KLAR V12

GÖTEBORGS UNIVERSITET

ATT ARBETA MED HYPERTONIPATIENTER

NÄR LIVSSTILEN KRÄVER FÖRÄNDRINGAR

G 18/6-12

FÖRFATTARE Beata Idan

KURS Examenarbete avancerad nivå VT2012

OMFATTNING 15 hp

OH5130

HANDLEDARE KarinAhlberg

EXAMINATOR Nils Sjöström

Titel	Att arbeta med hypertoni patienter. När livsstil kräver förändringar.
Titel	To work with hypertensive patients. When lifestyle demans change.
Kurs	Examensarbete avancerad nivå
Arbetets omfattning	15 högskolepoäng
Sidantal	39
Forfattare	Beata Idan
Handledare	Karin Ahlberg
Examinator	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

BAKGRUND

Levnadsvanor som innefattar påverkningsbara riskfaktorer såsom överkonsumtion av alkohol, rökning, motionsvanor och matvanor samt negativ stress leder till bland annat hypertoni. Hjärt-kärlsjukdomarna är idag den vanligaste dödsorsaken i västvärlden. Sjuksköterskan har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Hälsofrämjande samtal kräver pedagogisk medvetenhet, uppmärksamhet på personens behov samt förståelse och motivation för förändrad livsstil.

SYFTE

Syftet med aktuell studie var att beskriva hur distriktssköterskan genomför ett samtal med en patient med högt blodtryck för att motivera till livsstilsförändringar.

METOD

Data insamlades genom kvalitativ, icke standardiserad intervju. Datamaterialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.

RESULTAT

Studien visar att patienten behöver utrymme och tid samt trygg miljö för att kunna prata öppet om bl.a. livsstilsförändringar. Öppna frågor hjälper sjuksköterskan att identifiera patientens känslor och tankar. Reflekterande frågor skall användas för att underlätta för patienten att upptäcka och väga nackdelar och fördelar med sitt beteende och på sätt skapa en väg till förändringar.

DISKUSSION

Den traditionella rådgivningsmetoden är mindre effektiv i jämförelse med patientcentrerat samtal. Sjuksköterskor behöver tid för reflektion och utbildning för att kunna utveckla sin kompetens.

Nyckelord: Hypertoni, motiverande samtal, livsstilsförändringar, Distriktssköterskans omvårdnad.

ABSTRACT

Background

Lifestyle habits including overconsumption of alcohol, smoking, type of food, physical activity and negative stress are all modifiable risk factors causing hypertension.

Today cardiovascular diseases are one of the leading causes of mortality in the western world. The nurse plays an important role in health promoting work. Health promoting dialogue requires educative consciousness, attention to the needs of the person in question and understanding together with motivation for lifestyle change

Objective

Purpose of this study was to describe how a district nurse conducts a dialogue with a hypertensive patient in order to motivate lifestyle changes.

Method

The data was collected through qualitative, not standardized interview. The data material was analyzed with the help of content analysis.

Result

The study shows the patient needs time, space and safe environment, to be able to talk openly. Open questions help the nurse to identify the patient's feelings and thoughts. Reflecting questions should be used for the patient to discover and weigh the benefits and disadvantages with his behavior, in this way creating a path for change.

Discussion

The traditional counseling method is less effective than patient-centered talks. The nurse needs time for reflection and education to be able to evolve her skills.

Key words: Hypertension, motivational interviewing, lifestyle changes, care of district nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 2

BAKGRUND 2

HYPERTONI- DEFINITION OCH BEHANDLING 2

OMVÅRDNADSPROFESSIONALITET 5

KUNSKAP 7

PATIENTUNDERVISNING 7

KOMMUNIKATION 8

FÖLJSAMHET 9

EMPOWERMENT 10

MOTIVERANDE SAMTAL MI 10

OMVÅRDNADSTEORI 12

SYFTE 13

METOD 13

URVAL 14

DATAINSAMLING 14

ANALYS AV DATA 16

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

RESULTAT 17

SKAPA SAMARBETSRELATION 19

Skapa förtroende och trygghet 10

Se patienten som unik individ 19

Öka patientens kunskapsnivå 20

Undvika att koncentrera sig på det negativa 21

Ta inte över beslutsfattande 21

Inte komma med pekpinnar 21

MOBILISERA PATIENTENS EGNA KRAFTER 21
Få patienten bilda sig egen syn på problemet 21
Hjälpa patienten att se beteendets negativa och positiva sidor 21
Skapa känsla av empowerment 22
Inte tvinga fram förändring 23
Ge patienten tid att fatta egna beslut 23
ARBETA I TEAM 24
Få hjälp från andra professioner 24
Samarbeta med läkare 24

DISKUSSION 25
METODDISKUSSION 25
RESULTATDISKUSSION 27

REFERENSLISTA 32

BILAGA
1 36

INLEDNING

Dagens snedvridna kost- och motionsutveckling ligger bakom mycket av svenska folkets sjuklighet i t.ex. högt blodtryck, stroke och hjärtinfarkt. Stillasittandet har blivit människans och hälsovårdens stora bekymmer. Det normala rörelsebehovet som tidigare kunde tillgodoses i människans dagliga arbete har idag blivit ett bristbehov. Behov av förändrade kostvanor uppmärksammas både av WHO och i Sverige av Folkhälsoinstitut (1). Socialstyrelsen har publicerat rekommendationer för att ändra människors kostvanor och motionsvanor vilka syftar samtidigt till attitydförändringar hos befolkningen (2).

Att förebygga ohälsa är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter. Sunda levnadsvanor kan förebygga 80 % av alla hjärt-kärlsjukdomar. Förändrade levnadsvanor kan betyda stora hälsovinster även hos den som redan är sjuk. Trots detta finns det ingen enhetlig praxis för sjukdomsförebyggande arbetet. För att hjälpa att förebygga sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor behöver sjukvårdspersonalen ställa frågor om levnadsvanor på bästa möjliga sätt och med lyhördhet för personens värderingar och förväntningar. Socialstyrelsen rekommenderar hälsofrämjandesamtal som stödjer patientens möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa för att kunna förbättra den (2). Sjukvårdspersonalens roll är att erbjuda effektiva åtgärder för ohälsosamma levnadsvanor och att ge patienten verktyg, kunskap och stöd i förändringsprocessen (2). Sjuksköterskan har en viktig roll i arbete med patienten för att kunna uppnå långsiktiga beteendeförändringar angående hälsovanor (2,3). Därför växte det fram ett intresse undersöka distriktssköterskans arbete med hypertoni patienter som är i behov av att förändra sina levnadsvanor.

BAKGRUND

HYPERTONI - DEFINITION OCH BEHANDLING

Enligt WHO och International Society of Hypertension, definieras graden av hypertoni enligt följande:

1. Mild hypertoni med systoliskt blodtryck mellan 140-159 mm Hg och diastoliskt blodtryck mellan 90-99 mm Hg.
2. Måttlig hypertoni med systoliskt blodtryck mellan 160-179 mm Hg och diastoliskt blodtryck mellan 100-109 mm Hg.
3. Svår hypertoni med systoliskt blodtryck högre än 180 mm Hg (4).

I de flesta fall, omkring 95 %, hittar man ingen speciell orsak till det höga blodtrycket (4). Flera studier visar att levnadsvanor påverkar om människor drabbas av högt blodtryck eller inte. Hos 30 - 60% påverkas blodtrycket av ärftliga anlag (4). Högt blodtryck som inte uppstår som följd till andra sjukdomar kallas för primär hypertoni. Oftast upptäckts detta vid någon hälsokontroll eftersom hypertoni ger oftast inga symptom förrän efter lång tid. Risken att insjukna i hypertoni ökar med ålder. Manligt kön är också en riskfaktor för att drabbas av hypertoni. Risk att insjukna i hypertoni före 50 års ålder är ca 3 gånger lägre hos kvinnor än hos män. Efter 50 års ålder minskar skillnaderna successivt (5). Obehandlad hypertoni leder ofta till stroke eller andra hjärt-kärlsjukdomar. Årligen registreras cirka 35000 fall med stroke som diagnos. Cirka 18000 av alla fall är förstagångsfall. Årligen dör 5000 till 6000 personer som drabbats av stroke (5).

Under de senaste tio åren har andelen döda eller de som återinsjuknat i stroke eller en annan hjärt-kärlsjukdom varit nästan oförändrad. Om hela befolkningen hade ett normalt blodtryck skulle detta innebära att ca 60000 personer per år skulle slippa att insjukna i stroke. Högt blodtryck är en av de mest påverkbara riskfaktorer som orsakar stroke. Att tidigt upptäcka och behandla högt blodtryck är därför det centrala i primärprevention av stroke och hjärt-kärlsjukdomar (4).

