen medverkan till behandling (Janz & Becker, 1984). Förmågan till egenvård hos patienter med hypertoni har också visat sig kan påverkas av upplevda hinder (percieved barriers), vilket innebär att ju högre grad av betydande upplevda hinder som patienten upplever minskar dennes förmåga till egenvård. Däremot kan utlösande faktor (cues to action) ligga till grund för att motverka dessa hinder och när upplevda hinder minskar ökar samtidigt patientens förmåga till egenvård (Kasmaei, Yousefi, Farmanbar, Omid & Hassankiadeh, 2015). Ytterligare en studie visar på samband mellan upplevda hinder och individens hälsofrämjande beteenden där det framkommit att de hinder som individer med risk för eller med metabolt syndrom upplever har en negativ inverkan på deras hälsobeteenden och försvårar deras egenförmåga till hälsofrämjande levnadsvanor (Lo, Chair & Lee, 2015).

Problemformulering

Hypertoni ger ofta inga symtom men kan orsaka sjukdom, lidande och en för tidig död för den enskilda individen, men det går att förebygga med hjälp av livsstilsförändringar och mediciner. Distriktssköterskan har en förebyggande och hälsofrämjande roll i vården av patienter med hypertoni. I hälsofrämjande samtal kan distriktssköterskan vägleda patienten till livsstilsförändringar bland annat genom att motivera patienten till förändringar genom egna handlingar. Motivation är en individs drivkraft och ligger bakom varje människas val av handling och beteende. Trots dessa hälsofrämjande åtgärder ses en stor andel av patienterna inte nå tillfredsställande resultat gällande sjunkande blodtryck samt livsstilsförändringar. Författarna anser därmed att det kan föreligga en brist på kunskap kring vad som kan motivera patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar och avser därför genom studien att tydliggöra distriktssköterskors uppfattningar vad som kan motivera patienter med hypertoni till hälsofrämjande åtgärder.

Syfte

Syftet är att beskriva distriktssköterskors uppfattningar om vad som motiverar och vad som hindrar en patient med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar.

Metod

Design

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och därav valdes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som metod. För att ta del av individers upplevelser och erfarenheter menar Polit och Beck (2012) att kvalitativa studier är att föredra, då den subjektiva erfarenheten framträder tydligare när sådan ansats används. Genom att använda en kvalitativ innehållsanalys skapas möjligheter att erhålla en bred men koncentrerad beskrivning av ett fenomen (Elo & Kyngäs, 2007) och metoden möjliggör både tolkning av det uppenbara budskapet, det manifesta budskapet, men även det underliggande budskapet, det latenta budskapet (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats kan användas när det finns en upplevd kunskapsbrist kring ett visst fenomen och för kvalitativ innehållsanalys innebär det att kategorierna har sitt ursprung i textmassan (Elo & Kyngäs, 2007). Till studien valdes en manifest innehållsanalys vilket innebär att texten analyserades med fokus på det uppenbara och synliga innehållet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Kontext

Studien belyser hur distriktssköterskan i samtalet med patienter med hypertoni uppfattar vad som motiverar och kan skapa hinder för att genomföra livsstilsförändringar. I dessa möten finns det olika aspekter som inte kan åsidosättas, både genom komplexiteten gällande sjukdomen eftersom den vanligtvis inte ger symtom och hur det påverkar möjlighet till motivation. Men även det faktum att det är ett möte mellan två olika individer som besitter olika erfarenheter, förkunskaper och uppfattningar hur dessa inverkar på patientens möjlighet till motivation samt förståelsen kring samtalets kraft och dess sammansatta helhet för båda parter.

Urval

Resultatet grundade sig på åtta sjuksköterskors uppfattningar, varav sju distriktssköterskor och en allmänsjuksköterska, där alla arbetade med patienter med primär hypertoni kring livsstilsförändringar. Distriktssköterskorna valdes då de förmodades besitta upplevelser av fenomenet vilket är ett kriterium enligt Polit och Beck (2012). Fyra vårdcentraler, två offentliga och två privata, i norra Bohuslän valdes ut. Ansvariga verksamhetschefer blev tillfrågade per brev och kontaktades sedan via mail eller telefon för bekräftelse av godkännande, se bilaga 1. Tre informationsbrev skickades till varje verksamhetschef som uppmanades att dela ut till distriktssköterskor lämpade för studiens syfte, se bilaga 2. Intervjuerna bokades sedan via telefon. Av tolv valde åtta att delta. Två svarade inte, en valde att inte delta på grund av privata skäl samt en distriktssköterska valde att inte delta, då hon själv ansåg att hon saknade erfarenhet gällande hälsosamtal. Vid förfrågan om det fanns någon annan distriktssköterska som kunde delta med tanke på antalet deltagare fanns inte det, på grund av små vårdcentraler samt ett litet antal distriktssköterskor i verksamheterna. Sju var distriktssköterskor samt en var allmänsjuksköterska med flera vidareutbildningar, såsom hjärtsvikt, hypertoni, astma/KOL, rökavvänjning och Motivational Interviewing (MI). Hon hade även arbetat på hjärtsviktsmottagning under flera år och därför valdes hon att inkluderas i studien. Distriktssköterskorna hade varierade vidareutbildningar såsom diabetes, astma/KOL samt MI. Alla arbetade med patienter med hypertoni, hade årskontroller och hälsosamtal på respektive vårdcentral. Deltagarnas ålder var mellan 38 och 59 år. Medelår som sjuksköterska; 17,5 år. Medelår som distriktssköterska; 7,5 år (sju distriktssköterskor). Alla deltagarna var kvinnor.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer med fyra huvudfrågor och uppföljande följdfrågor. se bilaga 3. Denna utformning av intervju är till fördel att använda när det finns ett önskat frågeområde men det inte går att förutspå vad svaren kommer att bli (Polit & Beck, 2012). I utformandet av frågeformuläret bearbetades frågorna och deras ordning utefter upplevd naturlig följd. Intervjuerna tog plats på respektive deltagares arbetsplats under dagtid, samtalet spelades in och varade mellan 8 och 25 minuter. Intervjuerna skedde avskilt antingen på distriktssköterskornas egna rum eller i ett samlingsrum på vårdcentralen. Det förekom inga avbrott under intervjuerna. Författarna gjorde ett aktivt val att inte intervjua tillsammans utan möta deltagarna en och en för att skapa en avslappnande atmosfär. Varje intervjutillfälle började med en allmän konversation för att få deltagarna bekväma och känna sig avslappnade vilket är att sträva efter där material spelas in, eftersom situationen kan göra deltagarna nervösa vilket i sin tur kan påverka intervjuernas kvalitet vilket stärks av Polit och Beck (2012).

