



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för hälsovetenskap

## **Sjuksköterskans arbetssätt för att främja hälsa genom egenvård och livsstilsförändringar hos personer med hypertoni**

### **- En litteraturöversikt**

**Elisabeth Helgesson    Gunilla Lundström Ebbesdotter**

Examensarbete i omvårdnad, grundnivå

Fristående kurs examensarbete - omvårdnad, kandidat 15 hp

Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst

Höstterminen 2018

Sjuksköterskans arbetssätt för att främja hälsa genom egenvård och livsstilsförändringar hos personer med hypertoni. – En litteraturoversikt

The nurse's ways of working to promote health through self-care and lifestyle changes in persons with hypertension – A literature review

<b>Författare</b>	Elisabeth Helgesson Gunilla Lundström Ebbesdotter
<b>Handledare</b>	Ellinor Tengelin
<b>Examinator</b>	Malin Berghammer
<b>Institution</b>	Högskolan Väst/Institutionen för hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	EXO501, Kandidat, 15 hp
<b>Termin/år</b>	Höstterminen 2018
<b>Antal sidor</b>	21

## Abstract

**Background** Hypertension is a global health problem that can lead to serious complications such as stroke and congestive heart failure. Nurses' work includes promoting lifestyle changes, motivating, compliance with medication, and providing regular follow-ups to improve blood pressure. More knowledge is needed on which working methods nurses use to promote health and support sustainable lifestyle changes. **Aim** To illuminate the nurse's ways of working to promoting health through lifestyle changes and self-care in persons with hypertension. **Method** A literature review according to Friberg was chosen as the method. Database searches were carried out in CINAHL, PubMed and PsycInfo. Nine scientific articles were included after having been analysed, classified and compiled in an article matrix. **Result** The analysis resulted in two main themes and five subthemes. The first theme was *Creating change* which described how the nurse responded to the patient's specific opportunities, expectations, knowledge needs and motivation for initiating lifestyle change. The second theme was *Maintaining change* which describes how the nurse guides, promotes and follows up the person to create a sustainable lifestyle change and an improved self-care strategy. **Conclusion** The nurse's ways of working to promote health through lifestyle change and self-care in persons with hypertension can be designed in different ways. Regardless of which nursing philosophy lies behind it, it appears that a person-centred approach stimulates the person's motivation for a changed lifestyle through increased participation and responsibility.

**Keywords** Hypertension, health, lifestyle changes, nurse, self-care

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Högt blodtryck och konsekvenser av detta är ett stort globalt problem. Livsstilsförändringar är en långsiktig investering i förbättrad hälsa för personer med högt blodtryck. På de flesta kliniker är detta sjuksköterskans arbetsuppgift och då det är viktigt att finna ett bra och fungerande arbetssätt och utgå från den pedagogiska skolning och den träningen som behövs för detta.

I sjuksköterskans omvårdnadsarbete är hälsa ett centralt begrepp. Sjuksköterskan skall främja hälsa och förhindra ohälsa genom att identifiera och bedöma personens resurser och förmåga till egenvård, delge kunskap, motivera och stödja. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor tydliggörs även att sjuksköterskan skall bedriva sitt arbete med omsorg och respekt för integritet och värdighet och att sjuksköterskans kompetens och förmåga att tillvarata personens resurser är av betydelse.

Utförandet av egenvård stöds av Orems omvårdnadsteori som grundar sig i att personer skall kunna delta i sin egenvård i så stor utsträckning som möjligt och att personen kan behöva stöd av sjuksköterskan för att kunna göra det. Kunskap, egenansvar och motivation är viktiga byggstenar. Att personen blir delaktig i sin vård och behandling, erhåller kunskap och stöds i att kunna identifiera sin egenvårdsbrist och kapacitet och kan ta beslut för förändring är ett av målen i behandling av hypertoni. Detta är en utmaning för sjuksköterskan och därmed är det viktigt med bra och effektiva arbetssätt för detta finns. Enligt Socialstyrelsen (2018) önskar majoriteten att få diskutera sina levnadsvanor och få stöd till förändring utav dessa före farmakologisk behandling. Därför är det viktigt att sjuksköterskor arbetar med utbildning, rådgivning och uppföljning för att stödja livsstilsförändringar.

Litteraturöversiktens resultat visar att sjuksköterskans arbetssätt med att främja livsstilsförändring och egenvård hos personer med hypertoni är en aktiv process som startar med att ge personerna de rätta förutsättningarna för att skapa en livsstilsförändring. Detta kan ske genom att individanpassa det pedagogiska mötet, vilket bygger på en kartläggning av personens tidigare kunskaper, erfarenheter och motivation. Sjuksköterskan kan därigenom möta, ge information och adekvat kunskap på rätt nivå. Motiverande samtal är en metod som stärker personens förmåga till att fatta egna beslut om livsstilsförändringar och egenvård med stöd av sjuksköterskan. Sjuksköterskans utbildningsnivå och bemötande ligger till grund för ett lyckat förändringsarbete. För att nå en mer hållbar förändring används empowerment som arbetssätt för att få personen aktiv i processen genom att känna ett egenansvar för både en kort- och långsiktig förändring.

## Innehåll

Inledning .....	1
Bakgrund .....	1
Hypertoni .....	1
Vikten av livsstilsförändring .....	2
Egenvård .....	2
Sjuksköterskans roll .....	3
Teoretiskt perspektiv .....	4
Hälsa som omvårdnadsvetenskapligt begrepp .....	4
Problemformulering.....	5
Syfte .....	5
Metod.....	5
Litteratursökning.....	5
Urval.....	6
Analys.....	7
Etiska ställningstaganden.....	7
Resultat .....	8
Att skapa förändring .....	8
Att arbeta strukturerat .....	8
Att delge kunskap .....	9
Att motivera .....	10
Att upprätthålla förändring.....	11
Att använda empowerment.....	11
Att följa upp .....	12
Diskussion .....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion .....	15
Kunskap och motivation .....	17
Att upprätthålla förändring.....	18
Slutsatser.....	19

Praktiska implikationer .....	20
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde .....	20

# **Bilagor**

Bilaga I Tabell över systematisk artikelsökning

Bilaga II Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Bilaga IV Översikt av analyserad litteratur

## **Inledning**

Hypertoni är globalt en vanlig förekommande folksjukdom. Då hypertoni är en riskfaktor för att utveckla hjärtkärlsjukdomar är det angeläget med en effektiv behandling. Livsstilsförändringar kan sänka blodtrycket och minska behovet av farmakologisk behandling. Medellivslängden minskar i genomsnitt 14 år med ohälsosamma levnadsvanor, det vill säga att inte äta hälsosamt, vara fysiskt inaktiv, rökare och med en överkonsumtion av alkohol. Ohälsosamma levnadsvanor är vanligt förekommande – enligt Folkhälsomyndigheten är det bara varannan kvinna och var tredje man i åldrarna 16–84 år som rapporterar att de inte har några ohälsosamma levnadsvanor. Att arbeta med förändringar av livsstil hos personer med hypertoni är en stor utmaning för sjukvården och inte minst för sjuksköterskan vars omvårdnadsarbete bland annat skall syfta till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Sjuksköterskan har en viktig roll i arbetet med personer med hypertoni genom att identifiera riskfaktorer, informera, ge kunskap, motivera och stödja till livsstilsförändring och egenvård utifrån dennes egna resurser och önskemål. Denna studie kan bidra med att ge mer kunskap om vilka arbetssätt som sjuksköterskan kan använda för att främja hälsa genom egenvård och livsstilsförändring.

## **Bakgrund**

### **Hypertoni**

Hypertoni, det vill säga högt blodtryck, är ett vanligt, riskfyllt, behandlingsbart men underbehandlat och i allmänhet ett symtomlöst tillstånd. Det kan vara en förklaring till att det till stor del är oupptäckt men också att behandlingen kräver tålamod och pedagogisk förmåga hos vårdpersonalen (Dahlström, Kechagias & Stenke, 2018). Förekomsten av hypertoni (systoliskt blodtryck  $\geq 140$  mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck  $\geq 90$  mm Hg) i Sverige beräknas till cirka 27 % vilket motsvarar ca 1,8 miljoner vuxna personer. Fördelningen mellan män och kvinnor är jämn och förekomsten ökar med stigande ålder (SBU, 2007). Ett förhöjt blodtryck är vanligt hos de över 50 år och äldre. Vid 70 års ålder beräknas halva befolkningen ha högt blodtryck. De symtom som vanligen är förknippade med måttligt förhöjt blodtryck är diffusa såsom trötthet och huvudvärk (Dahlström et al, 2018). Hypertoni medför ökad risk för utveckling av hjärtkärlsjukdomar varav stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt är de allvarligaste (Socialstyrelsen, 2009).

Behandlingen av hypertoni är både farmakologisk och icke-farmakologisk, det vill säga livsstilsförändringar, där målet är att få ner blodtrycket och minska riskfaktorer. Var person bör ha ett behandlingsmål anpassat till sin riskprofil. En väl genomförd hypertoni-behandling baseras inte bara på läkemedel utan även på en god vårdgivarkontinuitet, individualiserad information samt aktivering av personens engagemang (Dahlström et al, 2018).

## **Vikten av livsstilsförändring**

En hälsosam livsstil är grunden för behandling av hypertoni och skall utgöra basen av behandlingen för personer med högt blodtryck. Denna icke-farmakologiska åtgärd kan förstärka den blodtryckssänkande effekten och minska behovet av läkemedelsbehandling (SBU, 2007).

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) så är kardiovaskulär sjukdom ett allvarligt globalt hälsoproblem. Detta härleds till fyra riskfaktorer: tobak, alkohol, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor (WHO, 2018). Levnadsvanor med dessa riskfaktorer kan ge ett förhöjt blodtryck samt metabola störningar såsom övervikt eller fetma, högt blodsocker och förhöjda blodfetter (Dahlström et al., 2018; Samadian, Dalili & Jamalian, 2016). Samma riskfaktorer bedömer Socialstyrelsen bidrar till en femtedel utav sjukdomsbördan i Sverige (Socialstyrelsen, 2018). Regelbunden fysisk aktivitet sänker blodtrycket vid hypertoni och minskar risken för hjärt-kärlkomplikationer. Ett reducerat kaloriintag och en viktminskning hos de med övervikt sänker blodtrycket och ger andra positiva metabola effekter (Dahlström et al., 2018; Samadian, Dalili & Jamalian, 2016). Sammanställningar visar att 28 % av vuxna är fysiskt inaktiva, dvs inte uppfyller rekommendationen om 150 minuters fysisk aktivitet per vecka (WHO, 2018). Överkonsumtion av alkohol höjer blodtrycket, framför allt det diastoliska (SBU, 2007). Rökstopp kan medföra stora behandlingsvinster och är en prioriterad åtgärd för personer med högt blodtryck och minskar utveckling av åderförkalkning (SBU, 2007). Flera ohälsosamma vanor hos en person tycks ha en synergisk effekt. Det innebär att flera riskfaktorer förstärker varandra så att den totala risken av dessa blir större än summan av de enskilda (SBU, 2007).

Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkor och av individens egna val och levnadsvanor. Människors levnadsvanor skiljer sig påtagligt beroende på social miljö, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och bostadsort. Undersökningar av svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att de är mer ogynnsamma för den som har en lägre socioekonomisk ställning, det vill säga utifrån yrke, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Eftersom hälsa inte är jämlikt fördelad bör en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande (WHO, 2018). Kartläggning av levnadsvanor skall ingå som en del av behandlingen. Alla som kommer i kontakt med vården ska erbjudas råd och stöd om de har ohälsosamma levnadsvanor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

## **Egenvård**

Målen för att egenvård är att säkerställa normal funktion och utveckla hälsa och välbefinnande. De grundläggande behoven kan tillfredsställas när personen först accepterat följderna av sin ohälsa. Det innebär att personen behöver lära sig att hantera sin livssituation och själv får lära sig att utföra de medicinska åtgärder som krävs. Egenvårdsbrist definieras som en obalans mellan egenvårdskrav och kapacitet till egenvård. Vid egenvårdsbrist kan personen behöva stöd för att hitta en balans i sin förmåga att uppfylla behoven för att uppnå hälsa (Hartweg, 1990; Orem, 2001).



Omvårdnadsteoretiker Dorothea Orem har konstruerat en egenvårdsmodell, vilken består av tre teorier; en teori om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystem (Orem, 2001). Orem beskriver vidare tre allmänmänskliga behov; fysiska däribland näringsintag och balans mellan vila och aktivitet, psykiska och sociala. Med egenvård menar Orem de målinriktade aktiviteter som individen självständigt utför för att främja hälsa. Det kräver kunskap och flera färdigheter hos patienten. Det är inte bara själv handlingen som är egenvård, det är sambandet och relationen mellan flera faktorer som utgör egenvården (Hartweg, 1990; Orem, 2001).

Socialstyrelsen (SOSFS 2009:6) definierar egenvård som den hälso- eller sjukvårdsåtgärd som sjuksköterskan eller annan legitimerad sjukvårdspersonal, bedömt att personen själv kan utföra. Att utföra egenvård vid hypertoni innebär till stora delar att sköta sin medicinering, göra livsstilsförändringar samt delta i regelbundna uppföljningar (Drevenhorn, 2018). För att främja och stödja till förbättrad egenvård är det väsentligt att sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet gör en bedömning av personens behov för egenvård och detta i förhållande till förmåga, stödja personen att ta ansvar för att utveckla goda vanor och på så sätt främja hälsa. Det centrala i omvårdnaden blir att sjuksköterskor bör stödja och hjälpa till egenvård så långt det är möjligt utifrån personen egna resurser. Detta innebär att identifiera behov för kunskap, att undervisa och handleda i egenvård. (Hartweg, 1990; Orem, 2001; Wallström, Ekman, Taft, 2017).

## **Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskan skall ha pedagogisk kompetens för att kunna möta personer och närstående med skilda kunskaper och behov. Enligt kompetensbeskrivning skall sjuksköterskor kunna identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till livsstilsförändring (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). När sjuksköterskor arbetar med hälsofrämjande omvårdnad utgår de från omvårdnadsvetenskaplig kunskap, i kombination med medicinsk och folkhälsovetenskaplig kunskap och sin kliniska erfarenhet. Sjuksköterskor kan arbeta för att främja hälsa på personnivå, men också på grupp- och samhällsnivå (Dombrowski, Snelling & Kalici, 2014; Svensk Sjuksköterskeförening, 2017b).

För många kroniska sjukdomar finns det riktlinjer och modeller för sjuksköterskan att tillgå i arbetet med livsstilsfrågor. Detta saknas i arbetet med personer med hypertoni, trots att tidigare forskning har visat att sjuksköterskans delaktighet gynnar den enskilde personen med ett förbättrat blodtryck som blir resultatet av livsstilsförändringar, ökad följsamhet gällande medicinering och uppföljning (Drevenhorn, 2018; Himmelfarb, Commodore-Mensah & Hill, 2016). Personer med hypertoni har oftast inte några symtom som leder till sjukdomskänsla och upptäcks i många fall i samband med någon hälsokontroll eller då personen sökt för något annat. Detta faktum att några avvikande mätvärden plötsligt medför att personen förväntas förändra och optimera sin livsstil kan i många fall resultera i en initialt skeptiskt och omotiverad person, vilket kan bli en utmaning i sjuksköterskans hälsobefrämjande arbete (Drevenhorn, 2018).

Sjuksköterskans roll i arbetet med personer med hypertoni har med tiden, framför allt inom primärvården, ändrat karaktär. Från att mest innefatta blodtrycksmätning och enklare rådgivning om livsstilsfrågor till att få en mer framträdande roll i teamarbetet kring hypertoni. (Drevenhorn, 2018; Himmelfarb, Commodore-Mensah & Hill, 2016). I teamarbetet har sjuksköterskans omvårdnadsarbete en viktig nyckelroll för att främja egenvård. Detta innefattar att identifiera

personens individuella riskprofil, kunskaper och erfarenheter, ge utbildning, rådgivning, utforma individuella målsättningar, identifiera vilka hinder som kan föreligga för att utforma egenvård och att utvärdera behandlingen (Himmelfarb, Commodore-Mensah & Hill, 2016).

En personanpassad vård och omsorg innebär respekt för personens specifika behov, förväntningar och integritet samt att personen ska ges möjlighet att vara delaktig (Socialstyrelsen, 2018; Wallström et al., 2017). Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer är arbetet för att främja ett mer hälsosamt leverne prioriterat och de rekommenderar rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Båda samtalsnivåerna utgår från en personcentrerad dialog med personen. Kvalificerat rådgivande samtal innebär en mer omfattande åtgärd, ofta med både fler och längre sessioner än rådgivande samtal, och förutsätter att personalen är utbildad i den metod som används samt har fördjupad ämneskompetens. (Socialstyrelsen, 2018). Ett bra personcentrerat samtal innebär att sjuksköterskan bjuder in personen i samtalet, uppmuntrar deltagandet och som innebär personens största möjliga inflytande över sin vård (Hörnsten, Lindahl, Person & Edvardsson, 2013; Sandberg, 2014).

Uppföljning av åtgärderna är viktigt för att vid behov erbjuda ytterligare motivationsstöd, ge återkoppling och för att utvärdera effekten av behandlingen. Uppföljning ingår som en naturlig del i alla åtgärder och anpassas utifrån individens behov (Socialstyrelsen, 2018). Sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnad skall dokumenteras och utvärderas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

## **Teoretiskt perspektiv**

### **Hälsa som omvårdnadsvetenskapligt begrepp**

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt välbefinnande såväl fysiskt, psykiskt som socialt och inte enbart som frånvaro av sjukdom (WHO, 2019). De menar vidare att hälsa är resurs som man erövrar genom att bemästra sin livssituation och att det är en grundläggande rättighet att uppnå bästa möjliga hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2015). Inom omvårdnadsvetenskapen definieras begreppet hälsa som ett mer filosofiskt begrepp. Enligt Katie Eriksson (2000) innebär hälsa en helhet som omfattar både objektiv och subjektiv upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Hälsa är något man är och upplevelsen av hälsa är dynamisk där både inre och yttre faktorer samspelar. Inre faktorer beskrivs såsom värderingar och attityder och yttre såsom kultur, miljö och samhälle (Eriksson, 2000). Vidare beskriver Eriksson att hälsa finns i människan som medvetet och aktivt gör val för att påverka sin hälsa och uttrycks genom känslor, attityder och genom sitt handlande. Resursen kan bestå av olika faktorer som bidrar till hälsa och hälsa självt utgör en resurs och består av människans förmågor och styrka. För att kunna främja och bevara hälsa så behövs en upplevelse av livsmening och uthärdligt lidande. Avsaknad av livsmening eller upplevelsen av ett outhärdligt lidande sänker motivationen och hindrar människans hälsobeteende (Wiklund Gustin & Bergbom, 2017).

Sjuksköterskors insatser för att befrämja hälsa kan innebära att förebygga och motverka sjukdom, lidande och död (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Ur ett hälsofrämjande perspektiv är ökad

kunskap, förändrade värderingar och attityder, upplevelse av egenmakt och meningsfullhet exempel på subjektiva mätbara indikatorer (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det hälsofrämjande arbetet är beroende av att sjuksköterskans praktiska färdigheter och dennes teoretiska kunnande och av ett förhållningssätt som möjliggör utveckling (Dombrowski et al., 2014; Svensk Sjuksköterskeförening, 2017b).

## **Problemformulering**

Hypertoni är ett nationellt och globalt hälsoproblem. Då hypertoni är en riskfaktor för att utveckla hjärt-kärlsjukdomar är det viktigt att identifiera personens riskprofil och starta behandling. Oftast behövs en kombination av livsstilsförändringar och effektiv läkemedelsbehandling. Sjuksköterskan har en utmaning att i mötet med personen att kunna identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och motivera denne till egenvård. För många kroniska sjukdomar finns det riktlinjer och modeller för sjuksköterskan att tillgå i arbetet med livsstilsfrågor. Detta saknas i arbetet med personer med hypertoni, trots att tidigare forskning har visat att sjuksköterskans har en betydande roll i det hälsofrämjande arbetet. För att kunna förändra eller hjälpa personen till egenvård är det därför viktigt att få mer kunskap om de olika arbetssätt som sjuksköterskan kan använda för att framgångsrikt främja en hälsosammare livsstil.

## **Syfte**

Syftet med examensarbetet är att beskriva sjuksköterskans arbetssätt för att främja hälsa genom egenvård och livsstilsförändringar hos personer med hypertoni.

## **Metod**

### **Litteratursökning**

En allmän litteraturöversikt genomfördes för att skapa överblick över kunskapsläget över det valda problemområdet. I en litteraturöversikt kan både kvalitativa och kvantitativa studier användas, vilket är en bra utgångspunkt då syftet är att få en helhetsbild av aktuellt forskningsläge (Friberg, 2017). För att söka artiklar till denna litteraturöversikt användes tre databaser som innehåller vetenskaplig litteratur. Cinahl är mest relevant i förhållande till omvårdnadsforskning medan PubMed innehåller medicinsk vetenskap (Polit & Beck 2016; SBU 2017b). Motsvarande sökningar utfördes i PsycInfo, en databas med litteratur inom psykologi och beteendevetenskap (SBU, 2017).

Primära sökord som användes var *hypertension*, *nurse\** och *lifestyle*. Dessa utökades i en andra sökning med *lifestyle changes*, *self care*, *self management*. I PubMed provades även sökordet *nursing* som ämnesord. Valet av aktuella sökord kan begränsa urvalet av artiklar och samtidigt visa relevant material som belyser studiens problemformulering och syfte. Sökorden kombinerades i olika varianter. Medical Subject Headings (MeSH-termer) i PubMed och CINAHL subject headings har använts för att identifiera rätta ämnesord (Polit & Beck, 2016). Dessa ämnesord relaterar till andra närliggande begrepp (Friberg, 2017). Sökningar gjordes även i fältet för abstract (AB) för att hitta det valda ordet i artikelns abstract. Enligt Friberg (2017) är det berikande att använda både ämnesord och sökning i abstractfältet för att få en bredare träfflista. Trunkering användes på sökordet *nurse* för att få träffar i dokument som innehåller ordets alla böjningsformer (Friberg, 2017). Boolesk söklogik användes för att bestämma vilka samband de utvalda sökorden skall ha till varandra. Operatorerna AND och OR användes vid sökningarna. AND styr databasen att söka på dokument som innehåller alla de aktuella sökorden *hypertension*, *nurse\** och *lifestyle changes*. Operatoren OR användes för att ringa in alla synonymer eller termer som inte går att trunkera. Operatoren NOT användes inte för att minska risken för att exkludera relevanta artiklar (Friberg, 2017).