Läkemedelsbehandling ger bara ett visst skydd. Även om man medicineras bör man genomföra livsstilsförändringar som kan förstärka den

blodtryckssänkande effekten och minska eventuella biverkningar av läkemedelsbehandlingen (6). Enligt en utvärdering av befintlig forskning inom området kommer tre fjärdedelar inte ner till det blodtryck som är målet med läkemedelsbehandling (4). Tjugo till trettio procent av dem som medicineras kommer ner till det blodtryck som minskar hälsoriskerna. Enligt rapporten från SBU beräknas 1,8 miljoner vuxna ha systoliskt blodtryck minst 140 mm Hg eller ett diastoliskt blodtryck minst 90 mm Hg. Cirka 80 % förväntas löpa åtminstone medelhög risk för hjärt-kärlsjukdom eller stroke (4).
När högt blodtryck uppstår som följd till andra sjukdomar kallas detta för sekundär hypertoni. Den här formen kan bero på hormonrubbningar eller sjukdom i njurarna. Läkemedel som kortison, antidepressiva läkemedel eller p-piller kan också orsaka sekundär hypertoni. Den kategorin representerar ca 5 % (4). Blodtryck som är högre än 160/100 mm Hg behandlas med läkemedel. Målet är att blodtrycket är under 140/90 mm Hg och hos diabetiker och njursjuka 130/80-90 mm Hg. Det finns orsaker till kardiovaskulära sjukdomar som är kända och påverkbara. Levnadsvanor som innefattar påverkningsbara riskfaktorer såsom överkonsumtion av alkohol, rökning, dåliga motionsvanor och matvanor samt negativ stress ledde till bland annat hypertoni (6). Risken att insjukna i hypertoni ökar ju fler riskfaktorer personen har. Dessutom ökar högt blodtryck risken för att utveckla demens (5).
Studier visar att fysisk aktivitet och träning sänker blodtrycket hos både hypertensiva och normotensiva personer (7). Fysisk aktivitet rekommenderas även som en viktig komponent för prevention av högt blodtryck. Det kan också gynnsamt påverka kardiovaskulära riskfaktorer genom förbättrad kondition och sänkt blodtryck (7). Träning med måttlig intensitet, vilket innebär, ca 70 % av maximal hjärtfrekvens, rekommenderas för alla aktiviteter. Fysisk aktivitet ska utföras regelbundet (8).
Saltintagsbegränsning bör betonas för att uppnå lägre blodtryck. Relativt liten minskning av saltintaget skulle drastiskt förbättra folkhälsa (8). Dieten som innehåller mindre av fett och kolesterol, mer av frukt, grönsaker och fettsnåla mejeriprodukter, ökad intag av fisk och minskad konsumtion av socker sänker blodtrycket. Den innehåller därmed mer kalcium, kalium, protein, kostfiber och magnesium (9,10). Det finns starkt samband mellan hypertoni och fetma (5). En studie visade att viktminskning med 5 kg sänkte blodtrycket med 4,4/3,6

mm Hg (11).
Rökningens skadliga effekter relateras till sympatiska nervsystemets överaktivitet, vilket ökar hjärtats syreförbrukning genom ökning av blodtryck, puls och myokardiell kontraktilitet (12). Hos dem som röker 15 eller fler cigaretter per dag förekommer hypertoni oftare än bland icke-rökare (13). För personer med högt blodtryck är rökstopp en prioriterad åtgärd som kan ge stora behandlingsvinster (13). Förhållande mellan hög alkoholkonsumtion och högt blodtryck är väldokumenterad. Minskat alkoholintag kan sänka blodtrycket upp till 4mmHg. Alkohol påverkar män och kvinnor olika. För dem som dricker måttligt bör alkoholkonsumtion begränsas till färre än 2 glas/dag hos män och färre än 1 glas/dag hos kvinnor (8). Minskat alkoholintag leder ofta till tidlig sänkning av blodtryck. Att genomföra livsstilsförändringar och hålla fast vid dem kan leda till minskning av läkemedel (4).
Då det idag föreligger en högre förekomst av ohälsosam livsstil jämfört med tidigare krävs studier om förebyggande strategier och beteende förändringar (14).

DISTRIKTSSKÖTERSKANS OMVÅRDNAD

Grunden för distriktssköterskans arbete är ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt som innebär bland annat respekt för patientens egna unika egenskaper, integritet och autonomi i det hälsofrämjande och förebyggande arbete (15). Det holistiska perspektivet omfattar individ, närmiljö och samhälle inklusive ekonomiska och politiska faktorer. Distriktssköterskans uppgift är att främja och skydda människors hälsa under hela livet, minska förekomsten av de vanligaste sjukdomar och personskador samt lindra lidande de orsakade. För att vården ska kunna ske med anpassning till individens resurser ska distriktssköterskan besitta mod, inge trygghet och ha adekvat självuppfattning och självkänsla (15). Distriktssköterskan har ett ansvar för att främja de konstruktiva krafterna som verkar i situationer och att motverka eventuella destruktiva beteenden. Empatisk inlevelse krävs i syftet att finna lösning som individen kan acceptera. En förutsättning för ett etiskt förhållningssätt är att distriktssköterskan ges möjlighet att utveckla sin egen karaktär. Syftet med

omvårdnaden är att hjälpa personen att planera och genomföra handlingar som tillhör det dagliga livet för att förbättra hälsa och förebygga ohälsa. Distriktssköterskan behöver ha en bred förståelse av hur patienten utformar sitt dagliga liv, både hur det levs och hur det upplevs. Genom att tala och se på patienten bekräftar distriktssköterskan en negativ eller en positiv självbild hos patienten. Det är distriktssköterskan skyldighet att uppmärksamma obalans mellan mål och kapacitet hos patienten. Människor agerar alltid i miljön. Miljön kan kompensera för en bristande kapacitet men också utgöra ett hinder för att uppfylla målen. (16).

För att kunna ge en bra omvårdnad krävs att distriktssköterskans arbete bygger på humanistisk människosyn, dvs. betona att människan har en grundläggande frihet som gör henne skyldig till att ta eget ansvar för sitt liv. Distriktssköterskans skyldighet är att värna om och främja respekt för människovärde. Människovärdet är konstant, kan inte graderas och varierar inte heller efter kön, klass, social ställning och liknande (17). Distriktssköterskan ska ge patienten möjlighet att delta i beslut och genomförande av sin omvårdnad (17). Distriktssköterskan behöver ha förståelse för att patientens kunskaper bygger på hennes/hans livserfarenheter medan i motsats till dem egna hon/han fått genom utbildning och yrkeserfarenheter (18). Kvalitetssystemet på arbetsplatsen skall innehålla rutiner som säkerställer att distriktssköterskan underhåller den utbildning, erfarenhet och kompetens som behövs för att utföra tilldelade uppgifter och att det finns möjlighet till kompetensutveckling och fortbildning av personalen med hänsyn till kraven på verksamheten (19). Hälso- och sjukvårdslagen betonar att patienten har förstahandskunskap om sig själv och sin situation och har rätt att efter förmågan delta i sin egen vård. Patienten skall ses som autonom; en självständig individ som har ansvar för sitt liv (20).

I det hälsofrämjande arbetet skall sjuksköterskan vara medveten om skillnader i uppfattningar om den förändrade hälsosituationen och möjliga konsekvenser för patientens livssituation. Hälsofrämjande samtal kräver att sjuksköterskan använder sig av sin pedagogisk kompetens samt är uppmärksam på patientens behov av förståelse och motivation för förändrad livsstil (21).

KUNSKAP

Kunskapsbegreppet omfattar allt som främjar människans strävande efter mening, och de färdigheter som människan lär sig för att bemästra sin tillvaro. Vardagskunskap inkluderar människans personliga erfarenheter och är knuten till den kultur och miljö som omger honom/henne (22).
Dahlgren (23) indelar kunskap i tre kategorier: förmåga att benämna företeelser i tillvaron, förmåga att förstå företeelsers natur och förmåga att agera med utgångspunkt från olika företeelser i omvärlden. Patientens handlande påverkas av känslomässiga, kulturella och sociala sammanhang. Kunskap som inte har någon personlig mening för patienten och inte heller passar i den verklighet han lever i kan inte tillgodogöras och inte heller leda till förändrat sätt att förhålla sig till sjukdomen (23). Att veta och förstå är grundläggande mänskliga behov. Lärandet påverkas av patientens motivation för att lära in (24).

