

Metoder för att främja livsstilsförändring efter stroke

FÖRFATTARE	Helena Samuelsson Christina Wickman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Masuma Novak
EXAMINATOR	Zahra Ebrahimi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tack till vår handledare Masuma Novak för uppmuntran och konstruktiva kommentarer! Tack också till Valter Zagroba för teknikhjälp och tack till sambos, fåglar och maskar.

Titel (svensk):	Metoder för att främja livsstilsförändringar efter stroke
Titel (engelsk):	Methods to promote lifestyle changes after stroke
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19
Författare:	Helena Samuelsson Christina Wickman
Handledare:	Masuma Novak
Examinator:	Zahra Ebrahimi

SAMMANFATTNING

Introduktion: Stroke tillsammans med andra hjärt- och kärlsjukdomar står för en stor del av den samlade sjukdomsburden både i Sverige och globalt. För många medför det ett stort behov av medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering för resten av livet. Stroke orsakas ofta av livsstilsfaktorer, varför ett insjuknande många gånger skulle kunna förebyggas. De största beteendemässiga orsakerna till stroke är tobaksanvändning, för mycket alkohol, för lite fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. **Syfte:** Att beskriva omvårdnadsmetoder inom vården för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke. **Metod:** Allmän litteraturstudie med 11 inkluderade artiklar. En artikel är kvalitativ, övriga är kvantitativa. **Resultat:** Tre teman formulerades: Samtalsmetoder, Alternativa och kompletterande metoder samt Nya metoder. Utifrån dessa skapades underrubrikerna *Den transteoretiska modellen för förändring (TTM)*, *Motiverande samtal (MI)*, *Individuell utbildning/rådgivning*, *Generell utbildning*, *Handledda fysiska träningspass*, *Self determination theory (SDT)*, *Stöd*, *Målformulering* och *Samarbete med andra professioner*. **Slutsats:** Olika omvårdnadsmetoder användes för att främja livsstilsförändringar hos personer efter stroke. Exempelvis individuell och generell utbildning, rådgivning med eller utan bakomliggande teori, handledda fysiska träningspass, målformulering och samarbete med andra professioner. Dessutom upplevde patienterna det som viktigt med stöd både från vårdpersonal och närstående i sin livsstilsförändring.

Nyckelord: Stroke, TIA, sekundärprevention, livsstilsförändring, metoder, fysisk aktivitet, kost, rökning, alkohol.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Stroke	1
Levnadsvanor och riskfaktorer för stroke	2
Riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete	4
Rekommenderade metoder.....	4
Metodernas bakomliggande teorier	5
Delaktighet, hopp och hälsa	6
Problemformulering	7
SYFTE.....	7
METOD.....	7
LITTERATURSTUDIE	7
DATAINSAMLING	7
URVAL	8
Urvalsprocess	8
Artikelgranskning.....	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	9
VILKA OMVÅRDNADSMETODER FINNS?	10
Samtalsmetoder	10
Alternativa och kompletterande metoder	12
Nya metoder	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
Begränsningar	14
Sökprocess.....	15
Urval.....	15
Artikelgranskning.....	15
Besvaras syftet?.....	16
RESULTATDISKUSSION	16
VIDARE FORSKNING	18
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	19
SLUTSATS	19
REFERENSLISTA	20
Bilaga 1: Söktabeller	24
Bilaga 2: Granskningsmallar.....	26
Bilaga 3: Artikelöversikt	28

INTRODUKTION

INLEDNING

Efter att ha sett de enorma negativa konsekvenserna av ohälsosamma levnadsvanor under våra praktikplaceringar blev vi intresserade av hur vi som sjuksköterskor skulle kunna påverka patienter till livsstilsförändringar. Inte bara vid arbete i öppenvården utan också i det subakuta skedet efter en incident som lett till slutenvård. För att begränsa oss valde vi att titta på interventioner för att minska risken för stroke hos patienter som drabbats av stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA) och var eller hade varit ineliggande för detta. Stroke är av intresse då det är en sjukdom som är nära förknippad med levnadsvanor.

I Sverige sker det sjukdomsförebyggande arbetet, som bland annat handlar om livsstilsförändringar, idag främst inom primärvården. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska även slutenvården arbeta med livsstilsförändringar, men enligt våra erfarenheter är det till stor del inte så. Vi vill beskriva omvårdnadsmetoder inom vården för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke.

Finns det något vi kan ta med oss från öppenvården som går att använda i slutenvården för att följa Socialstyrelsens riktlinjer? Hur kan vi som sjuksköterskor påverka till och främja livsstilsförändringar hos patienter med stroke för att förhindra återinsjuknande, minska lidande och ge en hållbar utveckling i vården?

BAKGRUND

Stroke

Epidemiologi

Globalt sett är hjärt- och kärlsjukdom den vanligaste dödsorsaken med 17,5 miljoner dödsfall år 2012, varav stroke stod för ca 6,7 miljoner (WHO, 2015). Den största andelen dödsfall sker idag i låg- och medelinkomstländer. I Sverige drabbades nästan 30 000 personer av stroke år 2013, varav knappt 4400 personer avled med stroke som underliggande dödsorsak (Socialstyrelsen, 2015a). Ytterligare ca 8000 personer drabbas årligen av TIA (Internetmedicin, 2015a). Historiskt sett har förekomsten av stroke varit högre bland välutbildade och bättre bemedlade, vilket fortfarande är fallet i utvecklingsländer där incidensen ökar. Samtidigt minskar hjärt-kärlsjukdomar i industrialiserade länder och med en utveckling i motsatt riktning; i samhällets övre skikt minskar risken för stroke samtidigt som den ökar för dem med lägre socioekonomisk status (WHO, 2004a).

Patofysiologi

Stroke är ett samlingsnamn för de mer specifika diagnoserna hjärninfarkt (som i dagligt tal kallas propp) och hjärnblödning, som vardera står för 85% respektive 15% av alla stroke (Appelros, 2012). Oavsett anledning innebär stroke en cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl med syrebrist som följd (Jönsson, 2012). Några huvudtyper av hjärninfarkter (proppar) är kardiell emboli som orsakas av förmaksflimmer, storkärlssjukdom som oftast orsakas av embolisering av karotisstenos och lakunär infarkt som orsakas av ocklusion av småkärl centralt i hjärnan, men 20-25% av alla hjärninfarkter har okänd orsak (Internetmedicin, 2015b). Hjärnblödning delas upp i intracerebralt hematoma och subaraknoidalblödning. Ett intracerebralt hematoma uppstår då ett blodkärl i hjärnan går sönder. Det blod som läcker ut ger ett ökat tryck på omkringliggande vävnad och

orsakar på så sätt syrebrist (The Internet Stroke Center, 2015a) Då blödningen istället uppstår i utrymmet mellan hjärnan och skallbenet kallas det subaraknoidalblödning, men ger också det ett ökat tryck på hjärnan med syrebrist som följd (The Internet Stroke Center, 2015b). När symptomen av infarkt varar mindre än 24 timmar kallas det för transitorisk ischemisk attack, TIA. Orsakerna till TIA är dock ofta desamma som för hjärninfarkt och kan vara en förvarning om en förestående stroke (Lindgren, 2014), ca tio procent av dem som fått TIA får stroke inom två dagar (Socialstyrelsen, 2015b).

Symtom och tecken

De vanligaste symtomen på stroke är plötslig svaghet eller förlamning i ansikte, arm eller ben, oftast på en sida av kroppen (WHO, 2014). Andra vanliga symptom är plötslig förvirring, svårigheter att tala eller förstå tal, synstörningar på ett eller båda ögonen, balanssvårigheter eller plötslig kraftig huvudvärk utan kända orsaker samt svimning eller medvetslöshet. Symtomen beror på vilken del av hjärnan som skadats och hur omfattande skadorna är. En del personer som drabbas av stroke eller TIA får mindre symtom som går över helt eller delvis efter det akuta skedet, men för många medför det ett stort behov av medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering för resten av livet (Jönsson, 2012).

Diagnostisering och behandling

Avgörande för strokebehandlingen är om orsaken är infarkt eller blödning, samt tidsaspekten. Diagnostiseringen består av klinisk undersökning, datortomografi av hjärnan och ultraljudsundersökning av karotiskärnen och eventuellt hjärtat (Socialstyrelsen, 2015b; WHO, 2014). Behandlingen innebär bland annat trombolys (vid hjärninfarkt, inom 4,5 timmar efter symtomdebut), eventuellt blodtryckssänkning och eventuellt kirurgiskt ingrepp, till exempel trombektomi med endovaskulär teknik (Socialstyrelsen, 2015b; WHO, 2014; Internetmedicin, 2015c). Vid hjärnblödning kan trycket på hjärnan minskas genom dränering eller hemikranektomi. Om blödningen beror på ett brutet aneurysm kan detta åtgärdas genom att till exempel täppa igen det med en klämma (Appelros, 2012). På lite längre sikt och för att minska risken för återinsjuknande i stroke är livsstilsförändringar av avgörande betydelse (Socialstyrelsen, 2015b; WHO, 2014).

Orsaker

Stroke kan ha flera orsaker som inte går att påverka som till exempel ärftlighet, kön och ålder (The Internet Stroke Center, 2015c). Risken att drabbas ökar med stigande ålder och fördubblas för varje levtt decennium efter 55 års ålder (WHO, 2004b). Medelåldern för insjuknande i Sverige är ca 74 år för män och nästan fem år högre för kvinnor (Socialstyrelsen, 2015b) men den totala risken att drabbas av stroke är oberoende av kön (WHO, 2004b). Stroke orsakas ofta av livsstilsfaktorer (WHO, 2015) och en mycket stor andel skulle därför kunna förebyggas.

Levnadsvanor och riskfaktorer för stroke

Tobaksanvändning, för mycket alkohol, för lite fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor är de levnadsvanor som bidrar allra mest till den samlade sjukdomsbilden i Sverige (Socialstyrelsen, 2014). Av alla kvinnor i Sverige har 50% minst en ohälsosam levnadsvana, för männen är siffran 67%. Minst en tredjedel av hjärt- och kärlsjukdomarna, där stroke ingår, skulle i Sverige kunna förhindras med hjälp av ändrade levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2009). WHO (2014) belyser att dessa levnadsvanor är de globalt sett största beteendemässiga orsakerna till stroke.

Ohälsosamma levnadsvanor

Vad som räknas som ohälsosamt definieras i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011a):

Riskbruk av alkohol innebär mer än nio standardglas per vecka för kvinnor och mer än 14 standardglas för män (Socialstyrelsen, 2011a). Det kan också innebära fyra standardglas vid ett tillfälle för kvinnor och fem standardglas för män. Ett standardglas är till exempel 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit.

Otillräcklig fysisk aktivitet innebär mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå (ökad puls och andning), eller mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå (avsevärt ökad puls och andning) (Socialstyrelsen, 2011a; YFA Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2015).

Ohälsosamma matvanor innebär låga poäng (0–4 poäng av max 12) på ett kostindex som utgår från frågor om hur ofta personen äter grönsaker, rotfrukter, frukt, bär, fisk, skaldjur, kaffebröd, choklad, godis, chips eller dyliskt samt dricker läsk och saft (Socialstyrelsen, 2011a).

Tobaksbruk innebär daglig rökning oavsett antalet cigaretter. Tillfällig rökning i små mängder medför hälsorisker, men ju mer frekvent rökning i större mängder desto större blir hälsoriskerna. Snusning avser daglig snusning (Socialstyrelsen, 2011a).

