

## Kapitel 4

# Sammanfattning

---

Förhöjt blodtryck är ett mycket vanligt förekommande tillstånd. I Sverige behandlas mer än en halv miljon människor för detta.

Förebyggande verksamhet och behandling i förening med tidig upptäckt av förhöjt blodtryck reducerar uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar under förutsättning att det finns en välfungerande vårdorganisation.

I denna medverkar allt fler sjuksköterskor med nya arbetsuppgifter och ansvarsområden. På många vårdenheter har mindre team skapats, som regel endast med läkare och sjuksköterskor. Särskilda hypertoni-mottagningar med specialutbildade hypertonisjuksköterskor har huvudsakligen inrättats på de stora akutsjukhusen. Sjuksköterskans uppgifter är mångskiftande och kan bland annat innefatta blodtrycksmätning vid screening, uppföljning av personer med förhöjt blodtryck, patientundervisning individuellt eller i grupp, medverka i såväl icke-farmakologisk som farmakologisk behandling med ansvar att ändra dosering, insamla och dokumentera data i patientregister, kontakta patienter vid uteblivna återbesök, instruera om 24-timmarsregistrering av blodtryck samt medverka i forskningsprojekt och läkemedelsprövningar.

Av de granskade studierna framgår att sjuksköterskor som erhållit lämplig utbildning inom hypertoni-området kan medverka i behandlingen av personer med förhöjt blodtryck på ett mångfacetterat och aktivt sätt. Några ofta dominerande patientönskemål, såsom kontinuitet i vården och kontakt med vårdgivare som kan anslå god tid för undersökning samt rådgivning, kan tillfredsställas av sjuksköterskor [5,6,7,18,27,46,50]. Sannolikt som en direkt följd härav kan patienternas följsamhet med såväl behandlingen som uppföljande besök förbättras.

Genom att en särskilt utbildad sjuksköterska kan delegeras en rad uppgifter för vård av patienter med måttlig blodtrycksförhöjning åtgår mindre läkartid [5,7,46], men det finns inga studier som kan verifiera om detta också leder till lägre totala vårdkostnader.

Samarbetet mellan sjuksköterskan och läkaren kan utformas mycket olika beroende bland annat på vårdnivå men också på ett projekts frågeställning [6,42]. Genom att använda evidensbaserade riktlinjer inom primärvården, bland annat vid sådana mottagningar där det finns specialistsjuksköterskor, kan möjligheterna att bedriva preventiv vård förbättras och vårdkvaliteten kan öka [21].

Den vård som sjuksköterskan bedriver har delvis en icke-farmakologisk inriktning. Målsättningen är både att åstadkomma blodtrycks-sänkning, som minimerar användning av läkemedel, och att minska risken för hjärt-kärlsjukdom. Rökavvänjning, som är av mycket stor betydelse, har dock visats vara svår att åstadkomma i de granskade studierna där man belyst sjuksköterskans roll i sammanhanget [11,18,60].

Med icke-farmakologisk behandling, särskilt avseende viktminskning och ökad fysisk aktivitet, kan en rad positiva effekter uppnås och sjuksköterskan har visats ha en central roll i undervisning av och information till patienterna om betydelsen av dessa åtgärder. Härigenom förefaller det vara möjligt att öka följsamheten med både behandlingen och uppföljande kontroller, vilket ibland kan medföra att läkemedelsdoserna kan sänkas [2,12,18,26,30,34,37,44,46,47,50]. Viktminskning vid övervikt har analyserats i några undersökningar där sjuksköterskor endera haft ett självständigt ansvar [41] eller medverkat i ett läkar-sjukskötersketeam [18,60]. Ökad fysisk aktivitet som kan påvisas objektivt i form av högre arbetsförmåga vid cykelergometertest har också noterats [18]. I en studie har man dock funnit att totalkostnaderna för icke-farmakologiska behandlingsprogram blev högre än behandling med läkemedel [26].

Ett betydande antal studier, sammanställda i två meta-analyser har belyst i vad mån olika metoder för avspänning, bio-feedback (att avlyssna pulslag och mäta blodtryck) samt undervisning och psykosocialt stöd kan medföra att blodtrycket sänks [13,24]. Resultaten är svårtolkade och osäkra, vilket beror på att undersökningsprotokollen uppvisade brister. Ingen av metoderna kan således rekommenderas i rutinvård av personer med förhöjt blodtryck.

Det förefaller vara viktigt att stimulera patienten till ökat ansvar för den egna hälsan i samband med förhöjt blodtryck [13,28,40]. I ett par artiklar framhålls att sjuksköterskan genom samtal med patienten får möjlighet till värdefull helhetssyn. Detta innebär bland annat att förstå och behandla patienten i sitt sammanhang; med arbetet, familjen, ekonomin och fritiden. Samarbetet med patienten gagnas och vidare kan relevanta och realistiska mål för behandlingen ställas upp [17,27,32].