PATIENTUNDERVISNING

Patientundervisning syftar till att främja patientens lärande och förändring. När undervisning strävar efter att förbättra patientens hälsobeteende och hälsostatus kan förändringen innefatta även förändring av patientens attityder (26). Patientundervisning utgår från att både sjuksköterska och patient har unika kunskaper som handlar om samma fenomen, dock utifrån olika perspektiv. Lärandet påbörjas inifrån patienten, men sker då patienten deltar aktivt i samarbete med sjuksköterska (26). Förståelse och agerande måste skapas med hänsyn på patientens villkor och detta kräver att utrymme ges för att öppet diskutera de medicinska och icke medicinska sätt att titta på sin sjukdom. Öppen diskussion gör att olika synsätt konfronteras och detta kan öppna möjlighet till reflexion (23). Patientens egen beskrivning ger en klar bild av hur mycket patienten förstår och visar även om sjuksköterska och patient har samma uppfattning om vad som är patientens problem. Ofta beskrivs patientutbildning i termer som att lära ut, informera, meddela eller upplysa. Vilket kan avspegla en ytlig kunskapssyn av kvantitativ karaktär och inte säga så mycket om hur undervisning ska gå till (23). Patientundervisning ses som

ett lärande möte som utmärker sig av att patienten blir sedd, bekräftad och hörd. Detta är nödvändigt för att patienten ska fatta rationella beslut, genomföra och utvärdera de (24). För att undervisning ska resultera i det lärande som eftersträvas krävs det att sjuksköterskan kan känna in andras tankar och känslor, har kommunikativ förmåga samt förmåga till inlevelse och att känner sig själv (24).

KOMMUNIKATION

Kommunikation handlar om det verbala uttrycket men även om kroppsspråket. Patienten som möter vården saknar förmåga att bota sin sjukdom och detta betyder att han/hon möter vården ur ett underläge. Sjuksköterskan befinner sig i en överlägsen position, oavsett om hon beter sig eller upplever situation på det sättet. Sjuksköterskan ska uttrycka sig så att patienten förstår (24). Empati, vänlighet, aktivt lyssnande, låta patienten styra samtalet, uppmuntran, bekräftelse, mottaglighet för patientens frågor samt förklaring är verbal och icke-verbal kommunikation som hjälper patienten planera och genomföra handlingar som tillhör det dagliga livet (15). Sjuksköterskan kan förbättra kommunikation med patienten genom att välja ett patientcentrerat förhållningssätt (25). Negativa behandlingsresultat förknippas ofta med kommunikation som enkelriktad flöde av information från patienten (insamling av information utan återkoppling), dominans, irritation och avbrott (15.) Maktförhållande gör det svårt att uppnå en hög nivå av begriplighet och ärlighet i kommunikationen (27). En bra kommunikation kräver öppenhet för den andres argument (24). Sjuksköterskor som använde sig av patientcentrerad kommunikation kan hjälpa patienten att verbalisera deras bekymmer; sjuksköterskan kunde på så sätt förstå patienten bättre (28). Kommunikation mellan två vuxna, på samma nivå, inte som mellan patient och sjuksköterska, ger patienten intryck av att vara unik. Patienten vill inte bli behandlad som någon som gör fel (21). En god kommunikation som är patientcentrerad ger patienten utrymme att berätta om egna upplevelser och erfarenheter och ger utrymme att diskutera vilken egenvård ska patienten genomföra. På så sätt ökar sannolikhet att patienten fullföljer sin behandling (21). Öppna frågor ger möjlighet till ett berättande svar. Bekräftelse, öppna

frågor, reflektioner, sammanfattningar hör till grundläggande färdigheter inom kommunikations (29).

FÖLJSAMHET (COMPLIANCE)

Haynes (1979) definierar begreppet följsamhet, som i vilken utsträckning en persons beteende sammanfaller med medicinska ordinationer, avseende såväl medicinering som livsstil (23). Bristande följsamhet ses som kollision mellan de konkurrerande kraven från medicinska miljön och från det vardagslivet som innefattar arbete, sociala livet, familjelivet och fritid (23). Studier har inte kunnat påvisa något samband mellan ökad kunskap om sin sjukdom och förbättrad följsamhet. Några samband mellan, kön, ålder eller utbildning ses inte heller (23) För att kunna förstå ickeföljsamhet från en patients perspektiv innebär att förstå logiken bakom patientens handlande. Följsamhet kan bero på flera olika faktorer:

- sjukdomens allvar.
- i vilken grad behandlingen stör patientens livsmönster och vanor.
- patientens tilltro till behandlingen.
- personlighets- och sociala faktorer.
- relation mellan vårdpersonalen och patienten (20)

Följsamheten minskar om patienten måste göra stora förändringar i sitt livsmönster. Vissa studier visat att patienten väljer att följa de delar av behandlingen som är minst svårt att acceptera. Följsamhet påverkas av patientens självförtroende. Det betyder i vad mån patienten tror sig vara kapabel att utföra visst beteende. Patienten kan ha stark tro att behandling är rätt men inte tror sig klara av den. Förbättrad relation mellan patient och sjuksköterska ökar följsamhet (20). Att arbeta mot mål ökar patientens självförtroende. Realistisk målsättning är viktigast i början för att misslyckande kan minska patientens motivation. Målen ställs av patienten och inte av sjuksköterskan (29).

EMPOWERMENT

Empowerment betyder maktmobilisering och jag-förstärkning och ger patienten möjlighet att utveckla sin egen förmåga att bemästra sin livssituation. Processen utgår från patienten och hans egna önskemål och målet är att öka patientens motivation för att ta ansvar för sin hälsa och utveckla strategier för att påverka omgivningsmiljö och ha en inre känsla att han/hon vill och kan. Patienten ska uppmuntras att ta egna beslut. Sjuksköterskan ska inte ta över beslutfattande, inte heller komma med moraliska pekpinnar. Detta motverkar självständighet. Att koncentrera sig på patientens svagheter, ignorera hans/hennes ansträngningar, försöka motivera genom att skapa skuldkänslor och oro gör att patienten får en mer negativ självbild (18,30). Antonowskys teoretiska modell, KASAM, lämpar sig bra för att förstå hälsoproblematik. För att patienten ska uppleva KASAM, känslan av sammanhang, skall situationen vara begriplig för henne/honom. Patienten ska ha tro och ha hopp att kunna hantera den och tycka att det är meningsfullt med att försöka att hantera den. Känsla av sammanhang har högt och positivt sammanband med patientens självkänsla – self efficacy (1). Health action modell betonar betydelsen av empowerment. Modellen bygger på att patienter med god självkänsla är mer motiverade till en hälsosam livsstil (18).

MOTIVERANDE SAMTAL – MI

MI betyder motivational interviewing och grundades av två psykologer, William Miller och Stephen Rollnick. Motiverande samtal är en målinriktad metod för kommunikation med avsikt att stärka personlig motivation för förändring genom att utforska och framkalla patientens egna argument för förändring. Ansvaret för förändring ligger hos patienten. Den här formen av utbildning handlar om att hitta och locka fram motivation till förändring (29). Allmänna principer för MI är enligt följande:

- uttrycka empati.
- utveckla diskrepans.
- ändra strategi vid motstånd undvika att argumentera.
- utveckla tilltro till att kunna genomföra förändring (29).

Att utrycka empati betyder reflektivt lyssnande för att försöka förstå patientens känslor utan att döma eller skuldbelägga patienten. Det är viktigt att förstå och acceptera patientens perspektiv fastän man inte håller med. Lyssnandet bygger på respekt för patienten. Att acceptera och respektera stödjer patientens självkänsla och främjar förändring. Ambivalens ses inte som något patologiskt som hindrar förändring. Motstånd är att förvänta sig i motivationsarbete, annars hade patienten genomgått förändring själv tidigare (29).

Motiverande samtal är avsiktligt styrande mot att lösa ambivalens. Målet är att förstärka diskrepans mellan det nuvarande beteendet och patientens mål och önskningar. Diskrepans har att göra med angelägenhetsgrad för förändring. Att väga beteendes negativa och positiva sidor mot varandra kan hjälpa patienten att börja överväga andra alternativ (29). När patienten pressas att genomföra förändring uppstår en känsla av tvång. I MI är det vanligt att vända problem eller fråga tillbaka till patienten. På så sätt kan patienten själv hitta svaga punkter i varje idé. Sjuksköterskan vid motstånd byter strategi och på nytt involverar patienten i processen för att hitta nya lösningar på dennes problem. Motstånd betraktas som signal till att byta förhållningssätt och strategi (29).

Det är viktigt att känna till patientens uppfattning av angelägenhetsgrad för förändring och patientens tilltro till sin egen förmåga, upplevelse av självkompetens och att kunna genomföra förändring (29).

MI bygger på att sjuksköterskan arbetar patientcentrerad, med att minska patientens motstånd att förändra sitt beteende och på så sätt hjälpa patienten att öka beredskapen för att kunna påverka sitt liv. Sjuksköterskan får inte heller vara dömande i sitt samtal. Öka patientens upplevda diskrepans till förändring. Engagera sig i ett reflekterat lyssnande och framkalla ett förändringssamtal. Utforska ambivalens och lyssna empatisk samt skapa förtroende. Det går att säga att ökade nivåer av förändringssamtal och minskade nivåer av motstånd är beroende på hur öppen eller konfronterande rådgivningsstil som används (29).