Sekundärsökningar gjordes på intressanta referenser som hittades i litteraturen. Enligt Friberg (2017) är en sekundärsökning en mycket effektiv metod som gynnar författarna att inte gå miste om intressant information som kan vara värdefull för studien. Dessa sökningar gjordes på titelnamn i Google Scholar. Avgränsningsfunktioner i respektive databas för att få hjälp för att sortera bort äldre material som inte stämde överens med vårt syfte och intresseområde. Sökningarna avgränsades med peer-review, engelskt språk och vara publicerade mellan 2008–2018. Peer-review innebär att artikeln är granskad av andra forskare inom samma område innan publicering (Polit & Beck, 2016). Sökprocessen redovisas i bilaga I. Redovisningen visar endast sökningarna i Cinahl då motsvarande artiklar även påträffades i de två andra databaserna Pubmed och PsycInfo.

## Urval

Inklusionskriterier var att artikeln skall beröra hypertoni, livsstilsförändringar och beskriva sjuksköterskors arbetssätt. Endast studier på vuxna personer, män och kvinnor inkluderades. Exklusionskriterier var artiklar med studier på barn och gravida med hypertoni. Efter avgränsningar gjorts lästes alla artiklars rubriker. Artikelrubriker som inte verkade överensstämna med syftet valdes bort. Totalt lästes 110 abstrakt där författarna tog ställning till relevans för syftet. I fulltext lästes 23 artiklar och efter ytterligare exklusion valdes sex kvantitativa artiklar ut för att inkluderas i resultatet. 17 artiklar exkluderades då de inte stämde med syftet. En kvalitativ och två kvantitativa artiklar inkluderades från sekundärsökning. De sammanlagt nio artiklar som valts ut granskades avseende kvalitet i mall för kvalitetsbedömning av artiklar med kvalitativ och kvantitativ metod (bilaga II och III) som är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, Stoltz & Bahtesvani (2011). Artiklar som valdes uppnådde hög eller medelhög klass vid bedömningen (grad I eller II).

Utvalda artiklar beskrivs i en artikelmatris (bilaga IV) utifrån syfte, metod och resultat vilket ger en sammanfattande översikt och kvalitetsbedömning av varje artikel. Detta möjliggör för läsaren

att ta del av granskningen vilket underlättar möjligheten att bedöma om artiklarna verkar relevanta i förhållande till problemformulering och syfte (Friberg, 2017).

## **Analys**

Analysen av utvalda artiklar utfördes enligt Fribergs modell för litteraturoversikt, som syftar till att skapa en syntes av skillnader och likheter i tillgänglig forskning kring ett område (Friberg, 2017). Processen består av fyra steg där innehållet i respektive artikel tydliggörs och därefter jämförs med varandra. I det första steget lästes alla artiklar flera gånger av båda författarna för att få en inblick i materialet och en övergripande förståelse. För att säkerställa att allt väsentligt uppfattats samt undvika feltolkningar diskuterades dess innehåll och resultat kontinuerligt mellan författarna. I det andra steget granskades studierna med fokus på syfte, metod och resultat. Denna granskning fördes över i en översiktstabell (bilaga IV) vilken gav en överskådlig bild av materialet. I det tredje steget jämfördes artiklarnas resultat med varandra för att urskilja likheter och skillnader. I de kvantitativa studierna granskades både arbetsätt och dess utfall. Material från både kvantitativa och kvalitativa artiklar kategoriserades in i olika teman utifrån likheter och skillnader. Det kombinerade kvalitativa och kvantitativa materialet gav analysen en nyanserad bredd. Detta gav slutligen två huvudkategorier med fem underkategorier. Det fjärde och sista steget innebar att resultatet tolkades för att se underliggande mönster, dra slutsatser och bekräfta hur data hänger ihop och bildar en ny helhet (Friberg, 2017).

## **Etiska ställningstaganden**

I studier där människor deltar och undersöks måste det säkerställas att deras rättigheter är skyddade. Principer för etiskt beteende inom forskning är välfärd, rättvisa och respekt för människans värdighet (CODEX, 2018; Polit & Beck, 2016). De grundläggande etiska principerna inom forskning som rör människor är att individen alltid måste gå före vetenskapens intresse, och att faktorer som kan skada deltagare måste minimeras. De etiska överväganden som genomfördes i denna litteraturoversikt skedde i samband med kvalitetsgranskningen av de utvalda artiklarna. I samband med dessa undersöktes det om etiska resonemang fördes eller om artiklarna godkännts av en etisk kommitté. Dessa överväganden innebär exempelvis att all forskning som omfattar människor samt forskning på mänskligt material och data följer etiska principer som testas av etiska kommittéer för att minimera riskerna för de medverkande (Polit & Beck, 2016).

Vid urvalet av artiklar har hänsyn tagits till om studien har haft ett etiskt resonemang eller varit godkända av etisk kommitté. Alla studier utom en hade godkännande av etisk kommitté. I denna studie fick deltagarna istället kontinuerlig information om studiens syfte och upplägg samt blev upplysta om sina rättigheter.

## Resultat

Under analysprocessen identifierades två huvudkategorier; *Att skapa förändring* och *Att upprätthålla förändring* samt fem underkategorier. Dessa redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Översikt över huvudkategorier och underkategorier



### Att skapa förändring

I denna huvudkategori beskrevs hur sjuksköterskan i sitt arbetssätt bemötte personens specifika möjligheter, förväntningar, kunskapsbehov och motivation för att initiera livsstilsförändring. I analysen framkom tre underkategorier vilka var *Att arbeta strukturerat*, *Att delge kunskap*, samt *Att motivera*.

#### Att arbeta strukturerat

Resultatet visade att de flesta sjuksköterskor initialt använde någon form av struktur i arbetet för att skapa sig en bild av personens riskprofil men även om dennes kunskap om sin hälsa, sjukdom och behandling. Enligt Rasjö Wrååk, Törnkvist, Hasselström, Wändell, Josefsson (2015) gav det

sjuksköterskan en ökad förståelse för personens val och resonemang kring livsstilsfrågor och behandlingsmål, vilket var en del i det individanpassade arbetet. För att genomföra detta på ett optimalt sätt behövde sjuksköterskan kartlägga personens mående, livsstilsval, riskfaktorer och kunskap om hypertoni och behandling för att individuellt kunna planera och utföra den utbildning och rådgivning som personen behövde (Ali & Taha, 2014; Zhu, Wong & Wu, 2018). Det kunde ske genom att uppmuntra personerna till att själva reflektera över vilken kunskap och stöd de kan behöva från sjuksköterskan för att förbättra sin hälsa, förbättra sin livsstil och därigenom sänka sitt blodtryck (Chang, Fritschi & Kim, 2012; Rasjö Wrååk et al., 2015). Initiala mätvärden som blodtryck, BMI, blodfetter och även enkätsvar där personerna hade svarat frågor om sin hälsostatus, fysisk aktivitet, matvanor, vikt, längd, rökning, alkoholvanor, stress, kunskap om diagnos och behandling, låg till grund för sjuksköterskans sammanlagda bedömning av den individuella riskprofilen (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtsson, 2007; Rasjö Wrååk et al., 2015). En kartläggning av personernas socioekonomiska bakgrund gav sjuksköterskan ytterligare en dimension som kunde bidra till ökad förståelse över personens individuella behov (Chang et al., 2012; Ma, Zhou, Zhou & Huang, 2014; Zhu et al., 2018). Olika teorier och modeller kunde användas för att skapa struktur i arbetet. I Ali och Tahas (2014) studie använde sjuksköterskan Orems egenvårdsteori i arbetet med att identifiera personens egenvårdsbrist. En liknande arbetsmodell sågs i Zhu et al. (2018) studie där sjuksköterskan använde sig av en personcentrerad arbetsmodell (Omaha) för att kartlägga kunskapsbehov, livsstil och hälsobekymmer.

Kartläggningen använde sedan sjuksköterskan i det pedagogiska mötet för att skapa en struktur i den fortsatta processen. Individuella mål sattes upp utifrån personens riskprofil och kunskapsbehov och i enlighet med dennes förutsättningar och önskemål om stöd för att kunna genomföra livsstilsförändringar och egenvård (Ciccolini, Simonetti, Comparcini, Celiberti, Di Nicola, Capasso et al., 2014; Drevenhorn et al., 2007; Hacıhasanoglu & Gözümlü, 2011; Rasjö Wrååk et al., 2015). Individuella vårdplaner utformades, dessa kunde tydliggöra behandlingens stegvisa delmål, mål och kontinuerliga utvärderingar (Rasjö Wrååk et al., 2015; Zu et al., 2018). Zu et al (2018) följde självuppskattad self-efficacy för att mäta personens tilltro till egen förmåga att hantera hypertoni som sjukdom, den egenvård som behövs och förmågan att slutföra uppgifter och nå mål. De kunde inte visa någon signifikant förbättring jämfört med kontrollgrupp vilket förklarades av deltagarnas låga utbildningsnivå och att det förekom skillnader mellan grupperna vid studiens början ( $p = 0,015$ ).

### **Att delge kunskap**

Resultatet visade att sjuksköterskan delgav kunskap som ett verktyg för att främja egenansvar och val kring sin behandling och livsstil. Sjuksköterskan utbildade i ämnen som hypertoni, riskfaktorer, komplikationer och behandling, där målet var att ge personen förutsättningar att sätta realistiska mål, bli motiverad att följa behandling och kunna ta beslut angående livsstilsval och att kunna planera egenvård (Ali & Taha, 2014; Drevenhorn et al., 2007; Hacıhasanoglu & Gözümlü, 2011; Rasjö Wrååk et al., 2015).

I resultatet framkom att sjuksköterskan anpassade sitt sätt att delge kunskap utifrån personens behov vilket grundade sig på dennes riskprofil och individuella behov. Metoder som användes var att ge enkla råd, individuell rådgivning, information, diskussion och utbildning (Drevenhorn et al.,

2007). I andra studier användes rådgivande samtal och utbildning för att främja kunskap om en hälsosam livsstil och ämnen som ökad fysisk aktivitet, minskat alkohol- och tobaksintag, förändrade kostvanor och ett eventuellt behov för viktreduktion togs upp (Ali & Taha, 2014; Chang et al., 2012; Ciccolini et al., 2014; Ma, et al., 2014; Rasjö Wrååk et al., 2015). Att förmedla olika behandlingsmål och riktlinjer gällande blodtrycksvärden, gränsvärden för blodfetter och blodsocker samt vikten av följsamhet gällande medicinering ansåg Ciccolini et al. (2014) främja egenvården. Praktisk utbildning som att instruera personerna i hem-monitorering av blodtrycket genererade i kunskaper som sedan var ett användbart verktyg i arbetet med att förstärka egenvården (Zhu et al., 2018). Ali och Taha (2014) kunde visa på en signifikant förbättrad kunskap hos deltagarna ( $p < 0,001$ ) om livsstilsfaktorer, sjukdomsbild, behandling och komplikationer, vilket även Rasjö Wrååk et al. (2015) gjorde efter att deltagarna erhållit utbildning ( $p < 0,05$ ). Ali & Taha (2014) kunde även efter genomförd intervention visa på signifikant förbättring ( $p < 0,001$ ) gällande patienters upplevelse utav stress. Att förmedla kunskap om stresshantering visade sig vara effektivt för att sänka ett förhöjt blodtryck men även för att bättre hantera sin livssituation (Drevenhorn et al., 2007, Hacıhasanoglu & Gözum, 2011).