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys innebär att text bryts ner i mindre beståndsdelar för att kunna identifiera likheter och skillnader i texten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Intervjuerna skrevs ned ordagrant till en löpande text av respektive intervjuare. Transkriptionen är en avgörande del för en studie där forskaren måste säkerhetsställa dess tillförlitlighet och korrekthet för att undvika eventuella feltolkningar och gå miste om viktig data (Polit och Beck, 2012). Texterna lästes sedan noggrant upprepade gånger av båda författarna för att skapa en helhetsbild. Därefter påbörjades analysen med att dela upp texten i meningsenheter. Det första fem intervjuerna satt författarna tillsammans men valde sedan att fortsätta arbetet var och en för sig. Löpande diskuterades meningsenheterna och avstämningar gjordes kontinuerligt för att säkerställa syftets närvaro genom att gå tillbaka till ursprungstexten. Utgångspunkten vid uppdelningen av meningsenheterna var att de främst skulle svara på syftet men även att storleken på enheterna inte fick vara för stora eller för små då en för stor meningsenhet kan innehålla flera betydelser och en för liten blir för uppdelad (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter kondenserades meningsenheterna med utgångspunkt i att bevara det centrala för att sedan benämna dem med koder. Koderna sorterades sedan utifrån likheter och skillnader vilket resulterade i ett framväxande resultat i form av åtta underkategorier samt fyra kategorier, se exempel i tabell 1. Skapandet av kategorierna är enligt Graneheim och Lundman (2004) det huvudmoment i den kvalitativa innehållsanalysen och kategorierna som skall utgöra ett ledmotiv genom koderna. Under hela analysprocessen pågick ett ständigt jämförande arbete med att kontrollera och säkerställa alla beståndsdelar gentemot syftet och ursprungstexten.

Tabell 1. Exempel, analysprocess

Meningsenheter	Kondensering	Koder	Underkategori	Kategori
...dels tror jag nog att det är den här rädslan för att få en sjukdom	Rädsla för sjukdom	Rädsla	Ett omskakat uppvaknande skapar insikt	Patientens inre drivkraft leder till förändring
Många har ju en övervikt då och de kanske känner sig lite..att de lever dåligt..dom vet sina brister och det vet ju dom flesta och dom vet ju också egentligen vad dom ska göra åt det	Medvetna om sina brister och vad de kan göra åt dem	Medvetenhet förutsätter inte förändring		Patientens inställning stjälper sin egna möjligheter till förändring

Etiska överväganden

Under studien har författarna följt Helsingforsdeklarationen, där forskning som innefattar människor alltid skall se till deltagarnas bästa före sin forskning (Helsingforsdeklarationen, 2013). I linje med International Council of Nurses (ICN) etiska riktlinjer har studiens syfte vidare tagit hänsyn till de etiska principer som ligger till grund för omvårdnadsforskning. Hänsyn har således tagits till de fyra grundprinciperna - principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa (ICN, 2012). Gällande vår studie fick alla deltagarna information om studiens syfte i den skriftliga information som skickades ut. Där informerades det även intervjuerna skulle spelas in samt att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avsluta sin medverkan utan angiven anledning. Informationen gavs även muntligt vid intervjutillfället då deltagaren även gav sitt skriftliga medgivande samt att de gavs utrymme att ställa frågor, se bilaga 4. Deltagarna informerades även att intervjuerna kodades och hölls inlåsta, att författarna var de enda som läste intervjuerna.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier med åtta underkategorier. Varje underkategori exemplifieras med citat från intervjuerna. En överblick av kategorier och underkategorier kan ses i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Patientens inre drivkraft leder till förändring	Ett omskakat uppvaknande skapar insikt
	Patientens upplevelser leder till en inre motivationsprocess
	Samhällets influenser - en motivationsfaktor
Distriktssköterskans professionalitet skapar möjligheter till motivation	Ett respektfullt bemötande med individen i fokus
	Uppföljning och kontinuitet skapar motivation
	Att vila på vetenskaplig grund skapar trovärdighet
Patientens inställning stjälpes sina egna möjligheter till förändring	
Distriktssköterskans bristande engagemang och oförståelse skapar hinder	Distriktssköterskans ovisshet om vad som skapar motivation hos patienten
	Distriktssköterskans inställning - patienten får skylla sig själv

Patientens inre drivkraft leder till förändring

Ett omskakat uppvaknande skapar insikt

Distriktssköterskorna upplevde att en del patienter kände rädsla inför framtida följsjukdomar som hypertoni kunde leda till och att det kunde skapa en motivation till livsstilsförändringar. Vidare upplevde de att patienterna blev medvetna om sin egna sårbarhet, åldrande och dödlighet och dessa känslor kunde leda till förändringar.

“...dels tror jag nog att det är den här rädslan för att få en sjukdom.” Intervju 2

“...att vi är inte odödliga...” Intervju 1

Distriktssköterskorna kände att patienternas höga blodtryck många gånger kunde leda till en insikt hos patienten och det var denna insikt och tankeväckare som gav patienten en motivation och drivkraft att ta tag i sitt liv och genomföra livsstilsförändringar.

“För henne blev det verkligen ett sånt Wake-up...nästa gång vi sågs hade hon slutat röka och börjat träna och allt det där...” Intervju 3

De patienter med upplevda symtom såsom huvudvärk uppfattades ha ännu större motivation till att ändra sin livsstil jämfört med de patienter som kom till vårdcentralen i andra ärenden och det höga blodtrycket upptäcktes av en slump. Patienter blev varse om de fysiska förändringarna i kroppen och ibland kände de även ett obehag och den olustkänslan i sig kunde leda till livsstilsförändringar. Patienter som däremot mådde bra och inte hade några symtom upplevdes ha svårare att förstå att de behövde göra livsstilsförändringar.

“Ja men om dom söker...om dom har haft symtom....ont i huvudet eller yrsel eller vad som helst eller...eller om de har haft ont i bröstet eller...att de söker själva av någon anledning som gör att de inte mår bra och så hittar man kanske ett rätt så högt blodtryck, det tror jag är mer motiverade än de här som man hittar som har...150 i blodtryck kanske...som egentligen mår bra, alltså att man bara hittar av en slump.” Intervju 8

Patientens upplevelser leder till en inre motivationsprocess

Distriktssköterskorna upplevde att patientens intresse och vilja var något som kom inifrån, att det inte var något som distriktssköterskan kunde frambringa. Patientens tidigare positiva erfarenheter av livsstilsförändringar fann också kunna ge tyngd och kraft till en inre motivation att återigen ta tag i förändringar.

“...å att dom har en vilja att göra vissa förändringar i sin livsstil...” Intervju 4

Distriktssköterskorna menade vidare att de kunde informera patienten om riskerna med ett högt blodtryck men att motivationen var en inre process hos patienten och att denna process ibland kunde ta tid för patienten att hitta eller skapa, men gavs utrymme för reflektion kunde det leda till att det gav patienten handlingskraft att genomföra livsstilsförändringar. Distriktssköterskorna menade också att en morot för patienten kunde vara att undvika tablettbehandling om de började med livsstilsförändringar. Många av dessa patienter upptäckte också senare att deras livsstilsförändringar gjorde att de mårde bättre och deras välmående var ytterligare motivering till att fortsätta med deras livsstilsförändringar.

“... ja och då kan det vara en morot för patienten att inte behöva börja med mediciner utan prova med livsstilsåtgärder och så får man utvärdera det enligt en plan som man sätter upp.” Intervju 5

“...och då kan det vara så att dom redan då känner att dom mår bättre också och då blir ju det också en kick i sig och fortsätta...Att man känner sig piggare till exempel.” Intervju 2

Den fysiska aktiviteten var den livsstilsförändring som distriktssköterskorna upplevde främst att patienterna motiverades att förändra. Det poängterades att det var vardagsmotionen som var betydande.

“Känns som att dom kanske har lättare för att få till nån form av motion hellre än kanske å förändra kosten för mycket eller så.” Intervju 2

Samhällets influenser - en motivationsfaktor

Distriktssköterskornas upplevelser kring patienternas attityd gällande samhällsinformation var att patienterna både hade en positiv och en negativ inställning till kunskapen och informationen ute i samhället, men det till trots såg de att patienten använde denna information som en motivationsfaktor och en drivkraft till livsstilsförändringar.