Efterföljande beteendeförändring kommer att vara omvänt relaterad till graden av i vilken utsträckning patienten utrycker argument mot förändring (motstånd) under MI (31). Resultaten tyder på att personer med positiva attityder och

höga nivåer av självförtroende är mer benägna att engagera sig i ett fysiskt aktivt beteende (32). MI har visat sig ha signifikant effekt på minskning av BMI och blodtryck, minskad alkoholanvändning och minskad saltintag (33,34).

OREMS OMVÅRDNADSTEORI

Orem ser en människa som fri, rationell och problemlösande varelse. Grundläggande drag hos människan är förmågan att lära och att begagna sig av dessa kunskaper i utövandet av egenvård. Enligt Kirkevold definerar Orem egenvård som *utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande* (s.150, 35). I första fasen, värderingsfasen, klargör sjuksköterska handlingar som behövs för att säkerställa hälsa och välbefinnandet. I andra fasen, planeringsfasen, ingår planering för kontinuerligt utförande av dessa handlingar. Den sista fasen består av genomförande av beskrivna handlingar. Omvårdnadsbehov indelas i universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. Förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande tillhör till de universella behoven. De utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven kan vara knutna till de behov som uppstår till följd av specifika utvecklingsrelaterade händelser. Hälsorelaterade behoven föreligger hos personer med hypertoni (35). Här identifierar Orem egenvårdsbehov som:

- söka adekvat medicinsk hjälp vid sjukdom.
- vara medveten om att hantera effekter och resultat av patologiska tillstånd, inklusive konsekvenser för den egna utvecklingen.
- genomföra ordinerade åtgärder på ett effektivt sätt.
- reglera obehagliga eller skadliga effekter av medicinsk behandling.
- finna livsstil som befordrar vidare personlig utveckling (35).

Egenvårdsaktiviteter som behöver utföras för att tillgodose individens universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade behov summeras i begrepp egenvårdskrav. Distriktssköterska behöver titta på förhållande mellan olika egenvårdsbehov, inverkande faktorer som kön, ålder, levnadsförhållande samt vilka metoder som krävs för att tillgodose behoven. Ålder, hälsotillstånd, utbildning och kunskaper, livserfarenhet, resurser och kulturmönster ser Orem som grundläggande styrande faktorer. Patientens

egenvårdskapacitet beror kunskaper och motivation. Obalans mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav betecknas som egenvårdsbrist och är knuten till begränsade kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut samt begränsad förmåga att utföra handlingar som kan ge resultat. Egenvårdskapacitet gäller både patienten och distriktssköterskan. För att kunna producera effektiva omvårdnadssystem krävs det kreativ tolkning och handling, vilja, motivation för att utföra omvårdnad samt färdigheter från distriktssköterskan. Hos patienter med hypertoni kan distriktssköterska använda sig av Orems stödjande och undervisande omvårdnadssystem enligt vilket består distriktssköterskans hjälpmetoder av stöd, vägledning, skapande av utvecklande miljö samt undervisning. Målet med omvårdnad är att patienten själv ska kunna utföra sådana funktioner som tillgodoser hans egenvårdsbehov och befordrar hälsa och välbefinnande genom hela livscykeln. Egenvårdsteori bygger på patientens förmåga och motivation som krävs för målinriktad handling i syfte att förebygga sjukdom och främja hälsa eller att utföra åtgärder som motverkar sjukdom. Sjuksköterska ska i sin yrkesutövning använda sig av giltiga och pålitliga teorier för att uppnå fastställda målen (35).

SYFTE

Syftet med aktuell studie var att beskriva hur distriktssköterskan genomför ett samtal med en patient med högt blodtryck för att motivera till livsstilsförändringar.

METOD

URVAL

Vårdcentraler med hypertonimottagning söktes på www.eniro.se. Information till enhetschefer skickades via brev eller e-post till 9 vårdcentraler som uppfyllde kravet på att ha arbetat med hypertonipatienter som målgrupp. Sex distriktssköterskor från sex olika vårdcentraler svarade inom två veckor. Tre vårdenhetsansvariga på tillfrågade vårdcentraler svarade att det inte fanns

möjlighet att medverka i studien pga. tidsbrist. Inklusionskriterier för deltagande i studien var sjuksköterskor med distriktssköterske- vidareutbildning, som arbetar med att motivera patienter med hypertoni till förändrad livsstil. Genomgången grundutbildning i motivational interviewing var inget krav. Alla tre intervjupersoner var kvinnor. I tabell 1 redovisas de distriktssköterskor som intervjuades.

Tabell 1. Respondenternas yrkeserfarenhet och utbildning

DSK 1 (distriksköterska)	Arbetat som DSK i 5 år	Har ej gått motivationsutbildning	49 år gammal
DSK 2	Arbetat som DSK i 9 år	Motivationsutbildning år 2009	51 år gammal
DSK 3	Arbetat som DSK i 15 år	Motivationsutbildning år 2007	47 år gammal

DATAINSAMLING

Studien genomfördes i form av kvalitativ, icke standardiserad intervju. Deltagarna blev uppringda eller kontaktade via e-post för att diskutera plats för intervjun och eventuella frågor. Intervjuaren vinner på att god tid avsätts till att diskutera intervjuns ramar. Intervjuaren skall inte behöva känna sig pressad. Det måste finnas tid för tystnad och reflektion. Rummet bör vara skyddat från intrång, telefoner och störande ljud (37). En öppen fråga; *Kan du berätta för mig hur du genomför samtal med hypertonipatienter för att motivera dem att förändra sina levnadsvanor (se bilaga 1)*, ställdes för att få en så spontan information som möjligt (36). Den öppna frågan innehöll en riktning mot det som skulle studeras (36). För den här studien var grand tour, den stora resan, relevant att använda för att be respondenten rekonstruera betydelsefull del av erfarenheter av hur samtal till motivering av livsstilsförändringar genomförs (36). Deltagarna uppmuntrades till att uttrycka underliggande attityder,

värderingar och uppfattningar för att undvika att intervjuaren får de svar som deltagarna tror att intervjuaren förväntar sig (36). Uppföljningsfrågor ställdes då svar bedömdes som ofullständiga.
Intervjuerna bandades för att underlätta databearbetning (36). Att bli intervjuad innebär alltid anspänning (37). För att minimera anspänningen var klar och tydlig struktur ram önskvärt (37).
Alla tre sjuksköterskor valde att genomföra intervjun på deras arbetsplats. Tidpunkten för intervjun valdes så att respondenten och intervjuaren kunde prata ostört. Insamlad bandat material överfördes till skriftlig text efter varje genomgången intervjun. I texten markerades alla paus, icke lingvistiska drag, gester, ansiktsuttryck och kroppsrörelser för att göra tolkningen meningsfull (36). Efter utskrift av den skriftliga texten utfördes, raderades banden.

ANALYS AV DATA

Den metodologiska ansatsen var induktiv. Det innebär att texten analyseras förutsättningslöst. Kvalitativ innehållsanalys användes för att bearbeta data (38). Alla tre intervjuerna analyserades samtidigt. Intervjuerna uppdelades i stycken. I första stycket ingick svaret från den intervjuade innan kompletterande frågor ställdes. Varje intervju kompletterades med tre frågor (se bilaga 1). Varje svar på varje kompletterande fråga gjordes till ett nytt stycke. Motsvarande stycken från alla tre intervjuer analyserades samtidigt. Analysen började genom att läsning av texten noggrant upprepade gånger för att få en känsla av det hela (38). Första intryck och första analyser antecknades. Dessa första analyser kom direkt från texter och kallades för meningsenheter (38). Meningsenheterna valdes lagom stora för att vara hanterbara och samtidigt undveks att meningsenheterna rymde flera betydelser (38). För att göra texten kortare kondenserades meningsenheterna men målet var dock att behålla det centrala innehållet. Kondenserade meningsenheter benämndes med en kod. Koden beskrev kortfattat varje kondenserad meningsenhet (38). Etiketter med koder har skapades för att sedan kunna lättare sortera dessa i kategorier. Kategorier baserades på hur olika koder relaterade till varandra. Ingen information från någon av dessa tre intervjuer kastades bort eller undveks medvetet att analyseras. Under hela analysprocessen fanns det strävan att arbeta med abstraktion och inte arbeta

alltför nära texten, så helheten gick förlorad. För att binda samman alla kategorier har ett tema växt fram. Temat svarar på frågan "hur?" och återkom som en tråd av mening i varje kategori (38). I tabell 2 presenteras exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder samt kategorier.