Riskfaktorer

De ohälsosamma levnadsvanorna kan leda till sjukdomar såsom fetma, hypertoni, blodfetterrubbingar och typ 2-diabetes vilka i sin tur kan leda till stroke (Socialstyrelsen, 2009). Dessa sjukdomar räknas som riskfaktorer till stroke (Wester, 2014). Nära hälften av Sveriges befolkning har idag övervikt eller fetma, det vill säga BMI >25 respektive >30. (Folkhälsomyndigheten, 2015a). Övervikten påverkar inte bara synligt och direkt kännbart, utan också till exempel blodfetter och därmed blodkärlens tillstånd och funktion. Högt blodtryck, det vill säga ett systoliskt och/eller diastoliskt tryck $\geq 140/90$ mmHg, är en av de största riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar där stroke ingår. Av världens befolkning över 18 år hade 22% högt blodtryck år 2014 (WHO, 2014). Drygt var femte strokepatient har diabetes och diabetesprevention skulle också kunna minska risken för insjuknande i stroke (Socialstyrelsen, 2015b). Diabetes innebär en störd insulinmekanism och för diagnosen krävs ett reproducerat fastande p-glukos >7 mmol/l och p-glukos >12,2 efter glukosbelastning (Hedner, 2010). För personer med typ 2-diabetes är risken att drabbas av ateroskleros, hypertoni, övervikt och blodfetterrubbingar ökad. Därmed ökar också risken för stroke med 1,5-3 gånger (Appelros, 2014).

Andra riskfaktorer är till exempel långvarig stress som kan påverka livsstilen och därmed vikt, blodsocker, blodfetter och blodtryck och på så sätt leda till stroke (Internetmedicin, 2015a). Personer med olika hjärtsjukdomar, framförallt förmaksflimmer, har betydligt ökad risk för stroke. Detta då hjärtsjukdomen kan orsaka att blodproppar bildas inne i hjärtat och därifrån föras genom kärlen upp till hjärnan (Appelros, 2012). Stroke i sig är en riskfaktor, cirka 10% drabbas av ett nytt strokeinsjuknande inom ett år. Låg socioekonomisk status är också en riskfaktor för stroke (WHO, 2004b). Socialstyrelsen uppmärksammar att förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen (Socialstyrelsen, 2014). Det är vanligare med ohälsosamma levnadsvanor hos personer med låg socioekonomisk status, till exempel är det fyra gånger fler lågutbildade än högutbildade kvinnor som röker. Att vara fysiskt inaktiv är i Sverige vanligare och att vara överviktig är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade

(Socialstyrelsen, 2011b). Men ojämlikheterna kan minska om personer får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2014).

Riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete

Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att hälso- och sjukvården i Sverige ska arbeta förebyggande för att förhindra ohälsa (Riksdagen, 2014) och Socialstyrelsen (2015b) rekommenderar i sina riktlinjer för strokesjukvård att förebyggande arbete ska genomföras, samt att personal i alla delar av hälso- och sjukvården ska ställa frågor om livsstil (Socialstyrelsen, 2011a). Trots detta är det få patienter som får hjälp med en livsstilsförändring. De flesta som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra den och dessutom ha stöd att göra det. Merparten av alla människor i Sverige uppskattar att vårdpersonal berör ämnet och majoriteten önskar hellre råd om livsstil än att få läkemedelsbehandling (Socialstyrelsen, 2014).

Flertalet landsting arbetar med att implementera de riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete som Socialstyrelsen har givit ut, men hur långt arbetet kommit är olika. Alla landsting har övergripande styrdokument och mål för det sjukdomsförebyggande arbetet. Nästan alla landsting, primärvård och specialistvård inkluderade, har arbete med levnadsvanor, och riktlinjer för detta, i sina uppdragsbeskrivningar. På de allra flesta vårdenheter finns också rutiner för hur arbetet ska gå till. Däremot upplever ofta personalen att det inte finns rutiner. De uttrycker också att rådgivning inte är något som prioriteras och att det inte finns tid att arbeta med levnadsvanor. Personalen upplever sig vidare sakna ämneskunskap och kompetens i samtalsmetodik för att genomföra rådgivande åtgärder (Socialstyrelsen, 2014). I Socialstyrelsens utvärdering av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (2014) framkommer att patienters eventuella ohälsosamma levnadsvanor och personalens insatta åtgärder oftast inte dokumenteras. Om dokumentation saknas vet inte andra delar av hälso- och sjukvården vilka åtgärder som vidtagits. Detta kan leda till att patienten inte får tillräckligt stöd eller blir tillfrågad om sin livsstil onödigt många gånger (Socialstyrelsen, 2014).

För att genomföra de i riktlinjerna beskrivna samtalen krävs att det är känt att patienten har en ohälsosam livsstil (Socialstyrelsen, 2011a). Samtidigt rekommenderas att även personer som inte har utvecklat några symtom eller sjukdom relaterad till livsstil ska få reda på att de eventuellt har en ohälsosam levnadsvana och hur de kan förändra den för att kunna förebygga sjukdom. Det innebär att personal bör ställa frågor om livsstil trots att det inte har att göra med patientens sökorsak. En strävan bör dock alltid vara att ställa frågor på ett så relevant sätt som möjligt och ibland kan det hända att det är allra mest relevant att avstå att beröra ämnet. Alla samtal bör vara stöttande och utgå från patientens upplevelse av levnadsvanan och motivation att förändra den. Om samtalet istället upplevs för kravfyllt eller skuldbeläggande kan patientens hälsa försämrans (Socialstyrelsen, 2011a).

Rekommenderade metoder

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (2011a) presenteras vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder att använda i livsstilsarbetet. Avsikten med riktlinjerna är att förebygga sjukdomar som kan orsakas av en ohälsosam livsstil. Grunden är att samtala om levnadsvanor och samtalen delas in i tre olika former- enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal (Socialstyrelsen, 2014).

Enkla råd innebär att information om hälsosamma levnadsvanor ges. Detta kan kompletteras med skriftlig information. Det ingår nödvändigtvis inte här att ställa frågor. Tidsåtgången är ofta mindre än fem minuter (Socialstyrelsen, 2011a). Rådgivande samtal innebär att personal för en dialog med patienten angående hälsosamma levnadsvanor, vilka anpassas till individen med tanke på sjukdomar, förmåga och så vidare. Personalen bör sträva efter att stötta, utgå från patientens egen upplevelse av sjukdomen och motivation till förändring. Hjälpmedel, skriftlig information, motiverande strategier och uppföljning kan användas. Tidsåtgången är 10-30 minuter. Enkla råd och rådgivande samtal kan ges av en grundutbildad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2011a).

I det kvalificerade rådgivande samtalet ingår precis samma delar som i det rådgivande samtalet. Dessutom bygger det här samtalet ofta på en teori eller följer en struktur- till exempel motiverande samtal (MI), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller den transteoretiska modellen för förändring (TTM) vilken användaren ska ha utbildning i. Samtalet kan hållas i grupp eller enskilt och tar ofta mer än 30 minuter. För att genomföra något av dessa samtal krävs att det är känt att patienten har ohälsosamma levnadsvanor samt att personalen har kunskap om dessa vanor. Samtalen bör dokumenteras och utvärderas för att svara på vilket resultatet blev (Socialstyrelsen, 2011a).

Alternativa och kompletterande åtgärder presenteras också i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011a) som till exempel handledda fysiska träningspass på eller i anslutning till sjukhus eller vårdinrättning, individanpassade träningsprogram att genomföra hemma, stegräknare eller telefonrådgivning. Dessutom kan webb- och datorbaserade program användas där personen kan svara på frågor om olika levnadsvanor och därefter ges rekommendationer och instruktioner om hur nya vanor kan skapas. Fysisk aktivitet på recept (FaR), är ytterligare en åtgärd. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal tar anamnes, skriver ett recept på lämplig fysisk aktivitet samt följer upp träningsresultatet (Socialstyrelsen, 2011a).

Metodernas bakomliggande teorier

Det kvalificerade rådgivande samtalet bygger, som tidigare nämnts, ofta på en teori - exempelvis den transteoretiska modellen för förändring, motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi. Dessutom kan FaR användas för att motivera till motion (Socialstyrelsen, 2011a).

Den transteoretiska modellen för förändring (TTM)

Den transteoretiska modellen för förändring tar hänsyn till olika förändringssteg som personen kan befinna sig i (Folkhälsomyndigheten, 2015b). De olika stegen är placerade efter varandra i en cirkel eller ett hjul, det så kallade förändringshjulet eller med engelsk översättning - stages of change. Stegen innefattar "ej beredd", "osäker", "förberedelse", "handling" samt "vidmakthållande". De frågor som ställs till personen är anpassade efter det aktuella steget. Orsaker till det gamla beteendet samt för- och nackdelar med situationen och den aktuella förändringen diskuteras också. Tanken är att personen ska förmås att gå från den ena nivån till nästkommande och på så sätt till slut uppnå en varaktig livsstilsförändring (Folkhälsomyndigheten, 2015c).

Motiverande samtal (motivational interviewing, MI)

Psykologerna Miller och Rollnick inspirerades av den transteoretiska modellen för förändring när de skapade motiverande samtal, MI, under senare delen av 1900-talet.

Från början användes MI för att behandla personer med alkoholproblem. Numera tillämpas den för all typ av livsstilsförändring inom hälso- och sjukvård, skola och kriminalvård med flera. MI handlar om att främja en persons ambivalens kring sitt beteende, undersöka hur beteendet stämmer överens med önskemål och värderingar, att ta reda på varför personen eventuellt inte vill genomföra någon förändring samt lyfta personens förmåga och förutsättningar att förändras (Miller & Rollnick, 2010). Grunden i motiverande samtal är att stärka motivationen till förändring. För att använda MI ska sjuksköterskan inneha en särskild utbildning, där grundutbildningen omfattar 2-4 dagar (Motivational Interviewing Network of Trainers *MINT* Nordic, 2011).

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet på recept, FaR, bygger till stor del på den transteoretiska modellen för förändring. FaR kan vara ett alternativ eller komplement till mediciner vid olika sjukdomstillstånd, till exempel högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, stroke, diabetes, bröst- och tjocktarmscancer, artros och depression. Tillsammans med patienten diskuteras vilken motionsform som kan vara lämplig utifrån diagnos och preferenser och patienten får med sig ett recept på vald aktivitet (Folkhälsomyndigheten, 2015b). För att förskriva FaR ska sjuksköterskan ha kunskaper om både FaR och MI samt om den aktuella patienten, verksamhetschefen bedömer om kunskapen är tillräcklig. Det finns speciella FaR- ledare som leder vissa motionsgrupper och ger stöd till den som fått ett FaR-recept (Folkhälsomyndigheten, 2015d).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Med hjälp av kognitiv beteendeterapi, KBT, kan tankar, känslor och beteenden förändras. Klienten berättar om sin situation, sina tankar och får fundera på om det finns andra mer konstruktiva tankar och handlingar att använda sig av och tränar på att agera på ett nytt sätt. Klienten och samtalsledaren sätter tillsammans upp ett mål med behandlingen och utifrån det skapas en individuell behandlingsplan (Wiklund Gustin, 2012).