Resultatet visade att förmedlad kunskap genererade en förbättrad egenvård vilket hade positiv effekt på många olika mätvärden som följdes under interventionen. De kunde se minskat BMI ( $p < 0,001$ ), minskat midjeomfång ( $p = 0,005$ ) (Ciccolini et al., 2014; Hacıhasanoglu & Gözum, 2010; Chang et al., 2012; Drevenhorn et al., 2007) eller att den fysiska aktiviteten hade ökat ( $p < 0,005$ ) (Ali & Taha, 2014; Chang et al., 2012; Ciccolini et al., 2014; Drevenhorn et al., 2007). Andra kunde visa på förbättrade livsstilsvanor men ej påvisa signifikans (Hacıhasanoglu & Gözum, 2010; Rasjö Wrååk et al., 2015). Att förstärka kunskapen kring den farmakologiska behandlingen visades i flera studier på en förbättrad medicinsk följsamhet ( $p < 0,05$ ) efter genomförd intervention (Ali & Taha, 2014; Hacıhasanoglu & Gözum, 2011; Ma et al., 2014; Zhu, Wong & Wu, 2018). I motsats visade Ciccolini et al (2014) icke signifikanta förbättringar ( $p = 0,9$ ) gällande följsamhet för farmakologisk behandling.

Utbildning kunde ske i mer strukturerade former där sjuksköterskan använde ett personcentrerat utbildningsprogram vilka utgick från nationella riktlinjer (Ali & Taha, 2014; Ciccolini et al., 2014) eller utbildningsprogram där deltagarnas egna behov låg till grund för utbildningen (Chang et al., 2012; Rasjö Wrååk et al., 2015). Utbildningen kunde ske i grupp (Chang et al., 2012; Ciccolini et al., 2014) eller individuellt (Ali & Taha, 2014; Drevenhorn et al., 2007; Hacıhasanoglu & Gözum, 2011; Ma et al., 2014; Zhu et al., 2018). Utbildning och rådgivning kunde ske via e-post för att öka tillgänglighet och vara tidseffektivt (Ciccolini et al., 2014). Skriftligt informationsmaterial användes som ett komplement till den muntliga utbildningen i syfte att förtydliga informationen och stödja patienten (Chang et al., 2012; Ciccolini et al., 2014). Om kognitiva svårigheter förelåg var det av vikt att sjuksköterskan anpassade informationen (Rasjö Wrååk et al., 2015). Powerpoint användes i utbildningen för att understryka viktig information och öka deltagarnas uppmärksamhet (Ali & Taha, 2014; Chang et al., 2012).

### **Att motivera**

I resultatet framkom att sjuksköterskans arbete med att uppmuntra och bekräfta personens motivation var den essentiella basen för att kunna uppnå förändring. För att etablera och främja motivation till en förändring behövde sjuksköterskan enligt Drevenhorn et al., (2007) tidigt



kartlägga personens motivation till att förändra sina vanor, detta för att kunna ge adekvat information och stöd och för att få denne delaktig. Att ge emotionellt stöd i form av uppmuntran visade sig vara ett arbetssätt för att skapa en hållbar förändring. Sjuksköterskan gav stöd och uppmuntrade personerna till att själva reflektera och vara delaktiga i processen kring en förbättrad egenvård, genom att sätta egna mål och finna lösningar till uppkomna problem och hinder (Ma et al., 2014). Att ge bekräftelse, återkoppling och stöd gav en bibehållen motivation till förändring (Drevenhorn et al., 2007; Rasjö Wrååk et al., 2015). Det var av vikt av att ha ett positivt förhållningssätt i sitt arbete. Sjuksköterskan fick enligt Brobeck et al. (2011) inte kritisera personen om förväntade förändringar i livsstilen inte uppnåddes utan istället försöka få denne att se det som en erfarenhet och inte ett misslyckande.

Motivational Interviewing (MI) var ett arbetssätt där sjuksköterskan genom samtal och stöd hjälpte personen att förstå sina hälsobekymmer och för att därigenom fatta egna beslut om sin livsstil. I samtalen användes öppna frågor, bekräftelse, reflekterande lyssnande och summering för att underlätta kommunikation och ge ökad förståelse (Brobeck et al., 2011). Samtalsstrukturen användes för att stimulera motivation genom att uppmuntra personen till att bedöma sin livsstil och utforska möjligheter till förändring utifrån egen förmåga, önskningar och värderingar tillsammans med sjuksköterskan (Ma et al., 2014; Rasjö Wrååk et al., 2015). Det kunde ske genom att sjuksköterskan uppmuntrade personen till att sätta upp egna realistiska, mätbara mål, reflektera över alternativa sätt att lösa uppkomna problem som hindrade det fortsatta förändringsarbetet (Ma et al., 2014). Arbetssättet ansågs vara stimulerande för sjuksköterskan och användbart för att främja förändring. Det byggde på respekt och förståelse, skapade förtroende och klargjorde tydligt sjuksköterskans hälsobefrämjande arbetsuppgift (Brobeck et al., 2011). Att etablera ett sådant samarbete mellan personen och sjuksköterska skapade en ökad motivation, delaktighet, större ansvarstagande och att detta stöd resulterade i ökad kontroll över sina livsstilsval och hälsa (Brobeck et al., 2011; Rasjö Wrååk et al., 2015). Zhu et al (2018) kunde visa en förbättrad livskvalitet i sex aspekter inom studiegruppen ( $p=0,01$ ) men ingen signifikant skillnad i jämförelse med kontrollgrupp. Ma et al (2014) visade att genom MI förbättrades deltagarnas livskvalitet ( $p=0,04$ ).

## **Att upprätthålla förändring**

I denna huvudkategori beskrivs hur sjuksköterskan i sitt arbetssätt vägleder, främjar och följer upp patienten för att skapa en hållbar livsstilsförändring och en förbättrad egenvårdsstrategi. I analysen framkom två underkategorier vilka var *Att använda empowerment* samt *Att följa upp*.

### **Att använda empowerment**

Resultatet visade att en stödjande process där fokus låg på samarbetet mellan sjuksköterska och person och gynnade dennes möjligheter att ta kontroll över sin hälsa, vilket var en grund för att vidmakthålla en livsstilsförändring. Ett arbetssätt som användes var empowermentbaserat, en personcentrerad metod som främjade delaktighet genom att personen fokuserade på att få grepp

om sin hälsa, inse risker med sin livsstil och planera för och upprätthålla förändring. Metoden användes för att förbättra personens välbefinnande, egenansvar och egenvård då den hjälpte personen att upptäcka och använda sin egen förmåga att ta kontroll över sin sjukdom. Detta arbetssätt innebar ett samarbete där sjuksköterskan var experter på sjukdomen och dess behandling medan personen var ansvarig för egenvården. Empowerment och dess fem steg till förändring användes av sjuksköterskan för att uppmuntra personen att sätta upp sina egna individuella hälsomål (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh., 2011). Ett liknande arbetssätt användes i Chang et al. (2012) studie där sjuksköterskorna använde en empowermentbaserad utbildning vilken fokuserade på livsstilsförbättrade åtgärder, gruppdiskussioner och fysisk aktivitet. Gruppdiskussionerna och dess sociala stöd ansågs gynna chansen till en hållbar livsstilsförändring. Studien visade att interventionsgruppen signifikant förbättrade sin hälsoprofil jämfört med kontrollgruppen som erhöll sedvanlig information och uppföljning. De visade även en förbättrad metabolisk riskprofil ( $p = <0.005$ ) där riskfaktorerna minskade från 2,8 till 1,4 (motsvarande 68 %) efter åtta veckors utbildning. Personerna visade även på förbättrad egenvårdskapacitet ( $p = <0.004$ ) och empowerment ( $p = <0.046$ ) jämfört med kontrollgruppen. Som kontrast visar Rasjö Wrååk et al (2015) studie, som också byggde på en empowerment, ingen signifikant förbättring gällande livsstil mellan interventionsgruppen och kontrollgrupp då även kontrollgruppen visade på ökad aktivitet och förbättrade kostval.

Egenansvaret för livsstilsförändring fick inte kännas för övermäktigt (Brobeck et al. 2011) och sjuksköterskan skulle därför ha en medvetenhet och reflektera kring personens kapacitet i relation till krav och förväntningar, för att inte åsamka patienten ett dåligt samvete om inte målen nåddes (Rasjö Wrååk et al., 2015). Sjuksköterskans pedagogiska kunskaper, utbildningsnivå och förhållningssätt ansågs betydelsefulla i arbetet med att stödja personen i förändringsarbetet (Brobeck et al., 2011). Att ha adekvat kunskap och utbildning om de metoder och modeller som låg till grund för arbetssättet i studierna var en utgångspunkt för sjuksköterskans professionella bemötande (Ma et al., 2104; Rasjö Wrååk et al., 2015; Zhu et al., 2018). Att använda ett empowermentbaserat arbetssätt krävde både teoretisk kunskap och praktisk mängdträning för att kunna utföra arbetet på ett tillfredställande sätt enligt (Brobeck et al., 2011)

## **Att följa upp**

Resultatet visade att uppföljningen av patienter var en viktig del i sjuksköterskans arbetssätt där utvärdering, återkoppling och ett stödjande förhållningssätt hade stor betydelse för att främja en mer hållbar följsamhet till egenvård och livsstilsförändring. Uppföljningen kunde ske på olika sätt och i olika miljöer. Ett sätt för sjuksköterskan att följa effekter av delgiven kunskap och egenvård hos personer med hypertoni var att följa blodtrycksvärden. Resultatet visar blodtrycksmätning som ett mått på utfall såsom förbättrad kunskap och egenvård. Flera studier visade på signifikant förbättrade blodtrycksvärden ( $p = <0,05$ ) (Ali & Taha, 2014; Chang et al., 2012; Ciccolini et al., 2014; Drevenhorn, et al, 2007; Hacıhasanoglu & Gözum, 2011; Ma et al., 2014; Zhu, Wong & Wu 2018), till exempel redovisar Ciccolini et al (2012) att blodtrycksvärden i interventionsgruppen normaliserades från 150 mm Hg systoliskt till 135 mm Hg. Motsvarande siffror, från 158 till 133 mm Hg visar även Hacıhasanoglu och Gözum (2011). Däremot i Rasjö Wrååk et al studie (2015) framkom inte signifikanta skillnader. I både kontrollgrupp och interventionsgrupp kunde majoriteten av deltagarna uppvisa normaliserade diastoliska och systoliska målvärden (i

kontrollgruppen normaliserades 50% av deltagarnas systoliska värden och 80% av de diastoliska blodtrycksvärdena och i interventionsgrupp 40% av de systoliska och 70% av de diastoliska värdena).