Figur 1. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder och kategorier

Jag försöker utgå från patienten, hur det ser ut för honom, hur han har det	Utgår från patientens situation	Att se patienten som en unik individ	Skapa samarbetsrela tion
Försöker att inte vara den som vet bäst, lyssnar på patienten och utgår från patientens situation	Lyssnar, försöker inte vara den som vet bäst	Använda sin kommunikativa kompetens	Skapa samarbetsrela tion

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Deltagande i ett forskningsprojekt måste vara frivilligt och deltagarna måste vara informerade. Skriftligt samtycke skall inhämtas från deltagarna (39). Deltagarna ska ha fått tillräcklig information om studiens syfte och dess metod och samtidigt informerats om sin rätt att avstå från att delta i studien och att när som helst kunna avbryta sitt deltagande. Deltagarna har, efter att de informerats och tillfrågats om medverkan i studien. Efter positivt svar lämnade de sitt skriftliga samtycke till deltagandet. All information behandlades konfidentiellt för att minimera den inverkan studien kan ha på deltagarnas fysiska och psykiska integritet och personlighet (40). Eftersom deltagarna i studien är anställda och inte patienter, behövdes det inget godkännande från

medicinsk etisk kommitté (39). Nytta med studien kan ses i att respondenternas tankar och erfarenheter kan hjälpa andra distriktssköterskor i deras arbete med patienter som motiveras till livsstilsförändringar.

RESULTAT

I data framkom 13 koder. Koderna grupperades i tre kategorier: skapa samarbetsrelation, mobilisera patientens krafter och arbeta i team. I alla kategorier upprepades vikten av att utgå från patienten, att hitta patientens nivå, det vill säga att ha patienten i centrum. Patienten behövde utrymme för att kunna prata öppet. I patientcentrerade samtal användes inga slutna frågor. Öppna frågor kunde hjälpa sjuksköterskor identifiera patientens känslor och tankar. Reflekterande frågor användes för att underlätta för patienten att upptäcka och väga nackdelar och fördelar med sitt beteende och på så sätt skapa en väg till förändringar. Samtalen var tidskrävande om patienten saknade motivation till livsstilsförändringar.

Tabell 3 Presentation av framkomna koder, kategorier samt studiens tema.

Koder	Kategorier	Tema
Att skapa förtroende och trygghet Att använda sin kommunikativa kompetens Att se patienten som en unik individ Att höja patientens kunskapsnivå Att undvika att koncentrera sig på det negativa Att inte ta över beslutsfattande Att inte komma med pekpinnar	**Skapa samarbetsrelation**	**Patientcentrerade samtal är grundläggande**
Att få patienten att bilda sig egen syn på problemet Att hjälpa patienten att se beteendets negativa och positiva sidor Att skapa känsla av empowerment Att inte tvinga fram förändring Att ge patienten tid att fatta egna beslut	**Mobilisera patientens krafter**	
Att få hjälp från andra professioner förutom läkare Att samarbeta med läkare	**Arbeta i team**	

SKAPA SAMARBETSRELATION

I den här kategorin ingår koder som: skapa förtroende och trygghet, använda sin kommunikativa kompetens, se patienten som en unik individ, höja patientens kunskaps nivå, undvika att koncentrera sig på det negativa, ta inte över beslutsfattande och inte komma med pekpinnar.

Skapa förtroende och trygghet

I data framkom att det var viktigt att skapa en partnerliknande och förtroendefull relation. Respondenterna menade att det gynnade samtalet om patienten kände sig trygg.

"jag menar inte att vi måste bli kompisar, men patienten ska känna sig trygg ... det behövs mycket empati ... det blir lättare för dem att prata..."

Använda sin kommunikativa kompetens.

Sjuksköterskorna använde sig under samtalet av sin kommunikativ och pedagogisk kompetens. Sjuksköterskor ställde inga slutna frågor. Öppna frågor och reflekterande frågor var lämpligaste för att skapa en bra samarbetsmiljö.

"Försöker att inte vara den som vet bäst, lyssnar på patienten och utgår från patientens situation..."

Distriktssköterskorna som fått utbildning inom motiverande samtal tyckte det ökade deras förmåga att konstruktivt genomföra samtal om livsstilsförändringar. En av deltagarna som inte hade utbildning i motiverande samtal använde inte heller slutna frågor. Att utveckla sin förmåga att kommunicera och reflektera över redan utförda samtal gjorde att sjuksköterskorna kände sig tryggare med sig själva.

"jag reflekterar alltid över hur det har gått, vad som var bra och vad som gick mindre bra ... för att ibland kan man känna sig helt misslyckad ... man blir bättre med tiden", " det hjälper att konsultera med andra och be om deras åsikt", "utbildningen är viktigt, det finns bra möjligheter på min arbetsplats, jag har gått motiverande samtal och det var verkligen bra"

Se patient som en unik individ

Sjuksköterskorna använde sig av hälsoprofil, frågor angående kostvanor, motionsvanor, viktkontroll, rökning, alkoholvanor och stress. Detta för att kartlägga patientens situation och utarbeta handlingsplan för nästa möte. Det fanns färdiga mallar för motiverande arbete att använda sig av, men de försökte utgå från patienten. Att se hans/hennes situation och hitta hans/hennes nivå, var hon/han befinner sig var av vikt. Genom att be patienten att berätta om hur mycket kunskap han/hon hade om sambandet mellan hypertoni och hjärt-kärlsjukdomar och om livsstilsfaktorer som påverkar själva sjukdomen skaffade sig sjuksköterskorna en bild av vilka strategier som var lämpliga att använda sig av i motivationsarbete. Att acceptera patienten och försöka förstå hans egen perspektiv var grunden i sjuksköterskans arbete med hypertoni patienter.

"det hjälper mig om jag försöker sätta mig i hans situation... hur skulle jag reagera..."

Samtalet behövde anpassas till varje patient. Patienterna sågs som olika individer med olika bakgrund, olika kunskaper och olika kulturer. Sjuksköterskorna anpassade samtalet efter patientens synvinkel.

"varje patient är unik, jag behöver hitta hans nivå och börja därifrån..."

Genom att ställa reflekterande frågor undersökte sjuksköterska hur mycket motivation patienten behövde. Patienten som kom till besöket och redan ville förändra sina vanor behövde inte motiverande samtal. Här använde sig sjuksköterska av vägledande och rådgivande samtal. Dessa samtal krävde inga långa besök. Patienten gavs här verktyg till att genomföra förändringar i sina levnadsvanor.

"den enklaste patienten är den som redan är motiverad, vill gå ner i vikt och röra på sig ... behöver bara skjuts på vägen"

Höja patientens kunskapsnivå

Sjuksköterskorna menade att felaktig livsstil många gånger handlade om okunskap. För att kunna leda patienten till livsstilsförändringar behövde de öka patientens kunskap om sjukdomen och olika riskfaktorer, antingen genom

undervisningsmaterial och/eller muntlig undervisning, helst båda. Patienten var välkommen tillbaka till när han har läst materialet. För en av sjuksköterskorna var det viktigt att visa sig utanför vårdcentralen. Det var också viktigt att brinna för sitt arbete.

"jag vill inte att de skaffar sig kunskap via damtidningar om hur man går ner i vikt ..., det är vi som sitter med kunskap, de måste tro på oss om vi ska kunna hjälpa de ... vi ska komma ut och erbjuda allmänheten att kontrollera blodtrycket ... det behövs mycket engagemang ..."

Undvika att koncentrera sig på det negativa

Sjuksköterskorna menade att påpeka brister och lägga betoning på det som patienten inte bör göra hindrade produktiv kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Vissa patienter var nöjda med sina vanor och upplevde inte hypertoni som sjukdom. Att lyfta upp det negativa kunde öka motstånd hos patienten. Sjuksköterskorna föredrog att skapa bättre kontakt med patienten genom att fråga patienten om vad som var bra för honom/henne med t.ex. rökning eller onyttiga matvanor istället för att prata om alla negativa konsekvenser av dessa vanor.

Ta inte över beslutsfattande

Samtalet riktades mot att få patienten att fatta egna beslut. Att undvika att lyfta upp det negativa med patientens beteende och inte själv komma med förslag om vad som skulle vara bäst för patienten är ett bra sätt att kunna samtala öppet med patienten.

"Det finns de som inte alls är på det spåret och då får man tänka på att de inte känner att någon bestämmer över de, de måste se problemet själva"

Inte komma med pekpinnar

Sjuksköterskorna tyckte att de var vana att arbeta på ett undervisande sätt och att det ingick i deras roll. Det var lätt att hamna i det gamla, att sitta där och predika utan att reflektera över om patienten har tagit emot information eller inte. En av sjuksköterskorna tyckte att det var lättare att undvika detta efter det

hon kom till insikt med att det inte var hon som skulle bry sig om att patienten har hypertoni, det är patienten som måste bry sig.