Delaktighet, hopp och hälsa

Ovan beskrivna metoder för livsstilsförändring sätter ofta patienten i fokus genom att denne berättar om sin upplevelse av sjukdom, motivation till förändring, önskemål om träningsformer och så vidare (Socialstyrelsen, 2011a; Folkhälsomyndigheten, 2015b). Patienten görs delaktig. I patientlagen 2014:821 (Riksdagen, 2015) betonas delaktighet och där förklaras att hälso- och sjukvården ska utgå från patientens förutsättningar och önskemål och att vården ska planeras och genomföras tillsammans med patienten så långt det är möjligt. Även närstående ska bjudas in vid planering och genomförande av vård om det inte strider mot tystnadsplikt eller är olämpligt på annat sätt (Riksdagen, 2015). Delaktighet är viktigt för att det leder till bättre vård- och behandlingsresultat. Samtidigt måste personalen ge patienten förutsättningar för att kunna vara delaktig, vilket handlar om att skapa en bra relation med tillit och acceptans och där personal tar sig tid att lyssna till vad patienten har att säga (Eldh, 2011).

Som tidigare nämnts kan ett samtal där patienten inte blir lyssnad på och som inte är stöttande utan upplevs som kravfyllt försämra patientens hälsa. Detta speglar att personalens bemötande är viktigt för patientens livsstilsförändring (Socialstyrelsen, 2011a). Skärsäter (2011) förklarar vidare att om sjuksköterskan har en positiv

inställning till sina patienter förmedlas hopp om att de kan lyckas göra en förändring. Hopp kan ge inspiration och motivation att nå ett uppsatt mål (Willman, 2011). Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2009) skriver om hälsa att den "definieras olika beroende på teoretisk utgångspunkt och vad som anses vara omvårdnadens mål och syfte" (s. 238) och att "Begreppet hälsa har sina rötter i etniska, filosofiska och religiösa tankesätt." (s. 238) Synen på hälsa är alltså både kulturell och individuell. Varje människa är unik och det är viktigt att undvika generaliseringar, samtidigt som det inte går att bortse från den kulturella bakgrunden. Synen på hälsa är heller inte statisk och kan skilja sig från en tid till en annan (Hedelin, Jormfeldt och Svedberg, 2009). Enligt WHO's definition innebär hälsa inte bara frånvaro av sjukdom utan också "ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande" (WHO, 1948.)

Problemformulering

Det finns lagar som ålägger hälso- och sjukvården att arbeta för att förebygga sjukdom och riktlinjer för hur det ska göras, men det arbetet ingår fortfarande inte som en självklar del i sjukvårdens vardag. Det är viktigt att lyfta metoder som kan användas i det sjukdomsförebyggande arbetet för stroke, vilken till stor del kan förhindras med hälsosamma levnadsvanor. Vi undrar därför vilka omvårdnadsmetoder som finns för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke.

SYFTE

Att beskriva omvårdnadsmetoder inom vården för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke.

METOD

LITTERATURSTUDIE

Metoden i detta arbete är en allmän litteraturstudie. En litteraturstudie är en lämplig metod när en överblick eller sammanställning ska skapas över ett avgränsat område (Segesten, 2012a). Segesten (2012a) menar dessutom att en litteraturoversikt kan påverka det praktiska vårdarbetet. Den allmänna litteraturstudien används för att på ett strukturerat sätt beskriva den befintliga kunskapen (Friberg, 2012). I denna litteraturstudie har både kvantitativa och en kvalitativ artikel bedömts.

DATAINSAMLING

För att få en första inblick i ämnet och för att kunna välja relevanta sökord vid den egentliga litteratursökningen (Wallengren & Henricson, 2012) gjordes en inledande litteratursökning. Östlundh (2012) menar att det ingår att experimentera med sökfunktioner och sökord, vilket också gjordes, för att till slut hitta artiklar med bra kvalitet. Vidare delades syftet upp i meningsbärande ord, till dessa skrevs synonymer och associerade ord (Karlsson, 2012). De meningsbärande orden tillsammans med synonymer och associerade ord utgjorde sedan sökorden. Sökorden kontrollerades i Svensk MeSH eller Cinahl headings. Exempel på sökord som slutligen valdes var *stroke*, *secondary prevention*, *lifestyle change*, *counseling*, *health education* och *motivational interviewing*, se bilaga 1 Söktabeller.

Efter den inledande litteratursökningen hittades få artiklar som handlade om livsstilsförändringar i slutenvården efter stroke, varför denna begränsning togs bort. I den egentliga sökningen användes databaserna Cinahl - med omvårdnadsfokus, Pubmed - med en mer biomedicinskt inriktning och Scopus för att täcka upp sådant som eventuellt missats i de båda andra. På så sätt erhöles delvis samma artiklar från de olika databaserna, men också unika för respektive databas. I söktabellerna (bilaga 1 Söktabeller) redovisas varje artikel endast en gång. För att effektivisera sökningarna användes booleska sökmetoder- AND, OR, (), samt de funktioner för begränsningar som fanns i databaserna (Karlsson, 2012). För en mer detaljerad redovisning av detta se sökschema i bilaga 1 Söktabeller.

URVAL

Urvalsprocess

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara högst 10 år gamla, finnas i fulltext på Göteborgs Universitets bibliotek, vara skrivna på engelska samt att deltagarna skulle ha haft en stroke/TIA. Endast originalartiklar inkluderades, det vill säga inga översiktsartiklar, då kvaliteten önskade förstahandsbedömas. Artiklar från hela världen togs med då ett globalt perspektiv önskades.

Exklusionskriterier var studier som endast handlade om rehabilitering, anhörigas metoder för omvårdnad och den strokedrabbades psykiska hälsa. Pilotstudier och studieprotokoll eller dylikt valdes bort då de ej har tillräckligt starkt evidensvärde (Segesten, 2012b).

När en sökordskombination testades lästes först alla titlar i träfflistan (Östlundh, 2012). Ansågs titeln relevant lästes även abstract. De artiklar som svarade mot syftet lästes igenom. Vissa tidskrifter gav förslag på liknande artiklar och på så sätt valdes en artikel ut, genom så kallad snowball sampling (Atkinson & Flint, 2004). I lämpliga artiklar noterades vilka ämnesord som använts för att därefter prova nya/förbättrade sökmöjligheter (Karlsson, 2012).

De valda artiklarna är från Danmark, Irland, Japan, Kanada, Kina, Storbritannien, Tyskland och USA.

Artikelgranskning

För att kontrollera att artiklarna var av tillräckligt bra kvalitet för att ingå i litteraturstudien bedömdes de med hjälp av granskningsmallar (Friberg, 2012). Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar att granskningsmallar ska fungera som ett stöd i bedömningen av artiklars vetenskaplighet. De är däremot inte fullständiga utan risken finns att vissa faktorer kan över- eller undervärderas och ska därför anpassas till varje enskild litteratursammanställning. En modifierad version av granskningsmallarna i Willman et al. (2011) gjordes därför utifrån vilka frågor som var relevanta i detta fall. Frågorna omformulerades för att kunna besvaras med ja eller nej, se bilaga 2 Granskningsmallar. Frågorna besvarades utifrån varje artikel och artiklarna poängsattes för att kvalitetsbrister skulle kunna tydliggöras (Willman et al., 2011). Risken med ett poängsystem är att det kan ge sken av att kvalitetsbedömningen då är exakt. Varje fråga som besvarades positivt i respektive granskningsmall, för kvantitativa och kvalitativa artiklar, gav ett poäng. Poängen delades med max antal möjliga poäng, vilket var 23 för kvantitativa och 19 för kvalitativa artiklar. På så sätt erhöles en procentsats, där det bestämdes att 0-50% var låg kvalitet, 51-75% medel och 76-100% hög kvalitet. Artiklarna delades därefter in i kategorierna låg, medel och hög kvalitet, se bilaga 3 Artikelöversikt.

Kvalitetsgranskning av samtliga artiklar gjordes av båda författarna till detta arbete, för att bedömningen skulle bli så optimal som möjligt.

Enligt Segesten (2012b) har randomiserade kontrollerade studier (RCT) den högsta beviskraften eftersom det då finns en kontrollgrupp att jämföra med samt att randomisering tillämpas. Åtta av de artiklar som ingår i denna litteraturstudie var just RCT. Därefter, menar Segesten (2012b), har de kvasiexperimentella studierna högst beviskraft. En artikel med kvasiexperimentell metod ingick i denna litteraturstudie.

DATAANALYS

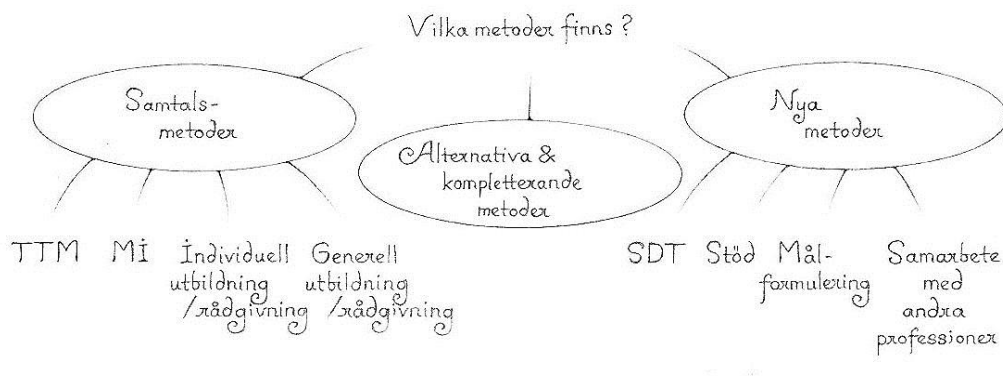
Henricson (2012) menar att en deduktiv ansats kan vara lämplig att använda då det redan finns väl utvecklade teorier om det som ska studeras. Den här litteraturstudien utgick från de teorier och metoder som tas upp i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete (2011a). De 11 valda studierna lästes upprepade gånger för att skapa en förståelse för innehållet, detta rekommenderas av Friberg (2012). De metoder som presenteras i Socialstyrelsens riktlinjer (2011a) söktes i artiklarna. Friberg (2012) föreslår vidare att studierna ska jämföras med avseende på likheter och skillnader när det gäller teoretiska utgångspunkter, metod, syfte och resultat, vilket också gjordes. Under detta arbete hittades även nya metoder och teorier. För att kunna dela in resultatet i teman och göra arbetet mer begripligt behandlades teorierna som metoder i resultatet då teorier och metoder är svåra att skilja åt. Fortsättningsvis i detta arbete ingår teorierna i ordet metoder. Studierna presenterades i en översiktstabell där de punkter som jämförts beskrivs. Materialet sorterades utifrån likheter och skillnader i metoder för att främja livsstilsförändringar. Det som handlade om samma typ av metoder utgjorde ett tema och varje tema gavs en rubrik (Friberg, 2012). Där metoden beskrivs presenteras även resultatet av respektive studie.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studierna i samtliga valda artiklar har blivit godkända av en forskningsetisk kommitté i respektive land. Dessutom har deltagarna i några studier lämnat skriftligt medgivande till att delta i studien.

RESULTAT

Genom att använda metoderna i Socialstyrelsens riktlinjer (2011a) som referensram urskildes följande teman från artiklarna: *Samtalsmetoder*, *Alternativa och kompletterande metoder* och *Nya metoder*. Utifrån dessa skapades underrubrikerna *Den transteoretiska modellen för förändring (TTM)*, *Motiverande samtal (MI)*, *Individuell utbildning/rådgivning*, *Generell utbildning*, *Self determination theory (SDT)*, *Stöd*, *Målformulering* och *Samarbete med andra professioner*.