“Det florerar så mycket information i vårt samhälle idag och det kan vara positiv och negativt.. Ja det finns ju jättemycket kunskap och information på nätet, i tidningar och i övrigt. Ja och det kan skapa en motivation...” Intervju 1

Distriktssköterskans professionalitet skapar möjligheter till motivation

Ett respektfullt bemötande med individen i fokus

Distriktssköterskorna beskrev att de möjliggjorde motivation genom att ha ett individanpassat förhållningssätt. I dialogen hade de fokus på patienten och utifrån det gehör och den respons patienten visade kunde distriktssköterskorna känna in och fånga in patienten där denne befanns sig för att möjliggöra motivation till livsstilsförändringar. Flera av distriktssköterskorna berättade att de inte hade några specifika samtalsmetoder, utan ett individanpassat bemötande ansåg de räckte. En distriktssköterska berättade att hon använde

sig av Motivational Interviewing (MI) och tyckte att hon blev hjälpt av metoden i samtalet med patienten gällande livsstilsförändringar medan de andra distriktssköterskorna hade gått utbildningen men inte använde sig av den i det vardagliga arbetet.

“Inte så att jag har en plan för det utan det kanske blir lite individuellt från patient till patient, för det beror också på vad som är mest aktuellt för just den patienten.” Intervju 2

“Egentligen handlar det om fånga patienten där den befinner sig och att man utgår ifrån den nivån.” Intervju 1

Genom att öppna upp för en dialog skapade distriktssköterskorna möjligheter att kunna visa patienten vägen till förändring och få dem att förstå vikten av livsstilsförändringar. Distriktssköterskorna menade att det inte gick att tjata eller tvinga patienterna till förändring utan med patientens intresse som utgångspunkt kunde distriktssköterskan sedan uppmuntra och coacha patienten samt ge relevanta tips och råd. Distriktssköterskorna beskrev även att det förutsatte en ärlighet och närvaro i mötet med patienten samt att det var viktigt att visa förståelse och engagemang. Vikten av att ha en respekt för patientens integritet och inte vara fördomsfull eller dömande gentemot patient och dennes val av livsstil var även något som framkom.

“Man ska hitta en väg för patienten där man kan förändra sin livsstil.” Intervju 2

“...dom inte ska känna sig nedtryckta...på nåt vis att man klankar på dom på nåt vis, för det är ju inte det som är grejen...” Intervju 4

Uppföljning och kontinuitet skapar motivation

Vikten av uppföljning var något som uttrycktes av distriktssköterskorna. De beskrev att de kände en frihet att kunna ta tillbaka patienten när de ansåg behövas och att de kunde anpassa det utifrån varje enskild patient beroende det upplevda behovet hos patienten. Uppföljningarna gav distriktssköterskorna möjlighet att inte behöva forcera det första besöket utan kunde anpassa informationen och kunna ta det steg för steg vilket kunde underlätta för patienten samt skapa möjligheter för reflektion.

“Uppföljning tycker jag är väldigt viktigt i början...för det är också så att det kommer väldigt mycket frågor efter ett tag och det har hunnit att sjunka in hos patienten.” Intervju 2

Uppföljning skapade även möjlighet till kontinuitet och att bygga upp en relation vilket kunde inge en trygghet hos patienten och det var viktigt med en tät kontakt och träffas ofta framförallt i början. Men det gav även en möjlighet för distriktssköterskan att skaffa sig en känsla för hur patienterna tagit det till sig, om det skapats en medvetenhet hos patienten.

“...vara en bra grej att man tänker så att man kanske lite grann kan så ett frö och så träffas man och så e dom trygg med en och kanske öppnar upp lite grann...så de gäller ju att inte släppa dom när man precis har startat igång någonting...så det är viktigt att man följer upp dom.” Intervju 1

Uppföljningen kunde även utgöra en kontrollinstans för patienterna, att de upplevde en positiv press att genomföra en förändring inför uppföljande återbesök hos distriktssköterskan men det kunde även ge bekräftelse och skapa förutsättningar för utvärdering av en livsstilsförändring. Detta i sin tur kunde stärka patienten i sin tro på den egna förmågan.

“Då kan uppföljningssamtalet här igen vara det som är bra för då får de en liten press på sig...” Intervju 6

Att vila på en vetenskaplig grund skapar trovärdighet

Distriktssköterskorna beskrev att det var väsentligt att försöka inge trovärdighet hos patienten genom att vila på en vetenskaplig grund och ha belägg för den information som förmedlades. Genom att kunna presentera konkret fakta och tydligt kunna visa svart på vitt både vinster med livsstilsförändringar samt konsekvenser med eventuella följsjukdomar upplevde distriktssköterskorna att patienten kunde bli motiverade till livsstilsförändringar. En distriktssköterska uppgav även att genom att stå på vetenskaplig grund kunde hon hjälpa patienter att rannsaka i informationsflödet som finns i dagens samhälle.

“...det visar faktiskt på papper... och de handlar inte om att jag kommer med några pekpinnar utan det är fakta liksom.” Intervju 1

Patientens inställning stjälper sina egna möjligheter till förändring

Det framkom att patienternas inställningar kunde påverka deras egna möjligheter till motivation. Patienternas uppfattningar och attityder upplevdes kunna försvåra och utgöra hinder, dels i mötet med distriktssköterskan och dels för möjligheterna till deras egna motivation. Patienter kunde upplevas gå i försvar under samtalet men även att de befann sig i en förnekelse kring sin livsstil vilket försvårade för distriktssköterskan i samtalet. Patienter kunde även skylla på tidsbrist för att inte genomföra någon livsstilsförändring men även en upplevd stress hos patienten kunde försvåra möjligheterna. En distriktssköterska nämnde även att själva upplevelsen av vårdmötet kunde skapa en stress hos patienten vilket påverkade mottagligheten.

“Jag tror dom förnekar för sig själva lite hur dom...hur dom lever...för att dom säger att dom gör olika saker som man ändå inte tror att dom gör...jag tror inte dom ljuger medvetet utan att förnekar för sig själva kanske vilka vanor eller ovanor dom har...” Intervju 4

Men distriktssköterskorna kunde även uppleva en ovilja hos patienter att förstå behovet av förändring och de var helt enkelt inte motiverade att göra någon förändring. Men även om

distriktssköterskorna lyckades förmedla ett behov av livsstilsförändring och att det ledde till en insikt hos patienten innebar det inte alltid att patienten genomförde någon förändring. De upplevde att det kunde vara en fråga om ointresse och en ovilja till förändring vilket kunde resultera i att patienter hellre valde att ta den enkla vägen.

“En del vill ju ta den enkla vägen och bara ha ett piller och sen inte behöva göra så mycket själv kanske...ingen stor förändring i sitt vardagsliv.” Intervju 2

Distriktssköterskans bristande engagemang och oförståelse skapar hinder

Distriktssköterskans ovisshet om vad som skapar motivation

Distriktssköterskorna upplevde många gånger en svårighet i att förstå vad som motiverar en patient med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar. De förstod att motivationen saknades hos patienterna, men kände samtidigt att de saknade nyckeln till deras motivation.