"Jag har slutat med det gamla sättet att ge råd, sitta här och mata de med information... det är inte jag som ska bry mig det är de som behöver bry sig om sin hälsa, de måste förstå at det är de som har problem, inte jag"

MOBILISERA PATIENTENS EGNA KRAFTER

I den här kategorin ingår koder som: få patienten att bilda sig egen syn på problemet, hjälpa patienten att se beteendets negativa och positiva sidor, skapa känsla av empowerment, inte tvinga fram förändring, ge patienten tid att fatta egna beslut.

Få patienten bilda sig egen syn på problemet

Sjuksköterskorna använde referenstabeller för t.ex. blodtryck, blodfetter och BMI för att ge patienten mer realistisk syn på sin hälsa. Det behövdes för att få patienten att inse att det behövs förändringar.

"jag börjar alltid med att visa på dator och på papper, det blir lättare att förstå att någonting inte är bra... ser man det på papper ... det fungerar bättre än om jag bara pratar..."

När patienten gick från besöket utan att han visade någon vilja till förändring kunde detta uppfattas som ett misslyckande. Dock tyckte alla sjuksköterskorna att det var bättre att acceptera patientens vilja att fortsätta med sina farliga levnadsvanor.

"Jag tycker att jag gjorde vad jag kunde. Det kan vara kemin som inte stämmer. Det känns ändå viktigt att öka deras kunskaper om deras hälsa, då kan de fatta sina beslut, de kan grunda på något... ibland dröjer det ett år och så kommer de tillbaka och då är det ett annat utgångsläge"

Hjälpa patienten att se beteendets negativa och positiva sidor

Sjuksköterskorna strävade under samtalet efter att patienten själv skulle upptäcka vilka positiva och negativa sidor deras beteende hade. Det var värt

att få fram budskapet trots att patienten inte samtyckte redan på första besöket. Alla tre sjuksköterskorna kallade detta till att "så ett frö". Det handlade om att få patienten att se sambandet mellan sitt beteende och de hälsorisker som beteendet orsakar. Det var viktigt att under samtalet arbeta med patientens attityder inte med själva beteendet. Patienten måste inse behovet av förändring själv.

Skapa känsla av empowerment

Sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att skapa förtroende för dem hos patienten, men strävade efter att förstärka patientens självförtroende och undvek att skapa ett beroende.

"jag träffade honom en gång i veckan sen fick jag avsluta för att jag inte ville utveckla vad kan man säga ett behov, han ville fortsätta med sina besök men vi fick sluta efter det 7-e eller 8-e för att det är så att de ska lita på sin egen kraft, det är inte så att de ska bli beroende på den andra personen så jag gjorde ett års uppföljning..."

Sjuksköterska hjälpte patienten att ställa målen så att de blev mätbara och realistiska att uppfylla. Att uppfylla målen motiverade till att fortsätta med livsstilsförändringar.

"... och en som redan är ganska aktiv i sitt vardagsliv men kanske inte direkt fysisk aktiv så att man går någonstans och medvetet motionerar och sånt här ... då kanske det där är målet att man ska börja promenera två gånger i veckan ... och så småningom varje dag. Det finns de som naturligtvis inte rör sig kanske i huvud taget, det kan vara ont i knän, höft och åker bara med bil och det blir helt annat läge, får man börja där så klart, promenera 5 min varje dag eller ... det kan vara väldigt olika... ibland kan det vara att det ena ger det andra, går man ut och går .. börjar man upptäcka att man mår bättre.."

Inte tvinga fram förändring

Sjuksköterskorna undveks att skynda på processen och väntade tills patienten själv kom och berättade om hur det kändes att lyckas med förändringar. När

patienten lyckades med små förändringar, blev det lättare att fortsätta med fler förändringar.

Ge patienten tid att fatta egna beslut

Samtalen var ganska mycket tidskrävande och planerades ta mellan 45 minuter till en timme. Genom att ge patienten den tid han/hon behövde ökade möjlighet till att genomföra de förändringar som patienten själv beslutade och på så sätt förstärktes patientens självförtroende. Målet med detta var att få patienten att känna sig trygg med sig själv och fortsätta med de nya levnadsvanorna i framtiden.

ARBETA I TEAM

I den här kategorin ingår koder som: få hjälp från andra professioner och samarbeta med läkare.

Få hjälp från andra professioner förutom läkare

När sjuksköterskorna pratade om olika livsstilsfaktorer kunde det ofta uppstå känsliga situationer. Samtalet om livsstilsförändringar väckte alltid många etiska funderingar. Att ställa öppna frågor som "vad tycker du", "hur känns detta för dig" kunde leda till känslomässiga reaktioner. Patienterna började ibland prata om problem eller upplevelser som sjuksköterskorna tyckte sig sakna kompetens för att kunna hjälpa patienten. I dessa situationer vände sig sjuksköterskor till andra professioner som t.ex. kurator eller dietist.

Samarbeta med läkare

En sjuksköterskas samtal byggde på det som läkare redan påbörjade att prata om med patienten. Enligt henne var läkarens ordination till levnadsförändringar mycket värdefull. Hon tyckte att det underlättade hennes arbete för att patienten redan fått information om hans hälsotillstånd och vilka faktorer som påverkade hans sjukdom.

"Jag vill helst ha en ordination från läkare, att han pratar om livsstilsförändringar redan när han träffar patienten första gång, det gör mitt arbete lättare, det blir samarbete på ett annat sätt... "

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Att välja intervju som metod för datainsamling har fallit sig naturligt. Kvalitativa intervjuer är ett kraftfullt verktyg som kan öppna möjligheter att få insyn i sjuksköterskornas motiverande arbete. Innehållsanalys användes för att analysera data med syfte att ge nya insikter och ge praktiska strategier som sjuksköterskan använder sig av i sitt arbete med hypertonipatienter (50). Forskaren var oerfaren intervjuare och det var lite dålig kvalitet på vissa av de inspelade banden. Det hade varit bra att testa inspelningen i förväg och bekanta sig bättre med instrumentet (50). Att transkribera intervjuer är ett krävande arbete och på grund av bandets dåliga kvalitet blev transkribering ännu mer tidskrävande.

Intervjuade sjuksköterskor valde att bli intervjuade på sina arbetsplatser då det kändes naturligt att prata om sitt arbete just där de brukade träffa patienterna för motiverande samtal till livsstilsförändringar. Forskaren var mycket fokuserad och närvarande vid varje intervju för att upptäcka också det som inte sades verbalt.

Tolkning av data krävde kunskap i form av studerande av befintlig litteratur, tänkandet och omfattande förberedelser föra att kunna ta till sig textens flera betydelser och olika perspektiv. Forskaren har stått inför utmaning att gripa en känsla av det hela, extrahera viktiga data, upptäcka mening bortom fakta och slutligen rekonstruera berättelser på en övergripande nivå. Utmaningen under analysarbetet var att fokusera på kärnan i intervjuerna. Abstrakt tänkande och intuition var viktigt för att skapa tydliga och entydiga begrepp (51). Detta kan vara en av fallgroparna vid kodningen; att det är forskaren som ger mening åt data och tänker abstrakt. Forskningsfrågan var en vägledning under analysarbetet. Forskaren hade ingen erfarenhet från motiverande arbete av hypertonipatienter vilket minskade risken för kodning av data i form av subjektivt förutfattade meningar (52).

Forskaren utmanades till att behålla det unika i varje enskild intervju genom att respektera de intervjuades särskilda skildring av deras berättelser (52). En av

intervjuade var icke svensk och här var forskarens bakgrund ett hjälpmedel vid överföring av berättelser till skrift och underlättade abstrakt tänkandet. Olika bakgrund kan leda till att avsändare och tolkare uppfattar en text olika (53).

Meningsbärande enheter, kategorier och tema har presenterats i resultat för att erbjuda grundlig tolkning av intervjupersoners värld. Citat användes för att ge resultatet mer trovärdighet. Forskaren har arbetat ensam vilket kunde ses som en nackdel eftersom lagarbete hade gett större möjlighet att se data från flera perspektiv och få flera kreativa och tänkvärda inblickar i fenomenet (51).

Innehållsanalys upplevdes som en lämplig metod för forskaren som var oerfaren då den besvarade forskningsfrågan. Genom att använda sig av innehållsanalys strävade forskaren efter att inte bara sammanfatta innehållet av berättelserna utan också bidra till en bättre insikt i forskningsfenomenen. Innehållsanalysen kunde anpassas till forskarens erfarenhet och kunskap som sågs som en fördel (38).

Den kvalitativa metoden The Critical Incident" hade varit en annan möjlighet för att beskriva fenomenet. Denna metod hade kunnat belysa skillnader i motiverande arbete om sjuksköterskor med motivationsutbildning jämfördes med dem som inte arbetade enligt motivation samtals teknik. Även fler deltagare med olika bakgrund, yrkesmässigt men även kulturellt hade ökat studiens trovärdighet. Två av sjuksköterskorna som ingick i denna studie hade motiverande utbildning och den tredje hade, trots att hon inte gått utbildningen, erfarenhet av motiverande arbete från sina tidigare placeringar.