VILKA OMVÅRDNADSMETODER FINNS?

Samtalsmetoder

Den transteoretiska modellen för förändring (TTM)

I studien av Lennon, Doody, Choidealbh och Blake (2013) stärks den transteoretiska modellen för förändring (TTM) genom att deltagarna anser att förändring av livsstil måste göras utifrån egen motivation och att tvång eller övertalning inte fungerar.

Green, Haley, Eliasziw och Hoyte (2007) använde den transteoretiska modellen i kombination med MI. I det motiverande samtalet belystes individuella riskfaktorer för stroke och lämpliga livsstilsförändringar. Patienten länkade därefter livsstilsförändringarna till nivåerna i den transteoretiska modellen och bestämde sig för att genomföra förändringen eller inte. Resultatet av studien visade på ökad kunskap om stroke, men ingen förbättring gällande riskfaktorer såsom blodtryck, kolesterolnivåer, rökning och fetma.

Gillham och Endacott (2010) använde inte den transteoretiska modellen som metod utan som mätverktyg för att utvärdera resultatet av interventionen. Det undersöktes vilken nivå i modellen deltagarna låg på vid baseline och om de efter interventionen hade nått en högre nivå. Det visades dock ingen signifikant skillnad i nivåer.

Motiverande samtal (MI)

Lennon et al. (2013) menar att brist på motivation kan vara ett hinder för att genomföra livsstilsförändringar med avseende på fysisk aktivitet, kost och rökning. I tre av artiklarna användes MI för att främja livsstilsförändringar efter stroke (Gillham & Endacott 2010; MacKenzie, Ireland, Moore, Heinz, Johnson, Oczkowski & Sahlas, 2013; Green et al., 2007). Gillham och Endacott (2010) genomförde ett motiverande samtal om livsstilsförändringar samt inkluderade en plan för förändring med deltagarna i sin studie. I studien av MacKenzie et al., (2013) genomfördes MI via telefon en gång i månaden i ett halvår. I samtalen togs ämnen som rökning, saltintag och ökad fysisk aktivitet upp. Gemensamt för samtliga tre studier var att de hade interventionstillfällen ca en gång i månaden under tre till sex månader.

I studien av Gillham och Endacott (2010) visade resultatet på ökad fysisk aktivitet och ökat intag av frukt och grönsaker hos de strokedrabbade. Däremot minskade inte rökning och alkoholkonsumtion. Syftet i studien av MacKenzie et al. (2013) var att undersöka om bland annat blodtrycket sjönk med hjälp av interventionen, men resultatet visade inte på någon förbättring av blodtryck. Green et al. (2007)

kombinerar MI och den transteoretiska modellen och resultatet blev att patienterna fick ökad kunskap om stroke, men ingen förbättring gällande riskfaktorer såsom blodtryck, kolesterolnivåer, rökning och fetma.

Individuell utbildning/rådgivning

Enligt Lennon et al. (2013) är interaktiva samtal och diskussioner de mest uppskattade metoderna för att få information om riskreduktion. Det sociala samspelet i samtalen är särskilt viktigt för kvinnor.

I de studier som använde MI (Gillham & Endacott 2010; MacKenzie et. al., 2013; Green et. al., 2007), den transteoretiska modellen (Gillham & Endacott, 2010 och Green et. al., 2007) eller self determination theory, SDT (Holzemer, Thanavaro, Malmstrom & Cruz-Flores, 2011) som bakomliggande teori/metod ingick individuell rådgivning. För förklaring av SDT se Nya metoder.

Likaså gavs patienterna i Hornnes, Larsen och Boysen (2011), Prior, Hachinski, Unsworth, Chan, Mytka, O'Callaghan och Suskin (2011), Kono, Yamada, Yamaguchi, Hagiwara, Iritani, Ishida, Araki, Hasegawa, Sakakibara och Koike (2013), Rochette, Korner-Bitensky, Bishop, Teasell, White, Bravo, Côté, Green, Lebrun, Lanthier, Kapral och Bayley (2013) samt Sit, Yip, Ko, Gun och Lee (2007) helt eller delvis individanpassad utbildning eller rådgivning, men utan att någon speciell bakomliggande teori redovisades.

Sit et al. (2007) utformade utbildningsträffarna för att göra det möjligt för patienterna att själva hitta vägar att uppnå och bibehålla en hälsosam livsstil. Träffarna byggde på en utbildningscykel, lära-praktisera-utvärdera-lära, med syfte att utveckla nya vanor hos patienterna. Vid varje tillfälle ingick bland annat undervisning, spel och utbyte av erfarenheter. Hjälpmiddel att använda för att nå uppsatta mål var loggbok och stegräknare. Träffarna hölls en gång i veckan under åtta veckor och var två timmar långa. Resultatet i studien av Sit et al. (2007) visade på ökad kunskap om stroke, ökad följsamhet till läkemedelsordinationer, egenmätning av blodtryck, saltreduktion och reduktion av mättat fett. Däremot kunde inga skillnader påvisas beträffande rökning, alkohol, friterad mat och motion.

Den individuella rådgivningen i undersökningen av Prior et al. (2011) handlade om kost med fokus på medelhavsdiet och genomfördes av en dietist, i grupp eller enskilt. Utfallet i undersökningen blev sänkta kolesterol- och triglyceridvärden, minskat BMI, vikt och antal rökta cigaretter. Ingen skillnad i blodtryck, LDL och HDL påvisades.

Deltagarna i studien av Rochette et al. (2013) blev uppringda per telefon en gång i veckan de första två månaderna, varannan vecka den tredje månaden och var fjärde vecka under de följande tre månaderna. Samtalen var interaktiva och behandlade till exempel riskfaktorer för stroke. Om den stokedrabbade uttryckte oro för till exempel sina kostvanor gavs information om ämnet och stöd för att patienten skulle hitta lösningar. Förslag om att kontakta en dietist gavs om det upplevdes som relevant. Skriftlig information gavs om det ansågs lämpligt, via post, e-post eller genom att hänvisa till websida. Ingen skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp gällande levnadsvanor eller riskfaktorer kunde ses men deltagarna uttryckte ändå tacksamhet för stödet de fått, de upplevde att någon brydde sig om dem. Att bli uppringd istället för att själv behöva ringa upp upplevdes också som en fördel.

Råd och rådgivning angående livsstilsförändringar gavs i interventionen presenterad av Kono et al. (2013). De berörda ämnena var fysisk aktivitet, saltreduktion, rökstopp, alkoholreduktion, kost och beteendeförändring. Denna rådgivning

genomfördes enskilt med patienten under 30-40 minuter vid start, efter tre månader samt efter sex månader. Tillsammans med patienten formulerades mål för ett minskat saltintag, vilket följdes upp var sjätte vecka. Interventionen ledde till ökad fysisk aktivitet, minskat saltintag och blodfettvärde samt sänkt blodtryck. När uppföljning gjordes efter tre år hade 12 deltagare i kontrollgruppen drabbats av en akut kärlsjukdom medan en deltagare i interventionsgruppen hade drabbats av detsamma. De strokedrabbade i studien av Hornnes et al. (2011) fick en timmes hembesök under interventionens första, fjärde, sjunde och tionde månad. En sjuksköterska mätte blodtrycket, påtalade betydelsen av ett lågt värde och uppmanade patienten att besöka husläkaren om värdet var för högt. Sjuksköterskan höll i rådgivning angående en hälsosam livsstil. Studien medförde ingen sänkning av deltagarnas blodtryck.

Generell utbildning

Kirk, Kersten, Crawford, Keens, Ashburn och Conway (2013) genomförde en intervention där deltagarna fick en generell, icke individanpassad, utbildning om stroke. Ämnen som belystes var läkemedel, alkohol, fysisk träning, kost, välbefinnande och hjärtat. Informationen presenterades på ett interaktivt sätt och diskussion ingick. Utbildningen genomfördes under sex veckor. Green et al. (2007) använde sig också av generell utbildning i grupp med interaktivt lärande där ämnen som orsaker till stroke, riskfaktorer, läkemedel och hälsosam livsstil behandlades. Interventionen i Kirk et al. (2013) medförde minskad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom (baserat på ålder, viloblodtryck, rökning, diabetes, total kolesterol och HDL) samt mindre försämrad aktivitetsnivå än i kontrollgruppen. Resultatet i studien av Green et al. (2007) visade på en signifikant ökning i kunskap om stroke (strokesymtom, riskfaktorer och vad man bör göra om man får symtom) i interventionsgruppen. Det blev däremot ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande riskfaktorer (blodtryck, kolesterolnivåer, rökning och fetma).

Alternativa och kompletterande metoder

Enligt Lennon et al. (2013) kan hinder för fysisk aktivitet vara både fysiska, mentala och bero på omgivningen. De fysiska hindren ansågs vara funktionsnedsättning, rädsla för fall relaterat till balansproblem, trötthet och smärta. De mentala hindren var främst avsaknad av motivation, men också sviktande självförtroende och osäkerhet på den egna fysiska förmågan. Hinder i omgivningen var främst fysiska så som ojämnt underlag att gå på, men också väder, upplevd oförståelse från andra då patienten behövde mer tid i till exempel gymmet och att anhöriga var oroliga att det skulle hända något och därför inte tillät den strokedrabbade att utföra aktiviteter på egen hand. Samtidigt var fysisk aktivitet den riskreduktionsåtgärd som ansågs mest tilltalande. Att se egna funktionsförbättringar, stöd från vårdpersonal i strukturerade program, att träna med andra i liknande situation (som därmed hade förståelse för patientens problem) och kamratstöd ansågs motiverande.

I studierna av Prior et al. (2011), Kirk et al. (2013) och Kono et al. (2013) erbjöds *handedda fysiska träningspass* särskilt anpassad för målgruppen som metod för att främja livsstilsförändringar hos strokepatienter. Gemensamt för dessa studier var också samtidig utbildning/rådgivning av något slag och med fler än ett interventionstillfälle i veckan under 8-25 veckor. Träningsprogrammen i både Prior et al. (2011) och Kirk et al. (2013) var en del av rehabiliteringsprogram vid hjärtsjukdom och därför speciellt anpassat för patienter med hjärt- och kärlsjukdomar. Den fysiska träningen bestod av både konditions- och styrketräning (Kono et al., 2013; Kirk et al., 2013). Bland annat promenader, cykling, löpning och övningar för olika muskelgrupper med varierat antal repetitioner. I Prior et al. (2011)

och Kono et al. (2013) innehöll interventionen dessutom ett *anpassat träningsprogram som kunde utföras hemma*, både som komplement till de arrangerade aktiviteter som erbjöds och som ersättning för att underlätta för dem som inte kunde eller ville ta sig till de arrangerade aktiviteterna.

I studien av Prior et al. (2011) sänkte patienterna sitt kolesterol- och triglyceridvärde, BMI och vikt, minskade sitt midjemått och ett signifikant antal deltagare slutade röka. I studien av Kirk et al. (2013) minskade risken för kärlsjukdom enligt ett riskpoängssystem, den fysiska funktionen förbättrades och den fysiska aktiviteten bibehölls, vilket kunde ses som ett signifikant positivt resultat då den fysiska aktiviteten i kontrollgruppen minskade. Dock visades här inte på någon skillnad i blodfetter, fasteblodsocker, konsumtion av frukt och grönsaker, fetma eller blodtryck. Resultatet i Kono et al. (2013) var som nämnts ovan en ökning av fysisk aktivitet, minskning av saltintag, sänkta blodfetter och sänkt blodtryck i interventionsgruppen. Vid uppföljning av patienterna knappt tre år senare visade det sig att tolv personer ur kontrollgruppen drabbats av minst en ny akut kärlsjukdom, medan en person ur interventionsgruppen hade drabbats.