“Jag tycker det är svårt att se det...det där tycker jag är lite svårt.” Intervju 8

“Så att...motivationen är det stora...å det är svårt, en del kan man hjälpa till att motivera, en del...vet jag inte riktigt hur man ska göra för att motivera...” Intervju 4

Svårigheterna att få patienterna motiverade under samtalet upplevdes vara stora, men distriktssköterskan kände även en lika stor oklarhet i vem som blev motiverad under samtalet samt vem som kom överens om att ändra sina livsstilsvanor och gjorde ändringarna eller varför ändringarna uteblev även om patienten var positiv under samtalet.

“Jättesvårt är det, ibland kan man uppleva när dom sitter här: åh vad bra, det här ska jag göra och så går de härifrån och det händer inte ett dugg...å så har man någon där man känner, gud nu pratar jag för döva öron, och så kommer de tillbaka - jag gjorde precis som du sa. Jag vet inte...” Intervju 7

Distriktssköterskans inställning - patienten får skylla sig själv

För att kunna hjälpa patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar menar distriktssköterskorna att patienten måste vara intresserad och motiverad. Många distriktssköterskor menade att om motivationen saknades fann de stora svårigheter att kunna hjälpa patienten och det ledde till att de inte engagerade sig och ansåg det rentav vara meningslöst att stötta dessa patienter. Information kunde ges men var patienten inte intresserad eller närvarande lades ingen tid på patienterna.

“...finns ingen motivation, ingen vilja, då behöver jag inte lägga krutet där.” Intervju 1

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att göra en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) för att ta reda på distriktssköterskors upplevelser och erfarenheter. Metoden i sig är erkänd inom omvårdnadsforskningen (Elo & Kyngäs, 2007). För att uppnå trovärdighet i studien utgicks det från begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet som är typiska för den kvalitativa ansatsen (Graneheim & Lundman, 2004). Gällande valet av vårdcentraler i förhållande till privata och offentligt drivna verksamheter menar författarna att det inte har påverkat resultatet. Vårdcentraler kan ha olika arbetssätt men då alla vårdcentraler som är representerade i studien förhåller sig till Västra Götalandsregionens Krav- och kvalitetsbok (2017) menar vi att alla patienter bör få lika vård på samma villkor vare sig de är listade på offentlig eller privat vårdcentral. Alla vårdcentraler i studien är belagda i Norra Bohuslän och har ett varierat antal listade patienter. Vi fick åtta intervjuer och enligt Polit och Beck (2012) antalet deltagare är inte det viktiga i en kvalitativ studie utan tyngden ligger i hur mycket deltagarna väljer att berätta och dela med sig samt hur författarna får deltagarna att känna sig trygga och delta fullt ut i samtalet. Det stärks även av Graneheim och Lundman (2004) som betonar att det är av större vikt att erhålla en innehållsrik text än i jämförelse med en ökad kvantitet men med bristande kvalitet. En distriktssköterska som inte hade tillräckligt med erfarenhet av hälsosamtal exkluderades, vilket annars kunde gett studien felaktigt och mindre trovärdigt resultat. Författarna menar att med denna exkludering behölls en fortsatt hög giltighet. Vi valde samtidigt att inkludera en sjuksköterska utan vidareutbildning till distriktssköterska och valet grundade sig på att sjuksköterskan hade flertalet vidareutbildningar som ansågs kunna bidra med erfarenhet till studien. När jämförelser gjordes mellan hennes kunskap kring ämnet och en relativt ny distriktssköterska utan extra utbildningar fann vi hennes deltagande vara självklart. Alla deltagarna arbetade med hypertoni-patienter på daglig basis, varför vi ansåg att alla dock väger lika tungt i deltagandet och deras erfarenheter har gett oss ett brett resultat med god giltighet. Det hade dock varit av stort intresse att få större åldersspridning samt även manliga deltagare då det hade kunnat ge en ökad variation på resultatet men dessvärre kunde ingen av önskemålen uppfyllas med studien giltighet bedöms inte ha påverkats. Semistrukturerade intervjuer användes då syftet var att utforska ett specifikt område men det var oklart för oss vad svaren skulle bli vilket stärks av Polit och Beck (2012). Frågorna utformades med utgångspunkt att få svar på studiens syfte och författarna använde sig av ett strukturerat upplägg på frågorna vars ordning upplevdes naturligt i förhållande till varandra. Intervjumetoden säkerhetsställer att forskaren får tillgång till den information som efterfrågas men det förutsätter att intervjuaren skapar förutsättningar för deltagaren att känna sig fri att delge sina svar och skildra sina egna upplevelser eller uppfattningar vilket också stärks av Polit och Beck (2012). Författarna valde att genomföra intervjuerna ensamma vilket kan tänkas haft en inverkan med tanke på följdfrågor och hur de användes under intervjuerna, men det kan även ha gett en ökad variation i resultatet. Båda författarna upplevde under intervjuerna att deltagarna pratade fritt och ohämmat samt att frågorna avlöpte naturligt i relation till varandra. Inspelning av intervjuerna användes vid datainsamlingen vilket Polit och Beck (2012) menar att inget material går om miste men att det samtidigt kan skapa en nervositet hos deltagaren som kan göra att viktig information och kunskap går förlorad. En öppen fråga användes som fråga ett, för att denna skulle agera som en förlösande och avslappnande fråga vilket enligt Polit och Beck (2012) kan leda till intervjuaren slappnar av och inte tänker på att intervjun spelas in. Men frågan besvarades endast av två deltagare och de andra fick fundera under intervjun men kom ändå inte på något svar. Här kunde författarna använt sig av en provintervju som

troligtvis visat att frågan skulle ha arbetats om. En intervju blev endast åtta minuter lång vilket kan tolkas som för kort för att få ett uttömmande svar. Intervjun tog plats på distriktssköterskans rum, de blev inte avbrutna under samtalet men datorn stod på i bakgrunden med inkommande telefonlistan och det kan ha skapat en inre stress hos distriktssköterskan som gjorde att samtalet blev kort. Däremot svarade distriktssköterskan på alla frågor och gav grundliga och fullständiga svar med flera reflektioner vilket författarna anser - trots korta intervjutiden - ha gett adekvata och reflekterande svar som gav tyngd till denna studie.