Gruppundervisning har studerats bland annat av Nessman och medarbetare, som fann att patienter med otillfredsställande blodtryckkontroll och dålig följsamhet med läkemedelsbehandlingen kunde lära sig att välja individuellt anpassade läkemedel genom att följa ett speciellt protokoll [34]. Härmed uppnåddes lägre blodtryck och ökad följsamhet med såväl läkemedelsintag som återbesök. Dessa och andra fynd belyser att ett ökat medansvar är viktigt för vissa patientgrupper och att detta också kan resultera i högre patienttillfredsställelse [4,6,7,42,51].

Eftersom blodtrycksstegring ofta åtföljer en period med hög alkoholkonsumtion är det förvånansvärt att inte alkoholproblem observerats, studerats eller diskuterats i de granskade artiklarna. I endast en interventionsstudie tar man upp alkoholfrågan [60].

Grunden för ett säkert och effektivt omhändertagande av patienter med förhöjt blodtryck är ett gott samarbete mellan läkare och sjuksköterska [1,2,6,8,14,15,18,29,46,47,50]. Andra samarbetsformer och sammansättningar av vårdteam finns beskrivna men dessa ligger utanför syftet med denna rapport.

Datoriserad journalhandling, eventuellt även med inlagt vårdprogram, har införts på många vårdcentraler i landet och kan utgöra ett gott stöd vid patientkontakter. Stora fördelar med kontinuitet och samordning uppnås när endast en datoriserad journal finns för var patient och är tillgänglig för alla personalkategorier [37,47].

I SBU-rapporten påtalas att lokala vårdprogram för hypertoni bör utformas [48]. Eftersom patienter med förhöjt blodtryck till största delen behandlas och följs upp vid vårdcentralerna bör program utvecklas lokalt, alternativt gemensamt för ett sjukvårdsdistrikt. Hur programmet utformas och arbetsuppgifterna fördelas mellan olika personalkategorier kan variera mellan olika vårdenheter.

Alla som arbetar inom ett specialområde behöver kontinuerlig vidareutbildning [2,25,38,42]. Kunskapsnivån hos sjuksköterskor med olika utbildning om behandling och utredning av högt blodtryck har specialstuderats av McLaughlin och medarbetare [32]. Öppenvårdssköterskor utan profilering (public health nurses) ansågs behöva ytterligare utbildning för att komma i nivå med kunskaperna hos övriga sjuksköterskor och läkare. På senare år har det blivit allt vanligare att svenska distriktssköterskor specialiserar sig inom områden såsom diabetes, allergi, rökavvänjning, inkontinensvård med flera områden. Inom de flesta av dessa olika ämnesområden finns kurser och annan utbildning, några även på högskolenivå, för den som vill skaffa sig en specialutbildning. Inom hypertoni vården är specialutbildning ovanlig i Sverige. Det förekommer endast korta kurser och i ringa omfattning. Högskolekurser saknas helt.

Dokumentation och metodutveckling inom området omvårdnad vid behandling av patienter med förhöjt blodtryck är viktigt både för den löpande uppföljningen i den praktiska vården och för utvärderingsstudier. För att kvalitetssäkra omvårdnaden bör enligt gällande författningar denna noggrant beskrivas i journalhandlingarna [53,54,55]. Sjuksköterskan framhålls vara väl skickad att formulera en omvårdnadsdiagnos som underlag för sitt arbete [39].

Avslutningsvis bör här framhållas att när kvantitativa data från randomiserade kontrollerade studier saknas, måste fakta sökas i andra, väl genomförda undersökningar, med mindre vetenskapligt bevisvärde.

Detta torde för lång framtid gälla inom vårdområdet, där mycken erfarenhet samlats, utan att man kunnat eller velat genomföra kontrollerade studier. I ett sådant sammanhang kan det vara motiverat att mera lita på studier som genomförts i näraliggande sjukvårdsområden än på sådana som utförts i länder med helt andra sociala och ekonomiska förhållanden, och med annan filosofi och kultur både i allmänna termer och i fråga om sjukvård.

I den nu aktuella frågeställningen kan det vara särskild anledning att dra fram erfarenheterna från det stora Skaraborgsprojektet, som publicerats under flera författares namn (Berglund, Råstam, Isacsson, Rydén) och omnämnts på flera ställen i litteraturgenomgången.

Detta projekt, liksom den undersökning som gjorts av Carlgren har givit erfarenheter som pekar på både möjligheten och nyttan med av sjuksköterskor bemannade mottagningar för kontroll av patienter med högt blodtryck. Det kan vara värt att nämna att Skaraborgsprojektet är en fortsättning av den experimentella verksamhet med särskilda hypertoniomottagningar som påbörjades i Göteborg under det tidiga 1970-talet och som där, tyvärr utan att man särskilt studerade sjuksköterskans roll, dock gav positiva resultat ur såväl patienternas som sjukvårdens synpunkter.

Det finns således erfarenheter som talar för betydelsen av omvårdnad från sjuksköterskors sida i fråga om kontroll av måttligt förhöjt blodtryck. Med den satsning på vetenskapligt studium av vårdfrågor, som har ägt rum under de senaste åren, finns det all anledning att vidga dessa till en långtidsstudie av den sjuksköterskeledda hypertoniomottagningens roll med dess möjligheter till bedömning av betydelsen av icke farmakologisk behandling av denna typ av patienter.