Resultatet visar att viktiga parametrar i arbetet för att vidmakthålla en förändring var att sjuksköterskan regelbundet gjorde en utvärdering av satta mål och egenvårdseffekter genom olika mätvärden. Flera studier valde att följa blodfettsmätningar däribland triglycerider. Chang et al. (2012) kunde visa signifikant förbättrade värden ( $p=0,04$ ) likaså Ali och Taha (2015) ( $p=0,01$ ) medan Ma et al. (2014) visade en icke-signifikant förbättring ( $p=0,94$ ) och Drevenhorn et al. (2007) enbart visade signifikant förbättring hos män ( $p=0,03$ ) men inte hos de deltagande kvinnorna. Vikten av att utvärdera andra aspekter framkom också i resultatet, till exempel personens upplevelse av hälsa, livskvalitet och välbefinnande (Rasjö Wrååk et al., 2012, Zhu et al., 2018), och egenvårdsförmåga (Ali & Taha, 2014; Chang et al., 2012; Ma et al., 2014; Zhu et al., 2018).

En högre regelbunden uppföljningsfrekvens gynnade känslan av tillfredsställelse signifikant ( $p=0,0001$ ) (Zhu, Wong & Wu, 2018). Den kontinuerliga utvärderingen speglade både personens och sjuksköterskans insats och gav kunskap om inom vilka områden det fortsatta arbetet med livsstilsförändring kunde förstärkas (Drevenhorn et al., 2007). Sjuksköterskorna kunde välja att följa upp genom att besöka personer för samtal i hemmet som valfritt komplement till besök på kliniken (Hacihanoglu & Gözum, 2011; Ma et al., 2014; Zhu et al., 2018). Andra valde att följa upp personerna telefonledes för att repetera befintlig kunskap, svara på frågor eller lösa eventuella problem (Ali & Taha, 2014; Ciccolini et al., 2014; Zhu et al., 2018). Uppföljningen kunde även ske form av återbesök på mottagningen där sjuksköterskan och personen utvärderade följsamheten av den individuella vårdplanen vilken fokuserade på en förbättrad livsstil (Drevenhorn et al., 2007). Uppföljning kunde ske i grupp där deltagarna kunde utbyta erfarenheter ventilera tankar, känslor och behov med stöd av sjuksköterskan. De uppmuntrades att dela sina mål och framsteg med varandra (Chang et al., 2012). E-post kunde också användas. Genom att skicka veckovisa påminnelser om aktuella hälso- och livsstilsrekommendationer samt uppmuntran att dagligen fylla i webbaserade skattningsskalor vilka utvärderade följsamheten av interventionen (Ciccolini et al., 2014). E-post framkom som ett tidseffektivt och resurssparande verktyg i sjuksköterskans arbete med uppföljning (Ali & Taha, 2014).

Sjuksköterskorna kunde erbjuda personerna olika redskap för att stimulera en hälsosammare livsstil och underlätta utvärderingen av interventionen. Det kunde vara blodtrycksmätare i hemmet (Ali & Taha, 2014; Ciccolini et al., 2014; Zhu, et al., 2018), salinometer eller stegräknare (Chang et al., 2012). Att skriva dagbok var en uppföljningsmetod som stimulerade personen att reflektera över sin livsstil och sin fysiska och psykiska hälsa. Dagboksanteckningarna var en grund för att bedöma följsamhet till medicinering och det framkom att följsamheten ökade signifikant ( $p=0,039$ ) (Ma et al., 2014). Enligt Brobeck et al. (2011) var arbetet med att följa upp och etablera en hållbar livsstilsförändring en tidskrävande process, och det var viktigt att tillåta en generös tidsram för att kunna etablera en förändring.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Då syftet var att belysa sjuksköterskans arbetssätt som främjar livsstilsförändring och egenvård hos personer med hypertoni valdes en litteraturöversikt som modell. Den skapar en sammanställning av forskning inom valt område vilket leder till en bredare kunskap och förståelse av ämnet (Friberg, 2017). Sökningar har gjorts i olika databaser som CINAHL, PubMed och PsycInfo. Olika sökordskombinationer har använts för att finna relevanta artiklar, och då även nya sökordskombinationer gav samma artikelresultat kan det tyda på att ämnet är mättat (Friberg 2017).

Då vissa svårigheter fanns med att hitta tillräckligt med artiklar i den systematiska sökningen, gjordes en kompletterande osystematisk sökning av artiklar som visat sig intressanta via referenslistor. Detta anses inte ha påverkat resultatet felaktigt eftersom samma urvalskriterier använts som för artiklarna som valdes ut från vår systematiska sökning. Dock minskar möjligheten till replikerbarhet då sökningsförfarandet inte presenteras. En artikel skriven av Drevenhorn, Kjellberg och Berg (2007) återkom som referens upprepade gånger. Då den matchade syftet väl inkluderades den även om inte tidsintervallet stämde. Under arbetets gång konstaterades det att fler intressanta artiklar som motsvarade studiens syfte hade kunnat inkluderas om tidsintervallet hade utökats.

En kombination av kvalitativa och kvantitativa studier bidrar med olika typer av kunskap och studerar syftet utifrån olika synvinklar ger arbetet en bredd enligt Polit och Beck (2016). Då de första sökningarna av vetenskapliga artiklar resulterade i nästan enbart kvantitativa artiklar, gjordes en reflektion över om andra sökord hade resulterat i fler kvalitativa studier och sökstrategin modifierades genom att addera fler sökord. Denna sökning resulterade i endast en kvalitativ artikel, vilken var en uppföljande artikel där sjuksköterskans erfarenhet av motiverande samtal som metod för att främja livsstilsförändring hos personer med hypertoni beskrevs. Den valdes för att ge en nyanserad bild av syftet genom att spegla en annan synvinkel. Kvalitativa artiklar som matchade syftet var svåra att finna, då fenomenet inte belystes ur individens synvinkel (Friberg, 2017). Både sjuksköterskor och distriktssköterskor deltog i de utvalda artiklarna då att enbart inkludera sjuksköterskan hade gett ett för litet antal artiklar. Beslutet grundades också på att de i praktiken utför likvärdiga omvårdningsarbeten. I de kvantitativa artiklarna var det främst interventionens tillvägagångssätt som var av signifikans för vårt syfte och inte alla statistiska siffrorna från resultaten. Vi har därför valt att redogöra för de utfall som varit relevanta. Enligt Lantz (2014) så används en del statistiska värden i kvantitativa artiklar däribland signifikansnivå (p-värde). Detta är en statistisk hypotesprövning och beskriver hur stor sannolikhet som ett uppmätt värde kan bero på slumpen. Ett högre värde ökar risken för en slumpmässig inverkan på resultatet. Ett p-värde  $<0,05$  innebär under 5% sannolikhet att slumpen påverkar, vilket betyder att ett värde (utfall) därunder är statistiskt signifikant. P-värde beräknas av dataprogram men det finns även manuella sätt (Lantz, 2014).

Eftersom en risk finns att författarnas subjektiva förförståelse påverkar urvalet av artiklar har texterna lästs förutsättningslöst för att fånga innehållet i artiklarna. Förförståelse har i möjligaste mån åsidosatts för att uppnå ett objektiva, öppet, rättvist förhållningssätt till artiklarna och därmed

minska feltolkningar. Det skedde genom kontinuerlig diskussion och att ha en medvetenhet kring den existerande förförståelsen av ämnet. Även då resultatet skulle kategoriseras och rubriker sammanställas gjordes en kontinuerlig reflektion över vår förförståelse. Denna reflektion genom processen anses höja litteraturstudiens trovärdighet (Polit och Beck, 2016). Alla artiklar har genomgått en kvalitetsgranskning genom bifogade mallar. Enligt Friberg (2017) skapar användandet av mallen en större förståelse av varje vald artikel och därmed ökar tillförligheten. Granskningen resulterade i nio artiklar som uppnådde medel eller hög kvalitet. Dessa nio artiklar gav en uppfattning om det befintliga forskningsläget och speglade olika infallsvinklar som stämde överens med studiens syfte, vilket stödjer studiens giltighet enligt (Polit & Beck, 2016). Ett större antal artiklar hade med största sannolikhet resulterat i en högre generaliserbarhet. Flera artiklar fick exkluderas då de innehöll ett patientperspektiv eller diagnosen hypertoni tillsammans med annan kronisk sjukdom. Några relevanta artiklar fick exkluderas då endast abstractet och inte hela artikeln var skriven på engelska.

För att skapa transparens och trovärdighet redogörs alla steg i arbetet i löpande text och i tabeller (Polit & Beck, 2016). Studierna i de valda artiklarna kommer från Sverige, Italien, USA, Turkiet, Kina, Egypten vilket ger materialet en bredd och ett globalt perspektiv. Att deltagarna tillhörde olika kulturer, religioner och socioekonomiska grupper kan ses som en svaghet. Men då sjuksköterskans arbetssätt för att främja livsstilsförändring och egenvård har stora likheter oavsett härkomst och bakgrund anses resultatet vara applicerbart i Sverige. Med denna bakgrund uppfattas studiens överförbarhet som god.

Vi har i detta arbete varit två författare med stort geografiskt avstånd. Detta har inneburit att vi har läst vårt material, analyserat och funnit bärande enheter var för sig och tillsammans. Detta har inneburit långa diskussioner per telefon, mail och Skype. Under arbetets gång har vi mötts personligen tre gånger. En svårighet under analys var att våra meningsbärande enheter och post it-system fick överföras för vidare genomgång på gemensamma arbetsdokument på dator. Annars är det en styrka att vara två författare för arbetets resultat då allt material valdes, lästes, analyserades av två och diskuterats av två personer.

## **Resultatdiskussion**

Det finns många arbetssätt för sjuksköterskan att använda i arbetet med att främja hälsa genom egenvård och livsstilsförändringar hos personer med hypertoni. Det finns inte något arbetssätt som passar alla personer i alla situationer, utan sjuksköterskan behöver kunna arbeta för att kunna hitta det som är positivt och effektivt för den personen man skall hjälpa. Genom att arbeta personcentrerat, flexibelt, vara lyhörd och att skapa en god relation med personen kan många gånger vara viktigare än att följa en specifik arbetsmodell.

### **Att skapa en förändring**

Resultatet visar att sjuksköterskan har en viktig roll i att inspirera till goda levnadsvanor, undervisa och informera om risker med en ohälsosam livsstil. Många personer med hypertoni upplever inte sjukdomskänsla och flera har diagnostiserats vid annan sökorsak eller i samband med hälsokontroll. Detta faktum att en symptomlös diagnos medför att denne förväntas förändra och

Optimera sin livsstil kan bli en utmaning i sjuksköterskans hälsobefrämjande arbete. I enlighet med Orems egenvårdsteori (2001) och Drevenhorn (2018) visar resultatet i denna litteraturöversikt att den hälsobefrämjande processen börjar med att sjuksköterskan skapar sig en förståelse av personens tidigare kunskap, vanor, erfarenheter och förväntningar. Denna förförståelse hjälper sjuksköterskan vidare i det hälsobefrämjande arbetet, i syfte till att skapa delaktighet och förbättrad egenvård. Det ligger i linje med Svensk sjuksköterskeförening, (2017b) som rekommenderar att en kartläggning av levnadsvanor skall ingå som en del av behandlingen och i förlängningen erbjudas råd och stöd om de har ohälsosamma levnadsvanor.