I Sit et al. (2007) användes *stegräknare* som hjälp för att nå uppsatta mål. Inga skillnader kunde vid studiens slut påvisas beträffande motion.

Telefonrådgivning har använts som huvudsaklig eller kompletterande metod i flera artiklar (Rochette et al., 2013; MacKenzie et al., 2013; Prior et al., 2011; Holzemer et al., 2011; Gillham & Endacott, 2010).

Nya metoder

Andra metoder än de som beskrivs i Socialstyrelsens riktlinjer (2011a) kunde också urskiljas i artiklarna.

Self determination theory (SDT)

Holzemer et al. (2011) använde SDT som grund i sin intervention. SDT används för att stötta människor till hälsosamma beteenden (Self-determination theory, 2015). Interventionen var tre månader lång och inkluderade en muntlig och skriftlig utbildning vid utskrivning, angående livsstilsförändringar, läkemedelsbehandling och varningstecken på TIA/stroke. En individuellt anpassad riskreduktionsplan arbetades också fram. Ett uppföljande telefonsamtal ingick samt två uppföljande personliga träffar. Resultatet visade sänkt blodtryck och förbättrade blodfettvärden (Holzemer et al., 2011).

Målformulering

I fem av artiklarna (Holzemer et al., 2011; Kono et al., 2013; Gillham & Endacott, 2010; Sit et al., 2007 och Green et al., 2007) har mål formulerats tillsammans med deltagarna. I Holzemer et al. (2011) upprättades en riskreduktionsplan innan utskrivning från sjukhus. Vid uppföljningssamtal blev patienterna tillfrågade hur det gick med planen. Resultatet av studien blev sänkt blodtryck, sänkta triglycerider och LDL-kolesterol samt höjt HDL-kolesterol. I Kono et al. (2013) sattes mål upp för sänkning av dagligt saltintag, baserat på patientens upplevda egenförmåga. Saltintaget minskade för personerna i interventionsgruppen. I studien av Gillham & Endacott (2010) utvecklades planer för beteendeförändring, för de personer som det ansågs lämpligt för. Resultatet i denna studie blev ökad fysisk aktivitet och ökat intag av frukt och grönsaker. Däremot visades ingen skillnad med avseende på bland annat rökning och alkohol. I Sit et al. (2007) stod individuell målsättning och planer i centrum för interventionen. Bland annat fick deltagarna stegräknare och loggböcker som hjälpmedel för att uppnå målen. Ingen ökad fysisk aktivitet kunde ses i

interventionsgruppen, men i kontrollgruppen sjönk mängden fysisk aktivitet. Däremot ökade kunskapen om stroke, följsamheten till läkemedel och egenkontrollen av blodtryck. Intaget av salt och mättat fett minskade. I studien av Green et al. (2007) fick deltagarna identifiera hälsobeteenden de behövde ändra och koppla dessa till den nivå i förändringstrappan (TTM) där de befann sig för tillfället. Därefter beslutades om beteendet skulle förändras eller inte. Resultatet visade inte på någon skillnad i blodtryck, rökning, fetma eller kolesterolnivåer. Dock ökade deltagarnas kunskap om stroke.

Stöd

Lennon et al. (2013) tar upp betydelsen av stöd från närstående och vårdpersonal för att en person ska kunna ändra sin livsstil. Det kan till exempel vara svårt att börja motionera på egen hand utan sällskap. Det kan också vara problematiskt för den som behöver ändra sina matvanor att göra detta om det är någon annan som lagar maten eller handlar och denna inte vill ändra sin kost. Avsaknaden av stöd ifrån andra kan dessutom leda till sänkt motivation. Lennon et al. (2013) beskriver att en deltagare i studien undvek att röka under sjukhusvistelsen, men väl hemma med sin rökande make hade hon börjat igen.

I studierna av Gillham och Endacott (2010) samt Green et al. (2007) har familjemedlemmar och anhöriga erbjudits att vara med under de utbildningstillfällen som genomförts. Gillham och Endacott (2010) fick ett positivt resultat gällande fysisk aktivitet och frukt- och grönsaksintag men inte gällande rökning och alkoholkonsumtion. Interventionen av Green et al. (2007) resulterade i ökad kunskap om stroke, men ingen förbättring av blodtryck, kolesterolnivåer, rökning och fetma.

Samarbete med andra professioner

I flera av studierna (Green et al., 2007; Kono et al., 2013 och Prior et al., 2011) togs till exempel dietist, fysioterapeut och socionom in, både för individuell rådgivning och generell utbildning eller fysisk aktivitet.

Resultatet i Green et al. (2007) där både dietist och socionom anlätades blev ökad kunskap hos deltagarna, men ingen egentlig skillnad med avseende på riskfaktorer. Två träffar under tre månaders tid ingick i denna studie. I Kono et al. (2013) ledde en fysioterapeut det 24-veckorsprogram för livsstilsförändringar som ingick, och resultatet blev ökad fysisk aktivitet, minskat saltintag, förbättrade blodfetter och förbättrat blodtryck. Även i Prior et al. (2011), där en dietist konsulterades, blev resultatet en förbättring av blodfettvärden, midjemått och vikt.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Begränsningar

Begreppet livsstil innefattar många aspekter av en människas liv. Ett syfte som innehåller detta ord blir naturligt komplext och svårt att både begränsa och att skapa en helhetsbild av. I ett inledande skede sorterades artiklarna i två parallella processer: en där patienterna var inneliggande efter stroke eller TIA och livsstilsförändringarna var tänkta som prevention för ytterligare stroke, i den andra där patienterna var inneliggande efter stroke eller andra sjukdomar där risken att senare få en stroke var hög och livsstilsförändringarna var tänkta som prevention för detta. Med alternativ

två upplevdes sökresultatet spretigt och ohanterbart stort varför alternativ ett valdes istället, i ett försök att ringa in området.

Många andra sökord än de som anges i bilaga 1 Söktabeller prövades. Dock blev resultaten av dessa sökningar artiklar som inte svarade mot syftet. De handlade till exempel om fysioterapeuters rehabiliteringsarbete, fallriskprevention, anhörigas omvårdnadsmetoder eller psykisk hälsa. De sökord som till sist användes ansågs ge relevanta träffar och svara mot syftet, men skulle troligtvis kunna utvecklas ytterligare.

Sökprocess

Arbetet inleddes med en induktiv ansats, men mönster urskildes som stämde överens med redan befintliga metoder varför en deduktiv ansats istället antogs. Detta anser Henricson (2012) vara lämpligt. Syftet var att beskriva omvårdnadsmetoder inom vården för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke, varför valet av sökord utgick från de metoder och dess bakomliggande teorier som finns beskrivna i Socialstyrelsens riktlinjer (2011a). Med en induktiv ansats hade sökord som har att göra med patienters upplevelser och preferenser varit relevant och eventuellt resulterat i fler träffar i Cinahl samt fler kvalitativa artiklar. Att angripa problemet både induktivt och deduktivt vore önskvärt för att upptäcka fler metoder. Dock fanns inte utrymme för detta inom den givna tidsramen. En av de valda artiklarna var kvalitativ och övriga hade en kvantitativ metod. Resultaten skilde sig åt på så sätt att den kvalitativa artikeln beskrev vad patienterna önskade sig för att genomföra en livsstilsförändring och de kvantitativa artiklarna utvärderade olika metoder. Med fler kvalitativa artiklar i resultatet hade kanske fler mjuka värden, såsom patienters upplevelser, åsikter, känslor och preferenser angående livsstilsförändringar framkommit.

Urval

De artiklar som slutligen valdes var från skilda delar av världen (Danmark, Irland, Japan, Kanada, Kina, Storbritannien, Tyskland och USA) då ett globalt perspektiv på ett globalt problem tycktes relevant. Troligtvis hade antalet artiklar blivit för litet om en geografisk begränsning gjorts. Hänsyn till kulturella skillnader i synen på hälsa och möjligheter till livsstilsförändringar har inte tagits. En svaghet med denna litteraturstudie är att endast artiklar som inte behövde beställas utan funnits tillgängliga i fulltext på Göteborgs universitets bibliotek har valts. Detta på grund av ekonomiska begränsningar. Det kan innebära att viktiga artiklar inte ingår och att det därför inte går att dra pålitliga slutsatser av resultatet. Ytterligare en brist är att endast engelska artiklar valdes, det vill säga artiklar på svenska inkluderades inte.

Artikelgranskning

De artiklar som ingick i denna litteraturstudie var sinsemellan olika med avseende på metoder och kombinationer av dessa, vilket gjorde dem svåra att jämföra. Willman et al. (2014) påpekar att en kvalitetsgranskning har sina brister: risk för under- eller övervärdering av olika faktorer och att en poängsättning kan uppfattas som en exakt bedömning. Alla artiklar var skrivna på engelska vilket kan ha medfört att feltolkningar har gjorts eftersom författarnas (till denna litteraturstudie) modersmål är svenska. Med tanke på dessa faktorer kan kvalitetsgranskningen ha vissa begränsningar. Något som stärker artiklarnas tillförlitlighet är att flertalet har RCT som metod (Friberg, 2012).

Besvaras syftet?

Syftet var att beskriva omvårdnadsmetoder inom vården för att främja livsstilsförändring hos patienter efter stroke. Resultatet belyser metoder som använts i skilda delar av världen för att främja livsstilsförändringar. Metoderna bekräftar Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011a), men även nya metoder har hittats.

En svårighet har varit att hitta tydliga teman från artiklarna. Olika metoder har använts i en och samma intervention, artiklarna skiljer inte heller på metoder och metodernas bakomliggande teorier. I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011a) ses till exempel MI som en bakomliggande teori till kvalificerat rådgivande samtal, som är en metod. I artiklarna presenteras MI som en del i interventionen. När bakomliggande teorier används är dessa en så stor del av metoden att det är svårt att skilja teori och metod åt. Det är därför relevant att i den här studien beskriva metodernas bakomliggande teorier som metoder. Svårigheten att urskilja metoder ligger också i att de metoder för informationsöverföring som använts i artiklarna är flera olika, inte tydligt beskrivna och inte heller helt jämförbara med de som beskrivs i bakgrunden.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar på olika omvårdnadsmetoder som kan användas för att främja livsstilsförändringar. Flera metoder som används i artiklarna liknar de som även beskrivs i bakgrunden: enkla råd, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal med hjälp av MI eller TTM och kompletterande eller alternativa metoder såsom handledda fysiska träningspass, individuellt anpassade träningspass att utföra hemma, telefonrådgivning och hjälpmedel såsom stegräknare. KBT och FaR tillämpas inte som metod i någon av artiklarna. Däremot hittades nya metoder vilka var stöd, målformulering och att samarbeta med andra professioner. Även SDT, som tolkas som en bakomliggande teori för kvalificerat rådgivande samtal, hittades. SDT handlar om en samverkan mellan yttre och inre motivation. Yttre motivation skapas genom belöningsystem, betyg, utvärderingar eller rädslan för andras åsikter om en själv. Inre motivation kan skapas av intressen, nyfikenhet, omsorg eller värderingar. En människas upplevelse av självbestämmande, kompetens och samhörighet med andra leder till stark motivation och stort engagemang för aktivitet och ökad prestation. Inom SDT anses det att människan har en tendens att övervinna utmaningar och att göra nya erfarenheter till en del av sig själva. Detta händer dock inte av sig självt utan kräver stöd ifrån andra (Self-determination theory, 2015). Langius-Eklöf (2009) menar att mål behövs för att göra det möjligt att utvärdera åtgärder, både för patientens och personalens skull. Det är viktigt att målen upplevs som möjliga att nå av patienten för att undvika misslyckanden. Utifrån en patients KASAM kan mål formuleras. Med ett lågt KASAM kan lågt satta mål behövas och med högt KASAM kan målen eventuellt vara större, vilket kan vara viktigt att ha i åtanke vid målformulering för en förbättrad livsstil. Vägen till hälsa är således individuell, liksom synen på hälsa. Det som ändå är gemensamt för att uppnå hälsa är känslan av sammanhang, KASAM (Willman, 2011). I KASAM-begreppet ingår begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och dessa tre tillsammans leder till en känsla av sammanhang. Om en patient upplever sitt liv som mindre begripligt, hanterbart och meningsfullt kan sjuksköterskan stötta på olika sätt (Langius-Eklöf, 2009).