Beroende på tidsbrist har det analyserade materialet inte skickats till intervjuade sjuksköterskor för erkännandet av resultat. Detta skulle också ha ökat resultatets trovärdighet.

En begränsning i studien var att endast tre deltagare ingick, men det var ont om tid och därför ingick i studien bara de sjuksköterskor som svarade och visade intresse först. Studien får ses som en pilotstudie.

RESULTATDISKUSSION

Sjuksköterskorna i aktuell studie utryckte att deras sätt att arbeta med patienter med hypertoni som behövde motiveras till livsstilsförändringar förändrades efter genomgången utbildning i motivational interviewing. Studier visar att sjuksköterskor inte längre har en roll av en expert vars funktion är att ge råd, undervisa och på olika sätt övertyga patienten att ändra sitt beteende och förändra sina levnadsvanor. Det traditionella rådgivningssättet placerade sjuksköterskan i en expertroll och patienten i position där han/hon fick acceptera råd som ges. Patienten som inte accepterade råd visade direkt motstånd eller indirekt i form av bristande följsamhet (41). Sjuksköterskans yrkesroll snarare är att stimulera patientens tänkande, stödja patienten genom processen för beslutsfattande och kanske beteendeförändring. Sjuksköterskans arbete ska leda till att främja patientens egenvård. Patienten ses som expert på sitt beteende och det är patienten som ska ta ansvar för de ändringar som görs. Det handlar om att hjälpa patienten att hjälpa sig själv. Sjuksköterskan skall framstå som neutral och undviker att ge oönskade råd. Detta betraktas som underlättande förhållningssätt som på ett naturligt sätt hjälper patienten att förändra sitt beteende. Att stödja patientens självtillit är en central princip inom motiverande samtal med syfte att öka patientens tro på hennes/hans förmåga att ändra sitt beteende (41,42).

Alla tre sjuksköterskor såg patient som en unik individ. Att ha patient i centrum underlättade att hitta hans/hennes egen nivå för att kunna förstå hans/hennes egen perspektiv. Patientcentrerat förhållningssätt underlättar för patienten att utforska och lösa sin ambivalens, skapar förtroende mellan patient och sjuksköterskan och leder patienten mot ökad beredskap för förändring genom att inte tvinga fram förändring (43). Forskning visar att patientcentrerat samtal med öppna frågor och partnerskap ofta leder till bättre resultat i förändringsprocessen för hypertonipatienter, bättre patientförståelse, förtroende och tillfredställelse (43). Detta skiljer sig från det traditionella rådgivningsarbetet där sjuksköterskan styrde diskussion och föreskrev lösningar (43). Att arbeta patientcentrerad verkar ha många fördelar. Därför kan resultatet överföras till andra sjuksköterskeområden.

På så sätt ställs det nya krav på sjuksköterskan som måste vara beredd att ändra sina förväntningar på patientens beteende och ställa mer realistiska mål beroende på patientens beredskap och inte enbart på evidensbaserad kunskap. Hon behöver inse att många patienter inte är redo att ändra sina levnadsvanor. Hjälpande strategier måste först och främst syfta till att förbättra den egna kontrollen. Många patienter behöver kanske gå igenom förändringsprocessen mer än en gång innan de byter sitt beteende. Återfall är en del av processen och sjuksköterskan liksom patienten måste vara beredda på misslyckanden.

Sjuksköterskorna berättade att de patienter som visade intresse för förändring behövde inte motiveras. Motivationssamtal är lämpligt för patienter som är mindre redo för förändring. Hos dessa patienter kan den traditionella rådgivnings stil sannolikt framkalla motstånd. Hos patienter som visade beredskap för förändringsarbetet med hypertonipatienter kan samtals teknik vara kontraproduktiv (44).

Sjuksköterskan i studien, med kortare erfarenhet av motiverande samtal, tyckte att det var lätt att falla tillbaka till det gamla; att sitta och predika. Att reflektera över samtalet, titta på vad som gick bra och vad som gick mindre bra, hjälpte henne att utvecklas.

Ett hinder i förändringsarbetet med patienter med hypertoni kan vara sjuksköterskans obehag vid användning av motiverande samtal. För att kunna använda sig av denna metod måste sjuksköterska vara intresserad och motiverad för att använda metoden (45). Studier visar att sjuksköterskor som inte blir intresserade av MI metoden har lättare att återgå till tidigare undervisande arbetssätt (45)
Sjuksköterskorna som arbetade med motiverande samtal tyckte att nackdelen med detta var att det var tidskrävande. Det kan ha varit korta möten med patienten men vägen till att uppnå livsstilsförändringar hos patienten kunde ta lång tid. Studier visar att detta kan leda till att sjuksköterska blir för ivrig när patienten nått det aktiva stadiet och vill påskynda patientens beslutsfattande.

Det är också viktigt att hålla kontakt med patienten under viss tid efter han/hon uppnått målet (45). Sjuksköterskans tidsbrist kan vara ett hinder i patientcentrerad vård. Mer tid avsett för patienten leder till bättre resultat (45).

Sjuksköterskorna som ingick i studien tyckte att minst ansträngning krävde samtal men patienter som redan var motiverade att förändra sina levnadsvanor. Patientens motivation kan ökas genom att förstärka deras tro om att ändrat beteende kommer att minska risker för följdsjukdomar till högt blodtryck och för det andra att öka deras tro på sin egen förmåga att lyckas med förändringar. För att lättare kunna jämföra risker och vinster med förändrad livsstil är stapeldiagram att rekommendera (46).

För en av sjuksköterskorna var det viktigt att läkare ordinerade livsstilsförändringar redan innan hon träffade patienten. Samarbete mellan läkare och sjuksköterska är betydelsefullt (47). Läkarordination till livsstilsförändringar kan stödja sjuksköterskans arbete med hypertoni patienter. Sjuksköterskor kan ha en avgörande roll i en utveckling av en mer patientcentrerad hypertoni vård och därmed mer individualiserad hypertonibehandling (47).

Alla tre sjuksköterskorna var nöjda med möjligheter till utbildning som fanns på deras arbetsplatser. Socialstyrelsen har med stöd av regering utarbetat rekommendationer för sjukdomsförebyggande metoder inom vården. Sjuksköterskans motiverande arbete innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Socialstyrelsen bedömer att detta arbete kan på lång sikt leda till besparingar och minskade sjukvårdskostnader för levnadsrelaterande sjukdomar. På kort sikt kan detta innebära kostnadsökning som vårdpersonalens kompetenshöjning och ökad kunskap för att förbättra attityden till sjukdomsförebyggande arbete (2). Socialstyrelsen rekommenderar rådgivande samtal som ska ges på patientens villkor. Säkerställa adekvat utbildning, kompetensutveckling och uppföljning är därför viktigt.

Patientcentrerat samtal ger betydande positiva resultat i arbete med hypertoni patienter (48). Motiverande samtal är en användbar metod för beteendeförändringar. Det är bättre än den traditionella rådgivningen och

effekten av den ökar med längd och antal på möten. Motiverande samtal kan vara effektiv även i korta möten på 15 minuter (42). Det finns behov av att sjuksköterska övar sina färdigheter och att arbetet med motiverande samtal regelbundet utvärderas. Sjuksköterskan kan behöva längre tid för att utveckla sin kompetens för att arbeta enligt motiverande samtals riktlinjer (43). Sjuksköterskorna tyckte att de behövde reflektera över samtalen, tänka genom vad som gick bra eller vad som gick fel. Utbildning i motivation samtal ger inte sjuksköterskan några nya knep som kan få patienten göra som hon vill. MI säger inte "Jag har det du behöver", istället säger metoden "Du har det du behöver och tillsammans kommer vi att hitta det". MI kan ses som både rådgivningsstil och en uppsättning av strategier för att mana fram förändringsprat hos patienten. Sjuksköterska bör undvika att hamna i läge där hon hävdar för förändring medan patienten argumenterar mot den (44). Handledning och individuell feedback några månader efter genomgången grundutbildning kan bidra till förbättrad klinisk skicklighet (49).

Det behövs mer forskning för att förstå hur motiverande samtal utövar sin effekt och vilka delar av motiverande samtal som är viktiga. Synpunkter från patienter som har deltagit i motiverande samtal kan hjälpa utvärdera effekten. Motiverande samtal är individriktat. Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle och därför kan det vara intressant att undersöka dess effekt i kulturer med mer kollektiv fokus.

Att arbeta patientcentrerad, använda sig av öppna frågor och bygga ett partnerskap kan för sjuksköterskan vara lika stor utmaning som för patient att ändra sitt beteende. Det behövs en översyn av den utbildning som sjuksköterskor får, av vilka möjligheter som finns för att kunna reflektera över sitt arbete och utvärdering av sjuksköterskans upplevelser av egen utveckling efter att ha arbetat på ett patientcentrerat sätt med hypertonipatienter. Vidare forskning för att noggrant beskriva hur motiverande samtal genomförs kan underlätta för andra sjuksköterskor att använda sig av effekterna av motiverande samtal.