Resultatet visar att en strukturerad arbetsmodell ger sjuksköterskan en förbättrad möjlighet att skapa sig en bild av personens hälsoprofil, få delge kunskap och främja hälsa hos personer med hypertoni. Det är av stor vikt att sjuksköterskan skall tillvarata individens unika förmågor, styrkor och resurser och kompensera det som denne saknar i sina kunskaper eller förmågor genom att stödja, vägleda och utbilda i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa vilket beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a) och även i Patientlagen (2014:821). I resultatet beskrivs olika teoretiska modeller som MI och empowerment vilka sjuksköterskorna framgångsrikt använder i sitt hälsobefrämjande arbete. Dessa båda modeller ligger till grund för ett personcentrerat arbetssätt. Det personcentrerade arbetssättet används i någon form i de flesta av studiens interventioner, vilket tolkas som ett framgångsrikt arbetssätt. Patienternas rätt till att vara delaktig i sin vård, i beslut och behandling är något som yrkesetiska riktlinjer för sjuksköterskor understryker (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b)

Både nationellt och internationellt har personcentrerad vård vuxit fram som ett begrepp vilket kan beskrivas som vård utifrån ett holistiskt synsätt. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, och att arbeta utifrån denna tolkning i det hälsobefrämjande arbetet, med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. Det innebär att ge personen de bästa förutsättningar för att göra välgrundade val om sin livsstil och hälsa men också att respektera dessa val. Det finns tre nyckelbegrepp inom den personcentrerade vården vilka är patientberättelsen, partnerskap och dokumentation (Ekman et al, 2011). Personens berättelse om sin upplevelse av sjukdom och hälsa och hur dessa påverkar dennes liv är i centrum. Utifrån detta byggs ett partnerskap med kunskapsutbyte för ett gemensamt beslutsfattande. Både personens berättelse och värderingar skall dokumenteras såväl som den gemensamt utarbetade hälsoplanen (Ekman, 2011).

Att använda ett personcentrerat arbetssätt som utgår ifrån individens mål och förutsättningar kan vara en bra metod, men den ställer krav på sjuksköterskans kompetens. För att kunna genomföra samtal, utbilda och ge råd på ett optimalt sätt, visar resultatet i denna litteraturöversikt att pedagogisk utbildning och praktisk träning behövs för sjuksköterskan. I flera av resultatets studier utbildas sjuksköterskorna i planerad arbetsmetod inför sin intervention för att säkerställa en god kvalitet. Vi anser att förutsättningarna för att kunna hjälpa och uppmuntra till beteendeförändring kräver en förstärkt kompetens för att optimera kvalitén i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskan måste ha adekvat kunskap om själva kärnämnet, ha kunskap om principer för beteendeförändring, samtalsmetodik och mellanmänsklig kommunikation. Verkligheten visar dock en annan sida vilket beskrivs i litteraturen där många sjuksköterskor belyser problematiken med att känna sig dåligt rustade och att de upplever att de saknar kompetens för att arbeta med livsstilsförändringar och efterlyser bättre arbetssätt för att bemöta och utbilda (Eriksson & Nilsson, 2008; Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja & Uttela et al., 2007; Khan, Bacon, Khan, Perlmutter, Gerlinsky & Dermer et al., 2017). Förbättrad kvalitet och utfall av intervention efter sjuksköterskans

kompetensutbildning beskrivs i Drevenhorn studie (2009) som visar att en kortare utbildning i personcentrerad utbildning förbättrade sjuksköterskornas individanpassade information, samtalen fick en bättre struktur vilket ökade personens egenansvar och delaktighet. Socialstyrelsen (2018) belyser också att det är av vikt att sjuksköterskan har adekvat kunskap och de pedagogiska verktygen som behövs för att kunna stödja med kunskap och råd.

## **Kunskap och motivation**

Resultatet visar att grunden för att kunna genomföra livsstilsförändring och vidmakthålla denna är kunskap och motivation. Adekvat utbildning om hypertoni och eventuella följsjukdomar, aktuella målvärden, utbildning och rådgivning om livsstilsfrågor samt betydelsen av en förbättrad livsstilsprofil menar Himmelfarb et al. (2016) är grundläggande byggstenar för att personen skall kunna påbörja ett förändringsarbete i arbetet med att förbättra hälsa. I litteraturöversiktens resultat framkommer att sjuksköterskan använder olika teoretiska modeller och arbetssätt för att förmedla kunskap, stimulera personen till delaktighet och stödja personen till förbättrad egenvårdsförmåga. Drevenhorn (2018) belyser att ökad kunskap och förståelse hos personer med hypertoni främjar hälsa då en attitydförändring medför förbättrad egenvårdskapacitet. Detta stämmer väl överens med Orem's egenvårdsteori och att sjuksköterskans arbetsuppgift är att stödja personen vid egenvårdsbrist, belysa denna och främja egenvårdskapacitet (Hartweg 1990, Orem, 2001). Att förstärkt kunskap hos personer med hypertoni signifikant förbättrar deras egenvårdsförmåga och hälsoprofil, gällande både fysiska, psykiska och emotionella värden framkommer i resultat. Att dra några slutsatser om vilket arbetssätt, som bättre eller mer effektivt, förmedlar kunskap och motiverar för att därigenom främja egenvårdskapacitet är inte enkelt. Flera av de inkluderade studierna visar på icke-signifikanta förbättringar då även kontrollgrupperna kunde visa på förbättrade värden efter erhållit sedvanlig vård. Detta belyser att även den för landet sedvanliga vården är av god kvalitet och bidrar till många positiva förändringar, även om denna inte beskrivs i studierna. Detta belyser att det finns många arbetssätt för sjuksköterskan som främjar egenvård och hälsa hos personer med hypertoni.

Resultatet visar att personens motivation är något som sjuksköterskor kan hjälpa till med att skapa och stödja, men att det behöver ges tid för att mogna inom individen själv. I resultatet framkommer att sjuksköterskan använder MI för att stärka personens motivation genom att utgå från vad personen vill, tänker och känner, vilket ökar delaktighet och egenansvar. Att MI beskrivs som ett motivationsstärkande arbetssätt framgår även i Khan et al. (2017) studie som visar att sjuksköterskan kan uppmuntra och stödja till en ökad motivation genom att personen får bedöma sin livsstil och utforska möjligheter till förändring utifrån sin egen förmåga, önskningar och värderingar. I resultatet framkommer att sjuksköterskans hälsobefrämjande arbetsuppgift bygger på förtroende, respekt och förståelse där vikten av att etablera ett samarbete mellan personen och sjuksköterska är av stor betydelse. Genom ett samarbete skapas en god grund för ökad kontroll över sina livsstilsval och en förbättrad hälsa hos personen. Vikten av att etablera ett samarbete med personen i fokus stämmer väl överens med Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) mål för sjukvården: en god hälsa och en vård på lika villkor med respekt för personers behov och självbestämmande. Det är viktigt att undervisning och rådgivning sker med respekt och utan pekpinna och skambeläggande, och att det under samtal och uppföljning finns tid för eftertanke och att ett förtroende skapas (Eriksson & Nilsson, 2008; Jallinoja et al., 2007). Vi ser utifrån

resultatet att ett personcentrerat möte där utbildningen bygger på personen specifika behov innefattar även skriftlig information, samt ett eventuellt komplement av grupputbildning, ger personen en bra grund för att kunna ta beslut om livsstilsförändringar och stärka sin egenvårdskapacitet.

### **Att upprätthålla förändring**

Resultatet visar att sjuksköterskans arbete med att stärka personens egenansvar innebär att dennes kunskap och erfarenheter tillvaratas och att egenvårdskapacitet stärks, vilket bidrar till en förbättrad kontroll över sin livssituation genom val av livsstil. Livsstil handlar om vanor, som påverkas av socioekonomiska faktorer, etnicitet, kön, gruppträck, självkänsla, förebilder och tilltro till sin egen förmåga. Dessa vanor och beteenden kan vara djupt rotade i individen. En attitydförändring och en upplevelse av egenmakt och meningsfullhet gör att en förändring kan upplevas som genomförbar och därigenom även bidra till att förändringen blir bestående. Resultatet visar att sjuksköterskans arbete med att stärka egenansvar kan ge kvarvarande positiva effekter på personers fysiska aktivitet och kosthållning. Genom att arbeta med empowerment främjar sjuksköterskan delaktighet vilket i sin tur förstärker personens egenvårdskapacitet. Begreppet empowerment beskrivs som ett samarbete byggt på respekt och empati och ger möjlighet för reflektion och ansvarstagande (Drevenhorn, 2018). Utifrån hälsa beskriver Eriksson att det är genom aktiva och medvetna val som hälsa kan vinnas och vidmakthållas. Genom att utbilda, motivera och stödja personen främjas dennes aktiva val av livsstilsförbättrande åtgärder (Wiklund Gustin & Bergbom, 2017). I enlighet med Socialstyrelsen (2018) skall sjuksköterskan se till personens individuella behov och förväntningar och stödja, så denne kan bli mer delaktig i sin vård och behandling. Delaktighet främjar motivation och ansvarstagande vilket ger en förbättrad egenvård men även en förbättrad hälsa både fysiskt och psykiskt.

I resultatet framkommer att en regelbunden uppföljning av personer med hypertoni är en viktig stödjande åtgärd och gynnar följsamhet till behandling och kan bidra till att nya livsstilsvanor kan upprätthållas. Jallinoja et al. (2007) menar att en regelbunden uppföljning skapar kontinuitet vilket också främjar en god relation. En god relation mellan sjuksköterska och person ger ett ökat förtroende och ett bättre stöd för personen att kunna ta ansvar för en bestående livsstilsförändring och förbättrad hälsa därigenom. Det framgår i resultatet att arbetet med att etablera livsstilsförändringar är en process som tar tid och resurser i anspråk men är en långsiktig investering i hälsa. Sjuksköterskans förhållningssätt, kunnande och färdigheter möjliggör en utveckling av hälsobefrämjande livsstil hos personer med hypertoni. Vi ser utifrån resultatet att ett personcentrerat arbetssätt med utvecklat partnerskap och en gemensamt utformad hälsoplan i enlighet med Ekman et al (2011) kan vara ett verktyg att använda i det hälsofrämjande arbetet.

Resultatet visar på att interventioner där sjuksköterskor använder varierande arbetssätt signifikant kan förbättra patienters livsstil och egenvårdsförmåga. Ett personcentrerat arbetssätt utifrån personens situation, behov och önskemål ger goda resultat genom att erhålla en mer motiverad och förändringsbenägen person anser Hörnsten et al., (2013) och Khan et al., (2017). Att använda personcentrerade arbetssätt såsom empowerment, MI och Orems teorier om egenvård kan få personer att må bättre, uppnå sundare livsstilsvanor samt erhålla ett förbättrat blodtryck. En individuell skriftlig hälsoplan skapar en struktur i det fortsatta arbetet och kan enligt resultatet



bidra till ökad följsamhet och bibehållen motivation. Att tillsammans med sjuksköterskan sätta mål med behandling och egenvård främjar ett ökat ansvarstagande.

Resultatet visar att en uppföljning av den farmakologiska och icke-farmakologiska hypertonibehandlingen kan vara tids- och resurskrävande. En regelbunden utvärdering av effekt på personernas mående och mätvärden innebär en kontinuerlig uppföljning för att främja egenvården. Det är idag många sjuksköterskor som upplever tidsbrist i sitt arbete vilket kan leda till att livsstilsrådgivning blir ett rutinbaserat möte istället för ett individanpassat (Eriksson & Nilsson, 2008; Jallinoja et al., 2007). Det kan därmed vara en utmaning för sjukvården, arbetsplatsen och den enskilda sjuksköterskan att finna alternativa och tidseffektiva lösningar i arbetssättet för att främja en förbättrad egenvård.