En avgörande del i den kvalitativa innehållsanalysen är valet av meningsenheter då deras storlek kan påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Här valde författarna till en början urskilja meningsenheterna gemensamt för att sedan slutföra det sista tre intervjuerna på egen hand. Huruvida det kan ha påverkat resultat är oklart men eftersom författarna sedan gemensamt gått igenom alla meningsenheterna i relation till ursprungstexten och diskuterat meningsenheterna för kunna göra eventuella justeringar ökar resultatets giltighet enligt författarna. Under hela analysprocessen har det även pågått en aktiv reflekterande dialog mellan författarna i förhållande till materialet, och det är just viken av denna dialog mellan medförfattarna som kan öka en studies tillförlitlighet. Det stärks även av Graneheim och Lundman (2004). Under analysarbetet framkom ytterligare aspekter som författarna upplevde inte gick att bortse från trots att fynden inte omfattades av syftet varför författarna valde att göra tillägg till syftet för att kunna belysa fynden i resultatet i hopp om att kunna spegla deltagarnas verklighet och uppfattning. Justeringen av syftet tillkom efter att alla intervjuerna avslutats och därav inte haft någon påverkan på frågorna under intervjuerna, vilket enligt författarna inte haft inverkan på studiens pålitlighet. Ytterligare en del i analysen som har inverkan på resultatets giltighet är utformning av kategorierna med dess likheter och skillnader samt hur väl kategorierna omsluter själva texten och för att stärka giltigheten kan forskaren använda sig av citat för att påvisa överensstämmelse (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna till studien har upplevt denna del av analysen som en process som utgjorts av diskussioner, reflektioner och utmaningar för att på ett trovärdigt sätt kunna ge läsaren en inblick och möjlighet för förståelse för distriktssköterskornas uppfattningar och har även valt att använda sig av citat för att stärka resultatet. Alla intervjuerna genomfördes under en kortare tidsperiod och tät följt av analysprocessen vilket ökar studiens pålitlighet eftersom data anses varit stabil under denna period. För att skapa en hög trovärdighet i en studie handlar det även om att kunna påvisa en överförbarhet till andra grupper och kontexter. Det är alltid läsaren som bedömer om resultatet är överförbart, men samtidigt ligger ansvaret hos författarna att ge läsaren så mycket kunskap och information som möjligt genom hela arbetet för att skapa den möjligheten hos läsaren att kunna bedöma överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Slutligen bör det nämnas att författarna till studien är själva verksamma på två av de medverkande vårdcentralerna i studien, men för att undvika eventuell bias valde författarna att utföra intervjuer där man inte själv var verksam. Att författarna är insatta i verksamheten anser vi stärka resultatet, eftersom studiens kontext är för oss inte okänd. Däremot är det av stor vikt för en studies trovärdighet att forskaren har reflexivitet över sin egen inverkan på studien då forskaren som individ har värderingarna, en bakgrund samt den professionella och sociala identiteten som kan påverka (Polit & Beck, 2012). En forskare kan inte frångå dessa faktorer och sin grad av subjektivitet men det faktum att författarna är två olika individer bidrar till ökad medvetenhet om dessa faktorer samt att utgångspunkten för studien har varit att presentera ett resultat baserat på textnära tolkning enligt Graneheim och Lundman (2004)

för att kunna spegla deltagarnas verklighet. Våra erfarenheter och tidigare kunskaper kring ämnet behöver inte haft negativ påverkan utan gynnat situationen och istället gett oss en djupare förståelse för deltagarna och deras svar. Våra arbeten på olika vårdcentraler har gett oss erfarenheter och förkunskaper och enligt Polit och Beck (2012) är det viktigaste är att vara medveten om dessa förförståelser och egna fördomar och känslor och inte låta egna tolkningar styra studies resultat.

I studier som baseras på människor är det avgörande att forskaren försöker minimera eller utesluta risker att deltagarna under några omständigheter skulle uppleva obehag eller att studien skulle kunna orsaka någon skada oavsett fysisk eller psykisk (Polit & Beck, 2012). I utformning av frågorna till intervjuerna upplevde författarna att frågorna inte var av den karaktären att de kunna upplevas som kränkande eller skapa obehag för deltagarna vilket inte heller var något som framkom under intervjuerna eller uppgavs av deltagarna. I och med att deltagarna även blev informerade att deras deltagande var frivilligt samt att eventuella avhopp inte skulle få konsekvenser och eftersom författarna valde att inte utföra intervjuer på sina egna arbetsplatser anser vi minimerat risken för eventuellt obehag om någon kollega valt att hoppa av studien. Ett ytterligare ställningstagande av etisk karaktär var valet av citat där citat valdes som inte skulle gå att identifiera till enskild deltagare. Eftersom syftet justerades efter intervjuerna utförts har inte deltagarna kunnat informeras om tillägget och huruvida det hade påverkat deras ställningstagande till medverkan är oklart men att syftet justerades utifrån det som framkom under intervjuerna och är baserad på deras uppfattningar samt att det inte var något som författarna hade förväntat sig.

Resultatdiskussion

Resultatet i studien visar att distriktssköterskornas professionella bemötande och engagemang kunde vara en viktig del i att få en patient motiverad. Distriktssköterskorna gjorde det genom att känna in patienten och arbeta individanpassat samt att ha ett respektfullt bemötande och lyssna in varje patient för att ge bästa individuella vård. Persson och Friberg (2009), beskriver betydelsen av sjuksköterskors bemötande under ett hälsosamtal och vilken inverkan det kan få för patienten i deras val av livsstil. Det framkom att patienter upplevde att det var viktigare med en dialog än att erhålla skriftlig information och denna dialog möjliggjordes genom att sjuksköterskan såg patienten som en unik individ samt att man kunde mötas på lika förutsättningar som två individer på samma plan. Att skapa förutsättningar för delaktighet i ett vårdmöte handlar om att tillåta en delaktighet. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver det som ett samspel utifrån två individer som möts med olika kunskaper och erfarenheter där vårdaren har ett professionellt ansvar i och med sin yrkeskompetens men att vårdaren behöver ge utrymme för patienten och dennes erfarenheter och kunskaper för att kunna möjliggöra en god vård, att det är två olika experter som möts. Om delaktighet uppnås ges patienten möjlighet att kunna påverka och ta ansvar för sin egen hälsa. Däremot har vårdpersonal skyldighet att skapa förutsättningar för alla patienten att vara delaktigt i sin egen vård (SFS 2014:821, 5§). Det bör därför betraktas som vara en grundsten i omvårdnad och hälsofrämjande samtal och det är därav av stor vikt att distriktssköterskor medvetandegör för sig själva hur deras bemötande och förhållningssätt inverkar på patientens möjlighet till delaktighet samt reflekterar över den egna inställningen till sin kompetens och kunskap i relation till patientens.

Genom att arbeta professionellt och att vila på en vetenskaplig grund beskriver distriktssköterskorna som en viktig del i arbetet för att kunna skapa motivation hos patienterna vilket stärks av International Council of Nurses (ICN, 2012) som påvisar att en distriktssköterska ska arbeta evidensbaserat där även teknik och ny forskning ska ligga till grund för vårdarbetet med patienten. Distriktssköterskan ska även enligt sin kompetensbeskrivning ha kunskaper i olika samtalsmetoder (Svensk sjuksköterskeförening, u.å). Vi menar att kurser såsom Motivational Interviewing (MI) är en del som kan hjälpa distriktssköterskan i samtalet med patienten. Det stärks även av Drevenhorn et al. (2009) som menar att adekvata utbildningar såsom MI gynnar samtalet mellan distriktssköterskan och patienten. Brobeck et al. (2011) menar också att MI är en samtalsmetod som beskrivs vara användbar för distriktssköterskor i samband med hälsofrämjande samtal. Samtidigt fann Brobeck et al. (2011) att även om MI upplevdes vara ett bra verktyg så var det ett svårt verktyg som måste användas kontinuerligt i verksamheten vilket skapade svårigheter enligt distriktssköterskorna. De fann att om patienten inte var motiverad från första början sågs svårigheter att få dem motiverade till förändringar trots användning av MI. Det stärks även av Östlund, Wadensten, Kristofferzon och Häggström (2015) som beskriver att sjuksköterskor upplevde att MI var en metod som kunde skapa motivation både för patienter och de själva men att det förutsatte ett intresse från både arbetsplatsen och patienten. Vår reflektion gällande MI är följaktligen att eftersom metoden kan upplevas utmanande och därför svår att implementera i den dagliga verksamheten samt det faktum att uppnå framgång med den så förutsätter det en redan motiverad patient. Detta kan leda till att distriktssköterskor väljer att inte använda sig av den i samband med hälsofrämjande samtal. Det framkom i intervjuerna att distriktssköterskorna inte använde sig av några specifika metoder. Det stärker författarnas uppfattning om verktygets funktion och frågan blir då huruvida MI är den optimala samtalsmetoden med tanke på att MI kräver en redan motiverade patient samt motivation är en inre drivkraft som kan förklaras utifrån Maslow's motivationsteori (1943).