Begriplighet innebär att förstå det som händer i omgivningen och med en själv. Genom att sjuksköterskan ger tydlig information vid flera tillfällen och inkluderar diskussion kan begriplighet skapas (Langius-Eklöf, 2009). Utbildning som ger kunskap om till exempel stroke skulle då kunna hjälpa patienten. I Kirk et al. (2013) och Green et al. (2007) användes generell utbildning om stroke. I Gillham & Endacott (2010), MacKenzie et al. (2013), Green et al. (2007), Holzemer et al. (2011), Hornnes et al. (2011), Prior et al. (2011), Kono et al. (2013), Rochette et al. (2013) och Sit et al. (2007) användes helt eller delvis individanpassad utbildning eller rådgivning.

Hanterbarhet handlar om att uppleva sig klara av en situation eller inte, och att det finns resurser för att klara av den (Langius-Eklöf, 2009). Vidare menar Langius-Eklöf (2009) att socialt stöd kan vara en sådan resurs. I Lennon et al. (2013) uttrycks att närstående kan vara ett stöd vid livsstilsförändringar efter stroke. Närstående kan också upplevas som ett hinder om de inte tillsammans med den strokedrabbade vill göra livsstilsförändringar, eller om de till exempel på grund av oro hindrar den drabbade att genomföra aktiviteter på egen hand (Lennon et al., 2013).

Sjuksköterskan kan göra patienten delaktig, ge återkoppling och förmedla trygghet och på så sätt skapa hanterbarhet (Langius-Eklöf, 2009).

Meningsfullhet inbegriper hur mycket engagemang eller motivation någon känner inför det som är påfrestande. Meningsfullhet kan komma utav att sjuksköterskan är positiv och uppmuntrande, både gentemot patient och anhöriga. Med positivitet kan också motivation skapas (Langius-Eklöf, 2009). Lennon et al. (2013) menar att brist på motivation kan vara ett hinder för att genomföra livsstilsförändringar.

Motiverande samtal, som används för att stärka motivationen till förändring (Motivational Interviewing Network of Trainers *MINT* Nordic, 2011), används som metod i tre av de studier som valdes (Gillham & Endacott 2010; MacKenzie, Ireland, Moore, Heinz, Johnson, Oczkowski & Sahlas, 2013; Green et al., 2007). Även SDT används för att skapa motivation (Self-determination theory, 2015) och tillämpas i Holzemer et al. (2011). Fysisk aktivitet var den riskreduktionsåtgärd som ansågs mest tilltalande i Lennon et al. (2013). I flera av artiklarna användes handledd fysisk aktivitet som metod (Prior et al., 2011; Kirk et al., 2013; Kono et al., 2013). Alla dessa studier visade på positiva resultat med avseende på någon eller några av de parametrar som mättes. En tanke skulle kunna vara att om patienten börjar med den livsstilsförändring som känns minst besvärlig och lyckas med denna kan det i sig ge motivation till fler livsstilsförändringar.

Eldh (2011) påpekar att delaktighet leder till bättre behandlingsresultat. I patientlagen 2014:821 (Riksdagen, 2015) står det att närstående ska bjudas in vid planering och genomförande av vård om det inte strider mot tystnadsplikt eller är olämpligt på annat sätt. Samtidigt är det viktigt att patienten upplever stöd för att lyckas med en livsstilsförändring, vilket belyses i artikeln av Lennon et al. (2013). Detta innebär att det som sjuksköterska är angeläget att inte bara göra patienten delaktig utan även familj och anhöriga för att möjliggöra för dem att vara ett stöd åt patienten. Samtidigt behöver de säkerligen själva stöd i situationen. Att medvetet kunna förändra sin livsstil bygger på delaktighet och tillräckligt god fysisk och mental förmåga. Personer med allvarlig stroke har i samtliga studier exkluderats. Är sjukdomen för svår blir det svårare att göra patienten delaktig och genomföra en livsstilsförändring.

Skärsäter (2011) menar att sjuksköterskans positiva inställning till patienten kan ge hopp om att lyckas med en livsstilsförändring. Hopp kan i sin tur leda till inspiration och motivation att nå uppsatta mål (Willman, 2011). Hopp nämns inte i artiklarna.

Däremot kan tänkas att personal som arbetat med interventionerna i studierna har påverkat deltagarna med sin inställning och vad de har sagt. Om personal har haft en positiv inställning är det möjligt att en hoppfullhet har infunnit sig hos patienterna och därmed påverkat till livsstilsförändring. Trots att synen på hälsa är kulturell togs kulturella skillnader i metoder för att främja livsstilsförändringar bara upp i studien av Sit et al. (2007). Där menades att rekommendationer från västvärlden skulle användas med försiktighet och med hänsyn till individuella preferenser. Särskilt diskuterades problematiken kring kostråd i en kultur där alla äter från samma tallrik, och de sociala konsekvenser som en särskild diet kan medföra där. Detta kan fungera som en påminnelse om att ta hänsyn till olika människors kulturella bakgrund och preferenser vid livsstilsförändringar och att en och samma metod kanske inte passar alla.

Eftersom synen på hälsa är olika för alla individer behöver inte sjukvårdens prioriteringar angående livsstilsförändringar stämma överens med patientens prioriteringar. Därför är det åter igen nödvändigt att göra patienten delaktig i vården och utgå från just den personen. Samtidigt är det av vikt att sjuksköterskan informerar om konsekvenserna av de val som patienten gör.

I inledningen belystes intresset av att undersöka hur livsstilsförändringar kan främjas både inom öppen- och slutenvård. Därtill ställdes frågan om det finns något vi kan ta med oss från öppenvården som går att använda i slutenvården. Samtliga studier som ingår i detta arbete är gjorda inom slutenvården, men interventionerna har startat vid utskrivning eller efter att patienten kommit hem. Vi tänker att samtliga metoder som undersökts i artiklarna går att använda både inom öppen- och slutenvården. Olika typer av samtal kan användas inom båda verksamheterna precis som målformuleringar, stöd och samarbete med andra professioner. Handledda fysiska träningspass inom öppenvården skulle kunna vara stavgångsgrupper och inom slutenvården skulle det kunna innebära gympapass. Detta kräver förstås resurser såsom lokaler, tid och personal.

VIDARE FORSKNING

Med tanke på hur stor del av världens totala sjukdomsbörda som utgörs av livsstilssjukdomar och hur stor del av dessa som skulle kunna förebyggas med bättre levnadsvanor är det betydelsefullt att undersöka vilka metoder som är effektiva för att främja livsstilsförändringar. Det vore också intressant att vidare undersöka om olika metoder har olika effekt beroende av kulturell och social kontext samt att undersöka patienters upplevelser av omvårdnadsmetoder för att främja livsstilsförändringar. Det vore samtidigt önskvärt med längre studier där långtidseffekten av olika interventioner studeras, liksom görs i Kono et al. (2013). Att hitta nyckeln eller nycklarna till en bättre livsstil hos världens befolkning är angeläget ur många synvinklar. För sjuksköterskan för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och minska lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007), men också för samhället ur en ekonomisk, demokratisk och hållbarhetsaspekt. Att hitta metoder för att främja livsstilsförändringar blir en nödvändig åtgärd inte bara för att förebygga återinsjuknande i stroke utan för att hindra utvecklingen av livsstilssjukdomar i stort. På så sätt skapas större möjlighet att tillgängliga resurser i vården kan räcka både nu och i framtiden.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet visar på flera viktiga aspekter att ta med till det praktiska omvårdnadsarbetet. Det är inte lämpligt att främja en livsstilsförändring med hjälp av tvång eller övertalning. Istället krävs att patienten själv är motiverad och ökad motivation kan skapas med hjälp av MI, TTM eller SDT. Det krävs dock att personalen har utbildning i detta. För att skapa motivation kan också handledda fysiska träningspass anordnas, skraddarsydda för personer med samma sjukdomar. Detta kan möjliggöra kamratstöd och stöd från ledaren samt att patienterna kan träna tillsammans med andra på lika villkor. Vidare är det motiverande att se en utveckling och framsteg hos sig själv, vilket underbygger omvårdnadsdokumentationens struktur med planer, mål och delmål. Företrädesvis formuleras dessa tillsammans med patienten och med möjlighet för denne att ta del av de utvärderingar som görs. Sjuksköterskan kan göra familj och anhöriga delaktiga i de åtgärder som genomförs, med syfte att underlätta för dem att vara ett stöd för patienten. Slutligen finns andra yrkeskategorier att samarbeta med som är specialister på sina områden.

SLUTSATS

Flera av de funna omvårdnadsmetoderna i artiklarna motsvarade de metoder som finns beskrivna av Socialstyrelsen (2011a), såsom olika typer av samtal samt alternativa och kompletterande metoder. Även nya metoder hittades: målformulering, stöd, samarbete med andra professioner och SDT. Samtalen genomförs i personliga möten, i grupp eller via telefon. Genom samtal, målformuleringar, stöd samt alternativa och kompletterande metoder kan begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet skapas och göra patienten delaktig och motiverad till livsstilsförändringar efter stroke. Det har framkommit att patienter upplever det viktigt med stöd från personal, anhöriga och kamrater för att lyckas med en livsstilsförändring.