I resultatet framkom sjuksköterskans olika sätt att följa personerna på sikt. Det kunde vara per telefon, e-post eller vid besök. Att använda telefon och e-post som uppföljning öppnar möjligheter för sjuksköterskan att ge råd och stöd mer kontinuerligt. Även andra studier bekräftar att användandet av digitala plattformar ökar stadigt i det hälsobefrämjande arbetet eftersom det underlättar och möjliggör ett arbetssätt som är mer tidseffektivt och resurssparande (Himmelfarb et al., 2016). Uppföljningar i grupp beskrivs i resultatet att det kan ge ett värdefullt socialt stöd vilket kan bidra till bibehållen livsstilsförändring. Detta kan även vara ett sätt för sjuksköterskan att minska tidsåtgång per person men det är av vikt med insikt om att detta arbetssätt inte fungerar för alla.

Om tiden kan vara ett hinder för att utföra personcentrerad vård är inte helt klarlagt men i många verksamheter ses en effektiviserad vård där det personliga mötet prioriteras bort. Att ta sig tid att lyssna, förstå och synliggöra personen för att skapa delaktighet kräver en tillåtande miljö. Det personliga mötet kan också begränsas av sämre tillgänglighet, ekonomi och minskade personalresurser.

## **Slutsatser**

För att skapa en förändring visar resultatet att ett strukturerat arbetssätt med att delge kunskap och förbättrad motivation är en viktig grund för förbättrad egenvård och för att främja livsstilsförändring hos personer med hypertoni. Litteraturöversikten visar att sjuksköterskans arbetssätt kan utformas på olika sätt. Det finns inget arbetssätt som passar i all vårdkontext. Oavsett vilken omvårdnadsfilosofi eller modell som ligger bakom det hälsobefrämjande arbetet är det av vikt att sjuksköterskan har förmågan och kunskapen att individanpassa det pedagogiska mötet, genom att använda en personcentrerad utgångspunkt där personens egna perspektiv, upplevelser och förmågor ligger till grund för omvårdnaden. MI visar sig vara ett arbetssätt där samarbetet mellan personen och sjuksköterska skapar en ökad motivation, delaktighet och större ansvarstagande. För att upprätthålla en förändring i hälsofrämjande egenvård och livsstilsvanor visades i resultatet att utgå från empowermentbaserat arbetssätt främjar den enskildes behov och delaktighet i processen med att stärka egenvård. Genom en regelbunden uppföljning och utvärdering av personens mätvärden och mål identifierar sjuksköterskan dennes fortsatta behov av kunskap, stöd till egenvård och en hållbar livsstilsförändring i arbetet med att förebygga eller förbättra hälsan. Sjuksköterskans pedagogiska kunskaper, utbildningsnivå och förhållningssätt

anses betydelsefulla i arbetet med att stödja personen i förändringsarbetet. Sjuksköterskans arbete med att utbilda, motivera och skapa delaktighet stärker egenvårdskapacitet och ger ökade förutsättningar för en förbättrad hälsa hos personer med hypertoni.

## **Praktiska implikationer**

Denna studie beskriver sjuksköterskans betydelsefulla arbete med livsstilsförändringar hos personer med hypertoni. Att främja livsstilsförändring och egenvård leder till förbättrad hälsa visar förbättrade mätvärden och bidrar till ökad livskvalitet. I arbetet med att stödja egenvård och bestående livsstilsförändring har sjuksköterskan en given roll, som i många kontexter kan förstärkas och utvecklas ytterligare. Inom primärvården ses ofta sjuksköterskeledda mottagningar inom diabetes, kol och astma, däremot ses sällan en strukturerad sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning. Med tanke på resultatet skulle en sådan mottagning kunna skapa struktur då sjuksköterskan ser till hela personen och utifrån det skapar en relation, utbildar och motiverar till livsstilsförändring och läkemedelsbehandling. Att jobba mer systematiskt genom att använda en individbaserad teoretisk arbetsmodell kan leda till bättre kvalitet på omhändertagandet. En sjuksköterskeledd mottagning kan generera i mer involverade och engagerade personer då löpande uppföljningar stimulerar personens egenansvar. Ur en samhällsekonomisk syn kan mottagningsarbetet bidra till ett mer kostnadseffektivt och resurssparande arbetssätt. Det gynnar även den enskilde personen då förbättrad egenvård leder till förbättrad hälsa, förbättrat blodtryck och mindre risk att drabbas av följsjukdomar.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde**

Det hälsofrämjande arbete som sjuksköterskor skall bedriva kräver kunskap och kompetens. Oftast saknas både utbildning och struktur i arbetet. Vård- och samtalspedagogik och praktisk tillämpning av detta är ofta eftersatta områden för många sjuksköterskor. Då en förbättrad utbildningsnivå har visat sig gynna arbetet med att stödja och motivera till livsstilsförändring, efterfrågar författarna mer fortbildning för att erhålla en professionell nivå i det pedagogiska mötet. Det vore intressant att göra en forskningsstudie om personens upplevelse av hur en sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning, där en strukturerad arbetsmodell används, påverkar egenvårdskapaciteten.

## Referenser

\*markerar de artiklar som ingår i resultatet

\*Ali, Z, Taha N (2015) Effects of nursing guideline for recently diagnosed hypertensive patients on their knowledge, self-care practice and expected clinical outcomes *Journal of Nursing Education and Practice* 2015, vol 5 no 3 1-11

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

\*Chang, A.K, Fritschi, C, Kim M.J (2012) Nurse-led empowerent strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome *Contemporary Nurse* (2012) 42(1):118–128

\*Ciccolini, G, Simonett, V, Comparcini, D, Celiberti, I, Di Nicola, M, Capasso, L.M, Flacco, M.E, Bucci, M, Mezzetti, A, Manzli L (2014) Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial *International Journal of Nursing Studies* volume 51, issue 6 2014, 833-843 doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010

CODEX (2018). *Regler och riktlinjer vid forskning*. Hämtad 2018-11-24, från <http://www.codex.vr.se/forskningsetik.shtml>

Dahlström, Kechagias, Stenke (red), (2018) *Med 6 Internmedicin 6:e upplagan*. Malmö: Liber

Dombrowski, J.J Snelling, A.M, Kalicki, M (2014) Health Promotion Overview Evidence-Based Strategies for Occupational Health Nursing Practice. *M S WORKPLACE HEALTH & SAFETY • VOL. 62, NO. 8 342-348*

\*Drevenhorn, E, Kjellgren, K, Bengtson, A (2007) Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension *Journal of Clinical Nursing* 16, 7b, 144-151 doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01493.x

Drevenhorn, E., Bengtson, A., & Kjellgren, K. I. (2009). Evaluation of consultation training in hypertension care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(5), 349-354.

Drevenhorn, E (2018) A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. *International journal of hypertension*, 2/22/2018, p1-11.

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 doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02265.x

Eriksson, K (2000) *Vårdprocessen* Stockholm: Liber

Ekman, I, Swedberg, K, Taft, C, Lindseth, A, Norberg, A, Brink, E., . . ., Stibrant Sunnerhagen, K (2011) Person-centered care –Ready for prime time *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (2011) 248-251

Folkhälsomyndigheten (2015) *Hälsa 2020: ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO: s Europaregion*. Stockholm: Folkhälsmyndigheten

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0dd4f55131d5443d9b8efd36d8d7de4c/halsa-2020-sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf>

Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

\*Hacıhasanoglu, R, Gözum, S (2011) The effect of patient education and home monitoring on medication compliance hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting *Journal of Clinical Nursing* (2011) 20, 692–705 doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x

Hartweg, D L. Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing *Journal of advanced Nursing* 1990, 15, 35–41

Himmelfarb, C. R. D., 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.

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

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* 2014, 28; 235-244

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

Khan, N, Bacon SL, Khan, S, Perlmutter, S, Gerlinsky, C, Dermer, M, Johnson, L, Finderson, A, McLean, D, Laupacis, A, Pui, M Berg, A, Flowitt, F (2017) Hypertension management research priorities from patients, caregivers: A report from the Hypertension Canada Priority Setting Partnership Group. *J Clin Hypertens* 2017; 19:1063–1069 doi:10.1111/jch.13091

Lantz, B (2014) *Den statistiska undersökningen -grundläggande metodik och typiska problem*. Lund: Studentlitteratur

\*Ma, C, Zhou, Y, Zhou, W, Huang, C (2014) Evaluation of the effect of motivational interviewing counseling on hypertension care *Patient Education and Counseling* 95 (2014) 231–237 doi: 10.1016/j.pec.2014.01.011

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

\*Rasjö Wrååk, G, Törnkvist, L, Hasselström, J, Wändell, P.E, Josefsson, K Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *International Nursing review* (2015) 62, 17–196

Samadian, F., Dalili, N., & Jamalian, A. (2016). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Iranian journal of kidney diseases*, 10(5), 237.

Sandberg (2014) *Sjuksköterskans samtal professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2009) SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgängligt från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-10-6>

Socialstyrelsen (2018) Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stockholm: Tillgängligt från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-24>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2007) *Uppdatering av SBU-rapporten Måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr 170/1* Tillgängligt från: <https://www.sbu.se/contentassets/5e7cc1d364834ec0aa087968f6f9ea5a/hypertoni0712.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2017a) Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet rapport 260/2017 Tillgängligt från: [https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet\\_i\\_hal\\_so\\_och\\_sjukvarden.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_hal_so_och_sjukvarden.pdf)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2017b) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten 2017*. Tillgängligt från: <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2010). Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad Stockholm: svensksjuksköterskeförening. Tillgängligt från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening (2017a) *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Tillgängligt från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017b) *Strategi Jämlig vård och hälsa*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Tillgängligt från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_jamlik\\_vard\\_och\\_halsa.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_jamlik_vard_och_halsa.pdf)

Wallström, S, Ekman, I, Taft, C (2017) *Svenskarnas syn på personcentrerad vård*. I Andersson, U, Ohlsson, J, Oscarsson, H, Oskarson, M (red) Larmar och gör sig till. Göteborg: Som institutet 70 forskarantologi 197–2110 <https://som.gu.se/publicerat/bocker/70.-larmar-och-gor-sig-till>

WHO (2018) *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO (2019) <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> Hämtad 190308

Wiklund Gustin, L, Bergbom, I (red) (2017) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

\*Zhu, X, Wong, F, Wu, C (2018) Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: a randomized controlled trial *International Journal of Nursing Studies* (2018) 171-178

## Bilaga I

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1 Cinahl 181027	"Hypertension" MH	30206				
2	Nurs*AB	238688				
3	lifestyle	12286				
4	1,2,3 AND	91				
Avgränsningar:	Peer review, 2008-2018, engelska	73	73	16	12	4

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1 Cinahl 181030	"Hypertension" MW	37657				
2	Nurs*MW	618961				
3	"lifestyle changes"AB	1879				
4	"self management"AB	6297				
5	"self care"AB	8639				
6	3,4,5 OR	16051				
7	1,2,6 AND	78				
Avgränsningar:	Peer review, 2008-2018, engelska	37	37	13	6	2

## Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Framkom ej

Finns etiskt resonemang?  Ja  Nej  Framkom ej

### Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

### Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Ej relevant

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Ej relevant

### Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till  Ja  Nej  Vet ej

-Teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

-Genereras teori?  Ja  Nej  Ej relevant

### Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%)  grad II (70-79%)  grad III (60-69%)

**Tidskriftens bedömningssystem**  Double  Single  Ej  
Peer review  blinded  blinded  angivet



## Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

### Beskrivning av studien Forskningsmetod

Kontrollgrupp/-er .....

#### Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Adekvata exklusioner  Ja  Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera? (syftet)

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet?  Ja  Nej

Representativt urval?  Ja  Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej  Ej relevant

Likvärdiga grupper vid start?  Ja  Nej  Vet ej  Ej relevant

Blindning av patienter?  Ja  Nej  Vet ej  Ej relevant

Blindning av vårdare?  Ja  Nej  Vet ej  Ej relevant

Blindning av forskare?  Ja  Nej  Vet ej  Ej relevant

Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Adekvat statistisk metod?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

Är instrumenten valida?  Ja  Nej  Vet ej

Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej  Vet ej

Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej  Vet ej

### Huvudfynd

Hur stor var effekten? (statistisk signifikans, klinisk signifikans?)

### Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng. Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%)  grad II (70-79%)  grad III (60-69%)

**Tidskriftens bedömningssystem**  Double  Single  Ej  
Peer review  blinded  blinded  angivet

## Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Syfte	Metod	Urval och studiegrupp	Resultat	Kvalitets- granskning
<b>Zhu, X, Wong, F, Wu, C (2018)</b>  <b>Kina</b>	Studien etablerar en sjuksköterske-ledd hypertension management-modell på primärvårdsbasis för att förbättra kunskap och egenvård och utvärderar dess effektivitet	Interventionsgruppen följs i 12 veckors program i en modell enl. chronic care modell (Wagner) och 4Cmodell (Wong). Randomiserad kontrollerad singelblind metod Frågeformulär Mätning av värden t.ex blodtryck SPSS statistics version 20.0 (IBM). ANOVA	134 som deltog i studien, (262 exkluderade). Patienter med hypertoni, >18 år	Interventionsgruppen visade efter utbildningsprogrammet en signifikant sänkning av blodtrycket, en bättre medicinsk följsamhet, högre patienttillfredsställelse samt Quality of life signifikant förbättring i 6 aspekter. Interventionsgruppen visade på ökad sjukdomskunskap och fler hade vidtagit livsstilsförändringar jfm. kontrollgruppen	Grad 1
<b>Rasjö, Wrååk, G, Törnkvist, L, Hasselström, J Wändell, P.E, Josefsson, K (2015)</b>  <b>Sverige</b>	Studien syftar till att beskriva effekterna av hälsopromotion till patienter med hypertoni utifrån empowerment som arbetsätt	Randomiserad kontrollerad intervention. Sjuksköterskors stöd och rådgivning avseende livsstil baserat på empowerment Frågeformulär Mätning av värden t.ex blodtryck  Dataanalys. Analytisk statistisk Wilcoxon signed-rank, ANOVA.test.r	111 patienter, urval från primärvård. Kontrollgrupp och studiegrupp  111 patienter delades upp i två grupper, 59 i interventionsgruppen och 52 i kontrollgruppen.	Interventionsgruppen visade en signifikant förbättrad förståelse och kunskap hos patienter efter intervention, påvisar förbättrad hälsa och minskad upplevelse av stress samt förändrade levnadsvanor men ingen signifikant skillnad mellan grupperna betr. kost eller aktivitet. Minskad icke-signifikant konsumtion av alkohol och tobak.	Grad 1

Författare Årtal Land	Syfte	Metod	Urval och studiegrupp	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Hacihasanoglu, R, Gözum, S (2010)</b></p> <p><b>Turkiet</b></p>	<p>Att mäta effekten av en person-centrerad utbildning hos patienter med hypertoni inom primärvården genom att tillhandahålla utbildning om hypertoni, hälsosam livsstil och medicinsk följsamhet.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. 6 månaders studie</p> <p>Deltagare delades in i tre grupper A, B och C.</p> <p>Grupp A och B fick olika grad av intervention gällande utbildning och uppföljning där grupp B erhöll fördjupad intervention med frågeformulär</p> <p>Mätning av värden t.ex blodtryck.</p> <p>Grupp C var kontrollgrupp.</p> <p>Data analyserades i SPSS statistics software, version 11,0 för Windows ANOVA</p>	<p>120 deltagare med hypertoni-diagnos sedan minst ett år tillbaka.</p> <p>Ålder &gt;35 år.</p>	<p>De största skillnader i utfall utmättes mellan kontrollgrupp (C) och grupp B.</p> <p>Grupp B visar förbättrat blodtryck och BMI.</p> <p>Både grupp A och B visar förbättrad medicinsk följsamhet. HPLP (ett frågeformulär för att skatta personers livsstilvanor och upplevelse av hälsa i olika aspekter) visar på större effekt på grupp B men också signifikant skillnad på A och B i förhållande till C.</p> <p>Sjuksköterskornas patientutbildning i studien resulterar i olika omfattning, till en förbättrad livsstil och egenvård vilket gynnar hälsoprofilen</p>	<p>Grad I</p>
<p><b>Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., &amp; Huang, C. (2014).</b></p> <p><b>Kina</b></p>	<p>Syftet med studien är att studera effekten av motiverande samtal i jämförelse sedan vanlig vård för patienter med hypertoni</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie</p> <p>Interventionsgrupp fick en anpassad regelbunden MI av specialutbildad sjuksköterska.</p> <p>Frågeformulär</p>	<p>120 deltagare &gt;18 år, diagnostiserad hypertoni, minst en blodtrycks-sänkande medicin.</p> <p>Sekundär hypertoni och gravida exkluderades</p>	<p>Med regelbunden MI av specialutbildad sjuksköterska visade interventionsgruppen fler hälsovinster jmf. med kontrollgruppen genom att uppmäta förbättrad</p>	<p>Grad II</p>

		Mätning av värden t.ex blodtryck  Analyseras i SPSS version 16.0		livskvalitet gällande 4 aspekter (SF-36), ökad fysisk aktivitet samt förbättrat blodtryck. Ett stöttande och uppmuntrande förhållningssätt till egenvård ökad bla. följsamhet till medicinsk behandling,	
--	--	--	--	--	--

Författare Årtal Land	Syfte	Metod	Urval och studiegrupp	Resultat	Kvalitetsgranskning
<b>Chang, K A., Fritschi, C., &amp; Kim, M J. (2012).</b>  USA	Att jämföra effekten av empowerment baserad intervention ledd av sjuksköterskor gentemot sedvanlig primärvård vid hypertoni.	Randomiserad kontrollerad design. Interventionen innehöll tre delar; Hälsobefrämjande utbildning, empowerment baserad gruppdiskussion och fysisk träning. Frågeformulär Mätning av värden t.ex blodtryck  Datanalys via SPSS version 12.0	Inklusion: 57 deltagare. Ålder >35 år diagnostiserad hypertoni. Exklusion: patienter med svår hypertoni.	Den empowerment baserade utbildningen resulterade i att interventionsgruppen förbättrade sin hälsoprofil vilket visade sig i ett signifikant förbättrat blodtryck och minskat midjemått jämfört med kontrollgruppen. Deltagarna med stillasittande livsstil ökade sin aktivitet medan fysisk träning på hög- eller medelnivå ökade men ej signifikant.	Grad 1
<b>Brobeck, E, Bergh, H, Odencrants, S, Hildingh C (2011)</b>  Sverige	Beskriva vad primärvård-sjuksköterskor har för erfarenhet att arbeta med MI gällande livsstil	Kvalitativ innehållsanalys av intervjuer	20 sjuksköterskor inom primärvård som aktivt använder MI intervjuas	Sjuksköterskorna beskrev att MI upplevdes som krävande, och krävde träning men också som berikande, användbart och stimulerande arbetssätt för att	Grad 1

				främja livsstilsförändring.	
<b>Drevenhorn, E, Kjellgren, K, Bengtsson, A (2007)</b> <b>Sverige</b>	Studera effekt av en strukturerad utbildningsintervention av sjuksköterskor för behandling av hypertoni	Pre- och poststudie av intervention. Rådgivning utifrån individuell hälsoriskprofil, patientinformation även skriftlig  Frågeformulär  Mätning av värden t.ex blodtryck  SPSS 10.1	Patienter med hypertoni-diagnos inbjudna för att delta i studie vid en vårdcentral.- 177 bjöds in varav 100 deltog.	Den individuella rådgivningen gav deltagarna en förbättrad medicinsk förståelse, ett förbättrat syst. blodtryck. Deltagarnas livsstilsförändringar resulterade i ett minskat bruk av alkohol och tobak, två deltagare slutade röka. Deltagarnas hälsa förbättrades genom att den fysiska aktivitet ökade och detta gav en vikt nedgång och minskat midjemått hos kvinnor samt ett sänkt sammanlagt bmi från 30 till 28,	Grad 1

<b>Författare Årtal Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitets- granskning</b>
<b>Ali, ZH, Taha, NM (2014)</b> <b>Egypten</b>	Utformade riktlinjer för patientutbildning av sjuksköterska för att främja livsstilsförändringar för att sänka blodtryck och förebygga	Pre- och postuppföljning, kontrollerad studie. Personcentrerad utbildning för sjukdomslära, egenvård/livsstil, kost, viktreduktion, fysisk aktivitet, stresshantering,	85 patienter med hypertoni-diagnos senaste året bjöds in av medicinsk öppenvårdsmottagning vid två sjukhus, 70 deltog	Personcentrerad utbildning visade att deltagarna fick en signifikant förbättrad kunskap avseende sjukdom, behandling, komplikationer och livsstilsfaktorer. Deltagarnas livsstilsförbättrade	Grad 1

## Bilaga IV

	komplikationer.	medicinsk följsamhet och blodtrycksmätning i hemmet Frågeformulär Mätning av värden t.ex blodtryck  SPSS 16.0		åtgärder minskade upplevelse av stress. Det gav en ökad fysisk aktivitet,-en förbättrad egenvård, ökade följsamhet av farmakologisk behandling.	
--	-----------------	---	--	---	--

<b>Författare Årtal Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<b>Ciccolini, G Simonetti, V, Comparcini, D, Celiberti, I, Di Nicola, M, Capasso, L M, Flacco, M.E Bucci, M, Mezzetti, A Manzoli, L (2014)  Italien</b>	Utvärdera effekt av riktlinjebaserad utbildning av sjuksköterska i tillägg till råd och stöd via e-mail (NRP-e)	Randomiserad kontrollerad studie. Utbildningsprogram enligt nationella riktlinjer även web-baserat med email var vecka och telefon-uppföljningar. Frågeformulär Mätning av värden t.ex blodtryck Stata 10.1	198 patienter deltog, randomiserade till intervention eller kontrollgrupp. Patienterna tillhörde samma primärvårdscenter och hade hypertoni-diagnos.	Interventionsgruppen fick efter utbildningen en förbättrad medicinsk följsamhet och ett förbättrat blodtryck Förändrade livsstilsvanor som ökad daglig fysisk aktivitet. närapå halverad tobak- och alkoholkonsumtionen jfm. utgångspunkt. Inga deltagare slutade röka helt. Saltkonsumtion förändrades ej signifikant	Grad 1

**Högskolan Väst**

**Institutionen för Hälsovetenskap**

**461 86 Trollhättan**

**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**

**[www.hv.se](http://www.hv.se)**