Distriktssköterskorna uppfattade att patientens positiva inställning, inre vilja och intresse var något som var en motiverande drivkraft hos patienten att genomföra livsstilsförändringar. I resultatet fanns även uppfattningar att patienten kunde vara motiverad från början men även att negativa känslor, såsom rädsla och insikt, kunde leda till motivation och genomförande av livsstilsförändringar. Det menar vi stärks av Rosenstock (1974a; 1974b) som anser att flera faktorer påverkar en individs beslut om att genomföra förändringar, såsom både rädsla och medvetenhet om sårbarhet men även positiva känslor av motivation som driver en patient till förändringar. Ogden (2012) menar också att tidigare erfarenheter kan stärka en patient att genomföra förändringar, till exempel viktning med goda resultat kunde skapa en motivation och ett inre driv hos patienten. Det återfinns även i en studie om patienters upplevelser av hälsosamtal där de informerades om deras risker för hjärt- och kärlsjukdomar och under samtalet med sjuksköterskan upplevde patienterna ett uppvaknande och en medvetenhet om en förändring i den egna kroppen men även ett ökat ansvarstagande för sin hälsa. Dock framkom det att en vilja till förändring var en fråga om ett personligt val och ställningstagande (Persson & Friberg, 2009). Författarna menar därför att distriktssköterskan bör vara lyhörd inför patientens upplevelser, erfarenheter och emotionella förhållningssätt gentemot hypertoni och livsstilsförändringar för att kunna möjliggöra för motivation hos patienten men även för att kunna bemöta varje patient på ett respektfullt sätt och det menar författarna är en grundläggande hörnsten inom omvårdnaden.

Distriktssköterskorna upplevde att patienter som inte var intresserade eller hade en ovilja till livsstilsförändringar upplevdes stjälpna sina egna möjligheter till förändringar. Förnekelse och att gå i försvar kan tyda på att patienten inte är motiverad att göra förändringar men författarna menar att svaret inte endast behöver betyda ett ointresse för den egna hälsan utan djupare förklaringar kan ligga till grund för deras agerande. Författarna menar därför att det är av stor vikt att försöka förstå patientens inställning, eventuella åsikter och funderingar då patientens agerande kan förklaras utifrån andra synvinklar som inte patienten kan påverka eller är medveten om. Att se ur ett större perspektiv i förhållande till andra faktorer som inverkar, i form av den sociala gradienten och hälsans bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 2007) och enligt kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (u.å.) bör en distriktssköterska ha förståelse för hälsans bestämningsfaktorer i mötet med patienter såsom kulturella, sociala och ekonomiska förutsättningar i samhället. Svaret på en individs agerande kan även förstås av Maslow's motivationsteori (1943) där han menar att människan drivs av att uppfylla behov och att behoven såsom hunger, törst, och social trygghet behöver uppfyllas i rätt ordning för att kunna komma vidare till nästa behov. Därför menar författarna att en individs uteblivna motivation till livsstilsförändringar även kan förklaras på både behovsnivå och samhällsnivå. Har inte individen uppfyllt de grundläggande behoven såsom den sociala tryggheten kan det leda till att individen inte klarar att motivera sig att genomföra livsstilsförändringar. Det är även sammanhängande med Health Belief Model som menar att det krävs en självförmåga (self-efficacy) som gör att patienten klarar av att agera (Ogden, 2012). Det blir därför uppenbart för författarna för att kunna möjliggöra för patienten att vara delaktig i sin hälsa och beslut kring sin hälsa behöver dessa hälsosamtal ske med utgångspunkt i varje patients livsvärld och den kan nås genom en vilja att förstå, närvaro och vara öppen för patientens livsvärld för det är där själva vårdandet kan få utrymme, vilket också stärks av Dahlgren och Segesten (2010).

I resultatet framkom det även att distriktssköterskorna upplevde en osäkerhet i vad som kunde motivera en patient till livsstilsförändringar, att det var oklart för distriktssköterskorna för vad som skapade motivation. Det tyder på att motivation är något individuellt och det är olika faktorer som har inverkan, vilket kan sättas i relation till Health Belief Model som belyser detta (Rosenstock, 1974a; 1974b). Hur denna ovisshet i sin tur påverkar distriktssköterskors inställningar och bemötande och hur de själva värderar sin funktion och betydelse för motivationen är svårt att avgöra. Det framkom att om patienten inte visade intresse eller inte hade vilja så engagerande sig distriktssköterskorna inte, om patienten inte var med mentalt upplevde distriktssköterskan att det inte fanns något att göra. Hörnsten et al. (2014) beskriver att när distriktssköterskorna kände att de inte nådde fram till patienten upplevdes en frustration och konsekvensen blev att distriktssköterskorna endast förmedlade provsvar och meddelade patienten att de själva hade ett ansvar över sin hälsa. Det stärks även av Jallinoja et al. (2007) som fann att sjuksköterskor ansåg att patienten själv måste vara engagerad i sin vård men oviljan hos patienten var det största hindret för patienten att genomföra livsstilsförändringar. Vikten av att reflektera över sitt eget bemötande och ha en medvetenhet om hur det påverkar samtalet och patienten är enligt Eriksson och Nilsson (2008) av stor vikt för kvaliteten på ett hälsosamtal. När distriktssköterskan inte tror eller lyssnar på patienten eller när patienten inte involveras beskrivs möten med dålig kvalitet vilket riskerar påverka patientens värdighet och förtroende för vården på ett negativt sätt (Nygren Zotterman et al., 2015). Frågan blir om det går att skylla på patientens ointresse och ovilja när det eventuellt skulle kunna handla om något annat, såsom brister i bemötandet eller inställningen från distriktssköterskans sida. Det framkom i studien av Hörnsten et al. (2014) att sjuksköterskor inom primärvården utövade olika strategier under hälsosamtal kring livsstilsförändringar med