REFERENSLISTA

1. Tamm, M. Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom. Lund: Studentlitteratur, 2010.
2. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11. Tillgänglig den 5 februari 2012.
3. Simpe, A.M., Andersen, U.O., Ibsen, M., Gendsen, T.L. Nurse-based hypertension clinic achieve objective. Sygeplejerskan. 2009; 109(23):48-53.
4. Läkemedelsboken 2011-2012. http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/lakemedelsboken/LB-2011-2012/Hypertoni.pdf tillgänglig den 15/9 2011.
5. Måttligt förhöjd blodtryck. Uppdatering 2007. http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mattligt-forhojt-blodtryck-uppdatering-2007/ tillgänglig den 15/9 2011.
6. Nationellutvärdering2011.Strokelinjer.http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18350/2011-6-3.pdf. Tillgänglig den 14/9 2011.
7. Whelton, S.P., Chin, A., Xue Xin, M.A., He, J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2002; 136: 493-503.
8. Bond Brill. J. Lifestyle Intervention Strategies for the Prevention and Treatment of Hypertension: A Review. American Journal of Lifestyle Medicine July/August 2011; 5: 346-360.
9. Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Hinderliter, M.D., Watkins, L.L., Craighead, L., Pao-Hwa,L., Caccia, C., Johnson, J., Waugh, R., Sherwood, A. Effects of the DASH Diet Alone and in Combination With Exercise and Weight Loss on Blood Pressure and Cardiovascular Biomarkers in Men and Women With High Blood Pressure Arch. Intern Med. 2010; 170(2): 126-135.

10. Appel, L.J., Moore, T.J., Obarzanek, E., Svetkey, L.P., Säckar, F.M., Bray, G.A., Vogt, T.M., Cutler, J.A., Windhauser M.M., Karanja, N. A Clinical Trial of the Effects of Diet on Blood Pressure. DASH Collaborative Research Group. NN Engl J Med. 1197; 336(16): 1117-1124.

11. Neter, J., Stam, B. E., Kok, F.J., Grobee, D. E. Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of randomized Controlled Trial. Hypertension. 2003; 42: 878-884.

12. Najem, B., Houssiere, A., Pathak,A., Janssen, Ch., Lemogoum, D., Xhaët, O., Cuytils, N., Van de Borne, F. Acute Cardiovascular and Sympathetic Effects of Nicotine. Hypertension. 2006; 47: 1162 – 1167.

13. Bowman, T.S., Gaziano, J.M., Gaziano, J.E., Sesso, H.D. A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. J Am Coll Cardiol. 2007; 50 (21): 2085 - 2092.

14. Van der Wilk, E.A., Jansen, J. Lifestyles-related risks: are trends in Europe converging? Public Health. 2005; 119(1): 55-66.

15. Kompetens beskrivning för legitimerad distriktssköterska. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachment/9879/2005/-105-1. Tillgänglig den 15/9 20011.

16. Norberg. A. Omvårdnadens mosaik: en model. Stockholm: Liber, 1992.

17. Henriksen.J-O., Vetlesen.A.J. Etik i arbete med människor. Lund: Studentlitteratur, 2001.

18. Ewles.L., Simnett.I. Hälsoarbete: en praktisk vägledning. Lund: Studentlitteratur, 2005.

19. SOSFS 2005:12. (M). Föreskrifter. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf tillgänglig de 15/9 2011.

20. Ryden, O., Stenström, U. Hälsopsykolgi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom. Stockholm: Bonier Utbildning AB, 2008.

21. Persson.M., Friberg.F., The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. Journal off Clinical Nursing. 2009; 18(4): 520-528.

22. Kristoffersen.J. Omvårdndskunskap.I: Kristoffersen.J.N. (RED). Allmän omvårdnad1, Profession och ämnesområde-utveckling, värdegrund och kunskap: Stockholm, LiberAB, 1998,kap.5,.....

23. Dahlgren. L.O., Pedagogiska aspekter på beteendeförändringar. Föredrag presenterat vid Svenska Läkarsälskapets Berzelius symposium XX: Strategies to change behaviour and promote health. Stockholm. 1990. I Scherman. M.H. Den besvärlige patienten. Lund: Studentlitteratur, 1998.

24. Fossum, B. (red) Kommunikation. Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur, 2007.

25. McGabe, C. Nurse – Patient Communication: An Exploration of Patients Experience. Journal of Advance Nursing. 2004; 13(1): 41-49.

26. Engström.B., Beijer Melander.M., Ekman-I., Friberg.F., Östlinder.G. Patientundervisning och patienters lärande. Stockholm: Gothia Förlag, 2007.

27. Alvesson.M., Sköldberg.K. Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur, 2008.

28. McGilton.K. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. Journal of Advanced Nursing. 2006; 54(1):35-44.

29. Miller,W.R., Rollnick, S. Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring. Stockholm: Natur &kultur, 2010

30. Medin.J., Alexanderson K. Hälsa och hälsofrämjande. Lund: Studentlitteratur, 2001.

31. Hettema, J., Steele, J., Miller W.R. Motivational Interviewing. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005; 1:91-11

32. Sassen.B., Kok.G., Schaalma.H., Kiers.H., Vanhees.L. Cardiovascular risk profile: Cross – sectional analysis of motivational determinants, physical fitness and physical activity. BMc Public health. 2010; 10: 592.

33. Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., & Rouse, I.A controlled trial of nurse counseling on lifestyle change forhypertensive

treated in general practice: Preliminary results. Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology. 1995; 22: 446-468.

34. Rubak.S., Sandbak.A., Lauritzen.T., Christensen.B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis, Br. J. Gen. Pract. 2005; 55(513): 305-312.

35. Kirkevold, M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur, 2000.

36. Starrin.B., Svensson.P-G. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur; 1996.

37. Lantz.A. Intervjumetodik. Lund: Studentlitteratur; 2007.

38. Granskär.M., Höglund-Nielsen.B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2009

39. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/. Tillgänglig den 4 februari 2012.

40. Repstad.P. Närhet och distans. Lund: Studentlitteratur; 1999.

41. Emmons.K., Rollnick.S. Motivational interviewing in health care settings, opportunities and limitations. Am. J. Prev. Med. 2001; 20(1): 68-74.

42. Thompson.D., Chan.S.W., Astin.F., Davidsson.P., Ski.Ch. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? Journal of Clinical Nursing. 2011; 20(9-10): 1236-1244.

43. Britt.E., Hudson.S.M., Blampied.N.H., Motivational interviewing in a health settings: a review. Patient Education and Counseling. 2004; 53(2): 147-155.

44. Hattema.J., Steele.J., Miller.W. Motivational interviewineg, Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005; 1: 91-111.

45. Brobeck. E., Bergh. H., Odencrants. S., Hildingh. C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20 (23/24): 3322-3330.

46. Hingorani A, Vallance s. Ett datorprogram för att styra hanteringen av kardiovaskulära riskfaktorer och förskrivning. BMJ. 1998, 318 .: 101-105

47. Davies. C. Geting health professionals to work together. British Medical Journal. 2000; 320: 1021–1022.
48. Hardcastle.S., Taylor.A., Bailey.M., Castle.R. A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity diet on CHD risk factor. Patient Education and Counseling. 2008; 70(1): 31-39.
49. Miller.W.R., Yahne.C.E., Moyers.T.B., Martinez.J., Pirritano.M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004, 72/6): 1050-1062.
50. Dierckx de Casterle. B., Gastmans. CH., Bryon.E., Denier.Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies. 2012; 49(3): 360-371.
51. Jennings.B.M. Qualitative analysis: a case of software of people ware. Reaserch in Nursing Health. 2007; 30: 483-484.
52. Bailey.D.M., Jackson.J.M. Qualitative data analysis: challenges and dilemmas related to theory and method. The American Journal of Occupational Therapy. 2003: 57 (1): 57–65.
53. Wallén.G. Vetenskapsteori och forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 1996.

BILAGA 1

Intervju inledande fråga:

Kan du berätta för mig hur du genomför samtal med hypertonipatienter för att motivera de att förändra sina levnadsvanor?

Stöd frågor som ställdes under intervjun:

1. Vilka av dina egenskaper tycker du är viktiga i ditt motiverande arbete?
2. Vad gör du när du träffar på motstånd?
3. Hur upplever du din roll som sjuksköterska i arbete med dessa patienter?

Intervjun avslutades med:

1. Är det något du vill fråga mig?
2. Är det något mer du vill lägga till?
3. Får jag kontakta dig om det skulle uppkomma ytterligare frågor?
4. Jag tror att jag har fått den information jag sökte.
5. Tack för din tid.