REFERENSLISTA

- Appelros, P. (2012). Medicinska aspekter. I A-C. Jönsson (Red.), *Stroke - patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s. 37-58). Lund: Studentlitteratur.
- Atkinson, R. & Flint, J. (2004). Snowball sampling. I *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Hämtad 2015-04-30, från <http://srmo.sagepub.com/view/the-sage-encyclopedia-of-social-science-research-methods/n931.xml>
- Eldh, A. C. (2011). Delaktighet och gemenskap. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 45-61). Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2015a). *Fler har fetma och övervikt*. Hämtad 2015-04-14, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/ fler-har-fetma-och-overvikt/>
- Folkhälsomyndigheten. (2015b). *Teori och vetenskap*. Hämtad 2015-04-10, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/teori-och-vetenskap/>
- Folkhälsomyndigheten. (2015c). *Förändring är en process*. Hämtad 2015-04-12, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/forandringens-dynamik/>
- Folkhälsomyndigheten. (2015d). *Vem ordinerar FaR och vem får FaR*. Hämtad 2015-05-22, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/far-i-praktiken/vem-ordinerar-far-och-vem-far-far/>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133- 143). Lund: Studentlitteratur.
- Giang. (2014). *Stroke: Risk factors and trends*. Doktorsavhandling, Institutionen för medicin vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Göteborg: Kompendiet. Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/36742>
- Gillham, S., & Endacott, R. (2010). Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(9), 822-30. doi:10.1177/0269215510367970
- Green, T., Haley, E., Eliasziw, M., & Hoyte, K. (2007). Education in stroke prevention: Efficacy of an educational counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 29(2), 13-20.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 237-258). Lund: Studentlitteratur.
- Hedner, L. P. (2010). Diabetes mellitus. L. P. Hedner (Red.), *Invärtes medicin* (s. 131-156). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 53-66). Lund: Studentlitteratur.
- Holzemer, E. M., Thanavaro, J., Malmstrom, T. K., & Cruz-Flores, S. (2011). Modifying risk factors after TIA and stroke: The impact of intensive education. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(5), 372-377. doi:10.1016/j.nurpra.2011.01.017
- Hornes, N., Larsen, K., & Boysen, G. (2011). Blood pressure 1 year after stroke: The need to optimize secondary prevention. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 20(1), 16-23. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.10.002

- Internetmedicin. (2015a). *Stroke, en temaskrift från Hjärt- lungfonden*. Hämtad 2015-05-18 från <http://www.internetmedicin.se/imgCont/info/H-LStroke071109.pdf>
- Internetmedicin. (2015b). *Stroke, akut*. Hämtad 2015-03-30, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=323>
- Internetmedicin. (2015c). *Hjärninfarkt- trombolys*. Hämtad 2015- 05-21, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2702>
- Jönsson, Ann-Cathrin. (2012). *Stroke - en folksjukdom*. A-C. Jönsson (Red.) *Stroke - patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. (s. 25-34). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. K. (2012). *Informationssökning*. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kirk, H., Kersten, P., Crawford, P., Keens, A., Ashburn, A., & Conway, J. (2014). The cardiac model of rehabilitation for reducing cardiovascular risk factors post transient ischaemic attack and stroke: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(4), 339-349. doi:10.1177/0269215513502211
- Kono, Y., Yamada, S., Yamaguchi, J., Hagiwara, Y., Iritani, N., Ishida, S., Koike, Y. (2013). Secondary prevention of new vascular events with lifestyle intervention in patients with noncardioembolic mild ischemic stroke: A single-center randomized controlled trial. *Cerebrovascular Diseases*, 36(2), 88-97. doi:10.1159/000352052
- Langius-Eklöf, A. (2009). *Känsla av sammanhang*. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 94-113). Lund: Studentlitteratur.
- Lennon, O. C., Doody, C., Ni Choisdealbh, C., & Blake, C. (2013). Barriers to healthy-lifestyle participation in stroke: Consumer participation in secondary prevention design. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(4), 354-361. doi:10.1097/MRR.0b013e3283643d48
- Lindgren, A. (2014). *Stroketyper - terminologi och definitioner*. I A. Gottsäter, A. Lindgren & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 43-49). Lund: Studentlitteratur.
- Mackenzie, G., Ireland, S., Moore, S., Heinz, I., Johnson, R., Oczkowski, W., & Sahlas, D. (2013). Tailored interventions to improve hypertension management after stroke or TIA--phase II (TIMS II). *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 27-34.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) Nordic. (2011). *Motiverande samtal*. Hämtad 2015-06-03, från <http://www.motiverandesamtal.org/node/1893>
- Prior P. L., Hachinski V., Unsworth K., Chan R., Mytka S., O'Callaghan C. & Suskin N. (2011). Comprehensive Cardiac Rehabilitation for Secondary Prevention after Transient Ichaemic Attack or Mild Stroke I: Feasibility and Risk Factors. *Stroke*, 42(11):3207-13. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.620187
- Riksdagen. (2015). *Svensk författningssamling 2014:821*. Hämtad 2015-05-03, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

- Riksdagen. (2014). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtad 2015-03-30, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Rochette, A., Korner-Bitensky, N., Bishop, D., Teasell, R., White, C., Bravo, G., . . . Bayley, M. (2013). The YOU CALL-WE CALL randomized clinical trial impact of a multimodal support intervention after a mild stroke. *CIRCULATION-CARDIOVASCULAR QUALITY AND OUTCOMES*, 6(6), 674-679. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000375
- Segesten, K. (2012a). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 101- 109). Lund: Studentlitteratur.
- Self- determination theory (2015). *Self-determination theory*. Hämtad 2015-05-14, från <http://www.selfdeterminationtheory.org/>
- Sit, J. W., Yip, V. Y., Ko, S. K., Gun, A. P., & Lee, J. S. (2007). A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 272-281. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01522.x
- Skärsäter, I. (2011). Psykisk ohälsa. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 710-747). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2015a) *Statistikdatabas för stroke*. Hämtad 2015-05-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/stroke>
- Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 - Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2015-03-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17790/2009-11-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015c). *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2015-05-15, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Hämtad 2015-04-03, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19598/2015-1-1.pdf>
- Socialstyrelsen (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2015-03-30 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011b) *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 2015-05-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 2015-03-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2015-05-19, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- The Internet Stroke Center. (2015a). *Intracerebral Hemorrhage*. Hämtad 2015-05-15, från <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/intracerebral-hemorrhage/>
- The Internet Stroke Center. (2015b). *Subarachnoid Hemorrhage*. Hämtad 2015-15-15, från <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/subarachnoid-hemorrhage/>
- The Internet Stroke Center. (2015c). *Reducing your risk*. Hämtad 2015-05-15, från <http://www.strokecenter.org/patients/stroke-treatment/reducing-your-risk/>
- Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.
- Wester, P. (2014). Riskfaktorer och primärprevention. I Gottsäter, a., Lindgren, A. & Wester, P. (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 2015-05-18 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtad 2015-03-30, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- WHO. (2004a). *Risk factor: socioeconomic status*. Hämtad 2015-05-17, från http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_11_socioeconomic_s.pdf?ua=1
- WHO. (2004b). *Risk factors*. Hämtad 2015-05-17, från http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf?ua=1
- Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet. Om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2011). Hälsa och välbefinnande. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 25-43). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.
- YFA Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, (2015). *Rekommendationer om fysisk aktivitet*. Hämtad 2015-05-15, från <http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund Studentlitteratur.

Bilaga 1: Söktabeller

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
17/4 - 15	Stroke AND lifestyle change AND motivational interviewing	(research article, peer reviewed, english language, also search within the full text of the articles, april 2005-mars 2015)	24	11	2	Mackenzie, G., Ireland, S., Moore, S., Heinz, I., Johnson, R., Oczkowski, W. & Sahlas, D. (2013)
19/4 - 15	Stroke OR TIA (title) AND secondary prevention AND lifestyle	(research article, peer reviewed, english language, also search within the full text of the articles, april 2005-apr 2015)	15	4	4	Sit JWH., Yip VYB., Ko SKK., Gun AP. och Lee JSH. (2007).

Sökning Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
24/3 - 15	life style change AND stroke AND nurs*	max 10 år gamla	36	6	2	Green, T., Haley, E., Eliasziw, M. & Hoyte, K. (2007).
25/3 - 15	stroke AND counseling AND life style	max 10 år gamla	26	8	5	Hornnes, N., Larsen, K. & Boysen, G. (2011).
27/3 - 15	stroke AND (health education OR health information) AND life style change	max 10 år gamla	34	6	4	Rochette, A., Korner-Bitensky, N., Bishop, D., Teasell, R., White, C.L., Bravo, G., Côté, R., Green, T., Lebrun, L-H., Lanthier, S., Kapral, M. & Bayley, M. (2013), Kirk, H., Kersten, P., Crawford, P., Keens, A., Ashburn, A. & Conway, J. (2013)
16/4 - 15	stroke AND secondary prevention AND (smoking OR alcohol OR food OR nutrition OR diet)	max 10 år gamla	501	23	4	Kono, Y., Yamada, S., Yamaguchi, J., Hagiwara, Y., Iritani, N., Ishida, S., Araki, A., Hasegawa, Y., Sakakibara, H. & Koike, Y. (2013), Lennon, O. C., Doody, C., Ni Choisdealbh, C. & Blake, C. (2013).

Sökning i Pubmed.

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
27/3 - 15	stroke AND (motivational interviewing OR Integrated Change Model OR stages of change)	article & review, publ. efter 2004, english	2	2	2	Gillham S. & Endacott R. (2010).
13/4 - 15	stroke AND secondary prevention AND lifestyle	article & review, publ. efter 2004, nursing, english	31	18	5	Prior P. L., Hachinski V., Unsworth K., Chan R., Mytka S., O'Callaghan C., Suskin N. (2011).

Sökning i Scopus.

Artikel från Snowballing: Holzemer E.M., Thanavaro J., Malmstrom T. K. och Cruz-Flores S. (2011).

Bilaga 2: Granskningsmallar

Kvalitetsbedömning av kvantitativa studier

Nr.	Fråga	Ja	Nej	Poäng
1.	Är forskningsmetoden beskriven?			
2.	Finns uppgift om antal deltagare?			
3.	Finns uppgift om deltagarnas ålder?			
4.	Finns uppgift om deltagarnas kön?			
5.	Är inkludering/exkludering adekvat?			
6.	Beskrivs interventionen?			
7.	Finns det ett tydligt syfte?			
8.	Är urvalsförfarandet beskrivet?			
9.	Är urvalet representativt?			
10.	Är randomiseringsförfarandet beskrivet?			
11.	Är grupperna likvärdiga vid start?			
12.	Är deltagarna analyserade till den grupp de randomiserades till?			
13.	Är patienterna blindade?			
14.	Är vårdarna blindade?			
15.	Är forskarna blindade?			
16.	Är bortfallsanalysen beskriven?			
17.	Är bortfallsstorleken beskriven?			
18.	Beskrivs den statistiska metoden?			
19.	Finns det ett etiskt resonemang?			
20.	Är resultatet väl beskrivet?			
21.	Diskuteras validitet?			
22.	Diskuteras reliabilitet?			
23.	Är resultatet generaliserbart?			

Kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

Nr.	Fråga	Ja	Nej	Poäng
1.	Är forskningsmetoden beskriven?			
2.	Finns det ett tydligt syfte?			
3.	Finns uppgift om antal deltagare?			
4.	Finns uppgift om deltagarnas ålder?			
5.	Finns uppgift om deltagarnas kön?			
6.	Är kontexten presenterad?			
7.	Är urvalet relevant?			
8.	Är urvalet strategiskt?			
9.	Finns det ett etiskt resonemang?			
10.	Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?			
11.	Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
12.	Är analysen tydligt beskriven?			
13.	Är resultatet logiskt, begripligt?			
14.	Råder datamättnad?			
15.	Råder analysmättnad?			
16.	Redovisas resultatet klart och tydligt?			
17.	Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?			
18.	Genereras teori?			
19.	Finns en slutsats?			