patienter. Bland annat beskrevs ett patientcentrerat förhållningssätt som möjliggjorde motivation för patienten genom motivation, stöd, guidning samt inspiration från sjuksköterskan sida. Däremot framkom det att sjuksköterskorna även använde sig av, som författarna beskriver det, ett sjuksköterskecentrerat förhållningssätt vilket innebar att de förväntade sig en följsamhet från patienten och där sjuksköterskorna hade en egen agenda och inte bjöd in till dialog utan istället använde sig av påtryckningar och krav på att patienten tog ansvar för sin hälsa samt försök att inge rädsla för att få patienten att förstå behovet av livsstilsförändringar. I vår studie fann vi dock inga tendenser till påtryckningar eller hot, utan distriktssköterskorna beskrev istället att deras professionella bemötande kunde skapa en motivation samt att det var av vikt att känna in patienten och se till den enskilda individen. När distriktssköterskorna upplevde att de inte fick det gensvar eller gehör fann författarna att de istället skyllde på ointresse från patienten sida och det menar författarna kan spegla en attityd från distriktssköterskorna som kan innebära ett ointresse även från distriktssköterskans sida. I resultatet fanns antydning till att "dessa ointresserade" patienter gjorde att distriktssköterskorna inte engagerade sig. Författarna menar att det är av stor vikt att inte kategorisera patienter eftersom det då föreligger risker med detta. Genom att omedvetet göra de ointresserade till en grupp kan det utgöra en risk för patienters rätt till vård på lika villkor samt att varje patients rätt till individanpassad vård går förlorad. Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2015) beskriver vikten av att inte kategorisera patienter utifrån kön, ålder och utbildning i samtal gällande livsstilsförändringar, då studien visade att vårdpersonal inte pratade om livsstilsförändringar i samma omfattning med vissa grupper samt att patienter faktiskt genomförde förändringar efter dessa samtal. Resultatet visade att risken var att vissa patientgrupper inte erhöll lika möjligheter till att genomföra livsstilsförändring utifrån deras kön, ålder och utbildning. Samtidigt kan sjukvården ställas inför ett etiskt dilemma när de träffar patienter som inte är intresserade av eller upplever behov av livsstilsförändringar men bedöms vara i behov av det för den egna hälsans skull. Det föreligger en risk i detta för om sjuksköterskan ger information och råd till patienten men denne upplever att de har en god hälsa kan det innebära att de har svårt att ta till sig informationen samt att de känner sig förolämpade (Persson & Friberg, 2009). Som det har framgått i studien har alla sjuksköterskor, oberoende av vidareutbildning, skyldigheter att göra patienten delaktigt i sin vård. Det åligger sjuksköterskan att genom sin professionalitet skapa möjligheter till delaktighet och förvissa sig om att patienten ges den möjligheten. Dock kan det uppstå svårigheter när patienten själv väljer att inte delta i den egna vården. Detta är ett dilemma och en utmaning.

Slutsats

Det framkommer att distriktssköterskorna uppfattar att flera faktorer har inverkan på patienternas motivation till att genomföra livsstilsförändringar, varav distriktssköterskornas egna deltagande och inställning är av betydelse. Distriktssköterskorna upplevs både kunna skapa förutsättningar men även hindra möjligheter till motivation i hälsosamtal. Ett bristande engagemang hos distriktssköterskorna kan bero på att distriktssköterskorna saknar grundläggande kunskap kring motivationsprocessen som i sin tur kan leda till utebliven livsstilsförändring hos patienten. Det är av stor vikt att distriktssköterskorna kan förhålla sig till patienternas inställningar till livsstilsförändringar, dels genom att utgå från patientens upplevelser för att kunna stärka patientens inre drivkraft men även för att synliggöra negativa inställningar som kan upplevas som hindrande för motivationen.

Kliniska implikationer

I mötet med patienter med hypertoni har distriktssköterskan en hälsofrämjande roll i att skapa förutsättningar för motivation till att genomföra livsstilsförändringar. I studiens resultat beskriver distriktssköterskorna att patienternas deltagande och inställning påverkar patienternas möjligheter till motivation samt livsstilsförändringar men resultatet påvisar även att distriktssköterskornas behov av vara aktiva i mötet är. Ett professionellt och respektfullt bemötande är grundläggande i det hälsofrämjande omvårdnadsarbetet, då varje enskild individs behov, livsvärld och förutsättningar tydliggörs.

Hypertoni ger inte alltid symtom och följsjukdomar kan leda till personligt lidande men även höga samhällskostnader. Det är av betydelse att det framkommer att i de flesta fall är levnadsvanor som ligger till grund för hypertoni och att det rimligtvis i första hand bör motverkas med livsstilsförändringar. Det är brådskande med samhällsinformation gällande livsstilsfaktorer som når ut till alla individer och samhällsskikt för att skapa en medvetenhet på både individnivå, men även samhällsnivå. På så sätt ges alla individer samma villkor till ställningstagande av egna eventuella livsstilsförändringar. Distriktssköterskan ska samtidigt ha medvetenhet om den sociala gradienten samt hälsans bestämningsfaktorer som gör att ojämlikheter i samhället ökar i alla sociala skikt. För att detta ska vara möjligt bör ett individanpassat förhållningssätt vara grundläggande i mötet med patienter med hypertoni där distriktssköterskan ser varje enskild individs möjligheter och hinder för att genomföra livsstilsförändringar.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde

Författarna anser att kunskap och förståelse kring patienters uppfattningar av genomförande av livsstilsförändringar samt vad som motiverar dem till livsstilsförändringar är bristfällig och det finns fortsatta oklara svar till varför patienter med hypertoni inte genomför hälsofrämjande förändringar, varför fortsatta studier bör fokusera på patientens upplevelser och deras uppfattningar om vad som motiverar dem till livsstilsförändringar.

Referenser

Bengtson, A., & Drevenhorn, E. (2003). The Nurse's Role and Skills in Hypertension Care. A review. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5), 260-268.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2015). Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 118-125. doi: 10.1111/scs.12139

Chummun, H. (2009). Hypertension - a contemporary approach to nursing care. *British Journal of Nursing*, 18(13), 784-789.

Cifkova, R., Erdine, S., Fagard, R., Farsang, C., Heagerty, A.M., Kiowski, W., Kjeldsen, S., Lüscher, T. ... Zanchetti, A. (2003). Practice Guidelines For Primary Care Physicians: 2003 ESH/ ESC Hypertension Guidelines. *Journal of hypertension*, 21, 1779-1786. doi: 10.1097/01.hjh.0000084773.37215.1b

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). Hälsa & vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Arbetsrapport 2007:14. Stockholm; Institutet för Framtidsstudier. Hämtad 2017-02-09 från http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf

Dennison Himmelfarb, C. R., Commodore-Mensah, Y., & Hill, M. N. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., & Kjellgren, K. I. (2009). Evaluation of consulting training in hypertension care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 349-354. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.08.001

Drevenhorn, E., Bengtson, A., & Kjellgren, K. I. (2015). To be motivated or only comply - patient's views of hypertension care after consultation training for nurses. *Health Education Journal*, 74(1), 28-36. doi: 10.1177/0017896913517106

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115 doi: 10.1111/j1365-2648.2007.04569.x

Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsa 2020. Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO´s Europaregion*. Hämtad 16-12-08 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19768/Halsa-2020-Sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf>

GBD (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386, 2287-2323. doi:10.1016/S0140-6736(15)00128-2

Gorman, P. (2004). *Motivation and Emotion*. East Sussex: Routledge.

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. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helsingforsdeklarationen (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (64th ed). World Medical Association. Hämtad 17-03-01 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues - primary healthcare nurses' perspectives - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 235-244. doi: 10.1111/scs. 12045

ICN (2012). *The ICN. Code of ethics for nurses*. Genève: International Council of Nurses.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle changes: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Kasmaei, P., Yousefi, P., Farmanbar, R., Omid, S., & Hassankiadeh, R., F. (2015). A Study on the Predictive Power of the Health Belief Model Constructs in Self-Care Behaviors of Patients with Hypertension. *Health Education and Health Promotion*, 3(3), 5-13.

Krav- och kvalitetsbok (2017). Västra Götalandsregionen. Vänersborg: Regionens Hus. Hämtad 2017-03-01 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/KoK/KOKBOK%20VG%202017%20-%20till%20tryck.pdf>

Lo, S., W., S., Chair, S., Y., & Lee, F., K. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research*, 28, 197-201.

Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 95, 231-237.

- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redán, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R.... Zannad, F. (2013). Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(10), 1925-1938. doi: 10.1097/HJH.0b013e328364ca4c
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing. Helping People Change. (3rd ed.) New York: The Guilford Press.
- Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 418-425. doi: 10.1111/scs.12146
- Ogden, J. (2012). *Health psychology a textbook*. (5th ed.) London: McGraw-Hill Education.
- Persson, M., & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02535.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*,(2)4, 328-335.
- Rosenstock, I. M. (1974b). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- SBU (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck uppdatering 2007. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 170/1U. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SFS 1982:763 Hälso- och Sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821 Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening (u.å.) *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2016-10-27 från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>
- Vassilaki, M., Linardakis, M., Polk, D., M., Philalithis, A. (2015). The burden of behavioral risk factors for cardiovascular disease in Europe. A Significant prevention deficit. *Preventive Medicine*, 81, 326-332. doi: 10.1016/ypmed.2015.09.024

WHO (1946). *Constitution of WHO: principles*. Genève: World Health Organization. Hämtad 2017-02-09 från <http://www.who.int/about/mission/en/>

WHO (2013). *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis*. Genève: World Health Organization.

WHO (2016). *Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet number 317*. Genève: World Health Organization. Hämtad 2016-11-17 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

WHO (2017). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève: World Health Organization. Hämtad 2017-01-19 från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index2.html>

Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15, 111-118. doi: 10.1016/j.nepr.2014.11.005.



HÖGSKOLAN VÄST
 Institutionen
 för Hälsovetenskap
 Specialistsjuksköterskeprogrammet
 Hötsterminen 2016

Till vederbörande verksamhetschef

Information angående studie -Motivation till livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni.

Hypertoni är en av de vanligaste sjukdomarna i världen samt en riskfaktor för att drabbas av följsjukdomar. Vid behandling av hypertoni är livsstilsförändringar den grundläggande åtgärd som behöver vidtas, oberoende av farmakologisk behandling. Inom primärvården möter distriktssköterskor patienter med hypertoni och ger vägledning i livsstilsförändringar. Vi vill med vår studie undersöka distriktssköterskors uppfattning om vad som motiverar en patient med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar.

Vi planerar att göra en intervjustudie och sammanlagt planerar vi att intervjua cirka 10 distriktssköterskor från 3-4 olika vårdcentraler. För att vi ska kunna genomföra denna studie behöver vi Ert samtycke till att intervjua distriktssköterskor på vårdcentralen som träffar patienter med hypertoni och som samtalar om blodtryck och livsstilsförändringar, t.ex. vid en årskontroll. En intervju förväntas ta cirka 30-45 minuter och kommer att spelas in. Därefter kommer materialet transkriberas och analyseras av oss studenter. Under arbetets gång är det endast handledare och vi två studenter som kommer att hantera materialet. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt, avidentifieras och kodas samt hållas inlåst och när arbetet är klart kommer materialet förstöras. Distriktssköterskans deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring ges. Studien är ett examensarbete inom ramen för distriktssköterskeutbildningen och kommer att publiceras i Högskolan Väst's DIVA-publicering.

Vid frågor är Du välkommen att kontakta någon av oss på nedanstående nummer.

Trollhättan 161205

.....
 Mikaela Saltell
 Distriktssköterskestudent
 Högskolan Väst, Trollhättan
 michaela.saltell@student.hv.se
 xxxxxxxx

.....
 Maria Bern
 Distriktssköterskestudent
 Högskolan Väst, Trollhättan
 maria.bern@student.hv.se
 xxxxxxxx

.....
 Ulla Fredriksson Larsson
 Universitetslektor
 Högskolan Väst, Trollhättan
 ulla.fredriksson-larsson@hv.se
 xxxxxxxx



Till vederbörande distriktssköterska

Information angående studie -Motivation till livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni.

Hypertoni är en av de vanligaste sjukdomarna samt är en riskfaktor för att drabbas av följsjukdomar såsom hjärt- och -kärlsjukdom och demens. Vid behandling av hypertoni är livsstilsförändringar den grundläggande åtgärd som behöver vidtas, oberoende av farmakologisk behandling. Inom primärvården i Sverige möter distriktssköterskor patienter med hypertoni och ger vägledning i livsstilsförändringar.

Vi tror att de erfarenheter som distriktssköterskor har av samtal kring livsstilsförändringar behöver belysas för att skapa en ökad förståelse för patienters möjligheter att genomföra hälsofrämjande åtgärder. Vi vill med vår studie undersöka distriktssköterskors uppfattning om vad som motiverar patienter med hypertoni att genomföra livsstilsförändringar.

Vår förfrågan har gått ut till fyra vårdcentraler i närliggande område och i vår studie planeras det ingå cirka tio distriktssköterskor. Du tillfrågas härmed att delta i vår undersökning. Vårt samtal kommer att spelas in och därefter transkriberas och analyseras. Under arbetets gång är det endast handledare och vi två studenter som kommer att hantera materialet. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt, aidentifieras och kodas. Det kommer att hållas inlåst och när arbetet är klart kommer materialet förstöras. Ditt deltagande är helt frivillig och Du kan när som helst avbryta ditt samarbete utan förklaring.

Studien är ett examensarbete inom ramen för distriktssköterskeutbildningen och kommer att publiceras i Högskolan Väst's DIVA-publicering.

Vid frågor är Du välkommen att kontakta någon av oss på nedanstående nummer.

Trollhättan 161205

.....
Mikaela Saltell
Distriktssköterskestudent
Högskolan Väst, Trollhättan
michaela.saltell@student.hv.se
xxxx

.....
Maria Bern
Distriktssköterskestudent
Högskolan Väst, Trollhättan
maria.bern@student.hv.se
xxxxx

.....
Ulla Fredriksson Larsson
Universitetslektor
Högskolan Väst, Trollhättan
ulla.fredriksson-larsson@hv.se
xxxx

Frågorna till distriktssköterskan

Hur länge har du arbetat som leg. sjuksköterska?
Utbildningsnivå? Specialistutbildning?

Fråga 1:

Berätta om ett hälsosamtal som du genomfört och som du var nöjd med,...
Vilka är svårigheterna?
Vad är det som gör att samtalet blir bra? och varför?

Fråga 2:

Vad tror du, det är som motiverar en patient med hypertoni att genomföra
livsstilsförändringar?

Fråga 3:

Vilka möjligheter har du att skapa förutsättningar för patienter med hypertoni att genomföra
livsstilsförändringar?

Följdfråga:

Använder du dig av några hjälpmedel eller samtalsmetoder?

Fråga 4:

Vad (eller kanske när...) i samtalet gör att du förstår att personen är förändringsbenägen?
Hur uppfattar du att ni är överens?

Följdfråga:

Vilken livsstilsförändring upplever du vara den som patienter lättast/enklast/fortast förändrar?
och varför tror du det?

Allmänna följdfrågor:

Berätta mer

Hur menar du

Utveckla gärna

Medgivande om deltagande i studien om motivation till livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni - en intervjustudie

Jag ger härmed mitt skriftliga medgivande till mitt deltagande i studien vilket innebär att jag medverkar i en intervju. Jag har fått såväl muntlig som skriftlig information som jag tagit del av. Jag har också givits möjlighet att ställa frågor om sådant som är oklart. Jag vet att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta mitt deltagande när jag vill utan att ange orsak.

.....
Ort Datum

.....
Deltagare

Jag har informerats om undersökningens upplägg och syfte.

.....
Ort Datum

.....
Leg. sjuksköterska

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se