Bilaga 3: Artikelöversikt

<i>Artikel nr 1</i>	
Titel:	<i>Barriers to healthy-lifestyle participation in stroke: consumer participation in secondary prevention design.</i>
Tidskrift:	International Journal of Rehabilitation Research
Författare:	Lennon, O. C., Doody, C., Ni Choisdealbh, C. & Blake, C.
Årtal:	2013
Land:	Irland
Metod:	Fokusgrupper (en timme långa).
Intervention:	Ingen intervention.
Standardvård för kontrollgruppen:	Ingen kontrollgrupp.
Syfte:	Att identifiera upplevda hinder för att leva hälsosamt, patienters önskemål om hur de vill få information om risker samt faktorer som motiverar till deltagande i livsstilsinterventioner.
Resultat:	Muntlig information om risker föredras. Ökad motivation genom riskreduktionsprogram som var stroke-specifika, lättillgängliga, levererade av sjukvårdspersonal och innehållande både sociala- och träningskomponenter. Viktigt att involvera anhöriga och andra som påverkar livsstilen.
Vetenskaplig kvalitet:	Hög

<i>Artikel nr 2</i>	
Titel:	<i>Comprehensive Cardiac Rehabilitation for Secondary Prevention after Transient Ischaemic Attack or Mild Stroke I: Feasibility and Risk Factors.</i>
Tidskrift:	Stroke
Författare:	Prior P. L., Hachinski V., Unsworth K., Chan R., Mytka S., O'Callaghan C., Suskin N.,
Årtal:	2011
Land:	Storbritannien
Metod:	Prospektiv kohortstudie.
Intervention:	En två timmar lång gruppträff med utbildning i riskfaktorer för stroke och råd om att sluta röka mm. Rökare uppmanades att delta i sluta-röka-program. Alla deltog i

	fysisk träning två gånger i veckan samt hembaserade övningar minst två gånger i veckan eller bara hembaserade övningar minst fyra gånger i veckan och månatlig personlig kontakt per telefon eller på kliniken. Dietist gav kostrådgivning individuellt eller i grupp. Efter tre månader fick deltagarna ett hembesök eller ett telefonsamtal.
Antal interventionstillfällen:	53 tillfällen under 6 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Ingen kontrollgrupp.
Syfte:	Att testa genomförbarhet och effektivitet av 6 månaders "Comprehensive Cardiac Rehabilitation" för sekundär prevention efter en liten stroke eller TIA.
Resultat:	Sänkta värden av kolesterol, triglycerider, midjemått, BMI och kroppsvikt. Ökning av icke-rökande deltagare. Ingen skillnad i blodtryck och LDL och HDL- fetter.
Vetenskaplig kvalitet:	Medel

<i>Artikel nr 3</i>	
Titel:	Modifying Risk Factors After TIA and Stroke: <i>The Impact of Intensive Education</i>
Tidskrift:	The Journal for Nurse Practitioners
Författare:	Holzemer E.M., Thanavaro J., Malmstrom T.K. och Cruz-Flores S.
Årtal:	2011
Land:	USA
Metod:	RCT
Intervention:	Utökad, individuellt anpassad muntlig och skriftlig utbildning vid utskrivning om livsstilsförändringar, läkemedelsbehandling och varningstecken på TIA/stroke, samt en individuellt anpassad riskreduktionsplan. Vid ett uppföljande telefonsamtal 1-3 veckor efter utskrivning tillfrågades patienterna hur det gick med riskreduktionsplanen, samt diskuterades följsamhet till läkemedelsbehandlingen. Patienterna gavs stöd och uppmuntran gällande fysisk aktivitet, kost samt att sluta röka. Både kontroll- och interventionsgruppen följdes upp på strokekliniken 6 veckor och 3 mån efter sin stroke. Båda grupperna fick självskatta följsamhet till läkemedelsbehandling, rökning, kost, fysisk aktivitet, blodtryck, BMI och kolesterolvärden vid baseline och efter 3 mån.
Antal interventionstillfällen:	4 tillfällen under 3 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Utbildning.
Syfte:	Att undersöka om intensiv, individuellt anpassad utbildning för patienter med stroke/TIA påverkar patienternas uppmärksamhet på riskfaktorer och livsstilsförändringar.
Resultat:	Sänkt blodtryck, sänkt totalkolesterol samt sänkt LDL.

Vetenskaplig kvalitet:	Medel
-------------------------------	-------

<i>Artikel nr 4</i>	
Titel:	<i>A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke</i>
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing
Författare:	Sit JWH., Yip VYB., Ko SKK., Gun AP. och Lee JSH.
Årtal:	2007
Land:	Kina
Metod:	Kvasi- experimentell studie.
Intervention:	Två timmar långa utbildningsträffar en gång i veckan under åtta veckor. Träffarna baserades på ett interaktivt förhållningssätt där deltagarna utvecklade nya vanor genom att lära- öva- få feedback- lära. Ämnen som behandlades var stroke, sekundärprevention, läkemedel, hälsosam livsstil, hälsosam kost, fysisk aktivitet m.m. I undervisningen ingick spel, reflektion, samtal om upplevelser av stroke, att sätta mål och utforma handlingsplaner.
Antal interventionstillfällen:	8 tillfällen under 2 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Konventionell medicinsk behandling.
Syfte:	Att undersöka om ett samhällsbaserat strokepreventionsprogram är effektivt gällande förbättrad kunskap om stroke, förbättrad självtestning av blodtryck, blodglukos mm och upprätthållandet av en nyvunnen hälsosam livsstil.
Resultat:	Ökad kunskap om stroke, följsamhet till läkemedelsordinationer och självkontrollering av blodtryck. Sänkt intag av salt och mättat fett. Ingen skillnad gällande rökning, alkoholintag och intag av friterad mat. Mängd fysisk aktivitet sjönk signifikant i kontrollgruppen, men bibehölls i interventionsgruppen.
Vetenskaplig kvalitet:	Medel

<i>Artikel nr 5</i>	
Titel:	<i>Impact of enhanced secondary prevention on health behavior in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomised controlled trial.</i>
Tidskrift:	Clinical Rehabilitation
Författare:	Gillham S. och Endacott R.
Årtal:	2010
Land:	Storbritannien

Metod:	RCT
Intervention:	Information om strokepatologi, en förklaring angående individuella riskfaktorer samt ett motiverande samtal om livsstilsförändringar. I det motiverande samtalet gjordes en plan för förändring om det var lämpligt. Efter två och sex veckor blev deltagarna uppringda för support och uppföljning.
Antal interventionstillfällen:	3 tillfällen under 3 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Ingen beskriven.
Syfte:	Att undersöka om stärkt sekundär prevention efter mindre stroke/TIA gör patienter mer beredda att ändra hälsobeteenden än med konventionella insatser.
Resultat:	Ingen skillnad i nivåer i förändringshjulet inom Den transteoretiska modellen. Ökning av fysisk aktivitet och frukt- och grönsaksintag. Ingen skillnad gällande rökning och alkoholintag.
Vetenskaplig kvalitet:	Hög

<i>Artikel nr 6</i>	
Titel:	<i>Education in stroke prevention: Efficacy of an educational counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors</i>
Tidskrift:	Canadian Journal of Neuroscience Nursing
Författare:	Theresa Green, Eryka Haley, Michael Eliasziw och Keith Hoyte
Årtal:	2007
Land:	Kanada
Metod: Intervention:	RCT Ett motiverande samtal. Här belystes individuella riskfaktorer och lämpliga livsstilsförändringar. Patienten länkade livsstilsförändringarna till nivåerna i Den transteoretiska modellen och bestämde sig för att genomföra förändringen eller inte. Information gavs om orsaker till stroke, konsekvenser och återhämtning m.m. En trettimmars gruppträff (för deltagare och deras familjemedlemmar) med interaktivt lärande angående stroke- orsaker, riskfaktorer, läkemedel, hälsosam livsstil och stresshantering. Deltagarna fick med sig skriftlig information på det som berörts.
Antal interventionstillfällen:	2 tillfällen under 3 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Kort diskussion om stroke samt tillgång till skriftlig information i väntrummet.
Syfte:	Att undersöka vilken inverkan 15-20 minuter långa motiverande samtal med

	sjuksköterska har på strokepatienters lärande om stroke och på livsstilsförändringar.
Resultat:	Ökad kunskap om stroke. Ingen skillnad gällande riskfaktorer (blodtryck, kolesterolnivåer, rökning, fetma bl. a).
Vetenskaplig kvalitet:	Medel

<i>Artikel nr 7</i>	
Titel:	<i>Blood Pressure 1 Year after Stroke: The Need to Optimize Secondary Prevention</i>
Tidskrift:	Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases
Författare:	Hornnes, N., Larsen, K. & Boysen, G.
Årtal:	2011
Land:	Danmark
Metod:	RCT
Intervention:	Fyra entimmes hembesök av sjuksköterska 1, 4, 7 och 10 månader efter beslut om medverkan. Vid hembesöken mättes blodtryck, informerades om vikten av ett kontrollerat blodtryck och om detta var högt uppmuntrades till besök hos allmänläkare. Individuellt anpassade råd för en hälsosam livsstil gavs också.
Antal interventionstillfällen:	4 tillfällen under 10 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Råd om livsstil.
Syfte:	Att undersöka om en sjuksköterske-ledd intervention (hembesök och individuell anpassad rådgivning angående en hälsosam livsstil) kan sänka blodtrycket hos personer som haft stroke eller TIA.
Resultat:	Ingen sänkning av blodtryck.
Vetenskaplig kvalitet:	Medel

<i>Artikel nr 8</i>	
Titel:	<i>The YOU CALL-WE CALL Randomized Clinical Trial Impact of a Multimodal Support Intervention After a Mild Stroke</i>
Tidskrift:	Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes
Författare:	Annie Rochette, Nicol Korner-Bitensky, Duane Bishop, Robert Teasell, Carole L. White, Gina Bravo, Robert Côté, Teri Green, Louise-Hélène Lebrun, Sylvain Lanthier, Moira Kapral, Mark Bayley
Årtal:	2013
Land:	Kanada

Metod:	RCT
Intervention:	<i>You Call</i> - gruppen fick ett telefonnummer dit de kunde ringa vid behov. Vårdpersonalen svarade bara på patientens frågor utan att ge ytterligare råd. <i>We call</i> -gruppen ringdes upp av rådgivande vårdpersonal en gång/vecka de första två månaderna, varannan vecka den tredje månaden och en gång/månad i ytterligare tre månader. Samtalen handlade bl.a. om familjemedverkan och individuella riskfaktorer. Kompletterande skriftlig information om strokebehandling skickades om så behövdes, och patienterna uppmanades att söka allmänläkare om de upplevde hälsoproblem.
Antal interventionstillfällen:	13 tillfällen under 6 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Ingen kontrollgrupp.
Syfte:	Att jämföra effekten på livskvalité och mängd akuta vårdtillfällen av en intervention där vårdpersonal ringer upp patienten jämfört med en passiv intervention där patienten ringer upp personal vid behov, för patienter som har haft en första mild stroke.
Resultat:	Inga skillnader med avseende på akuta vårdtillfällen och levnadsvanor.
Vetenskaplig kvalitet:	Hög

<i>Artikel nr 9</i>	
Titel:	<i>The cardiac model of rehabilitation for reducing cardiovascular risk factors post transient ischaemic attack and stroke: a randomized controlled trial.</i>
Tidskrift:	British Journal of Occupational therapy
Författare:	Hayden Kirk, Paula Kersten, Pamela Crawford, Angela Keens, Ann Ashburn, & Joy Conway.
Årtal:	2013
Land:	Storbritannien
Metod:	RCT
Intervention:	Interventionen bestod av ett åttaveckors hjärt-rehabiliteringsprogram. Under de första sex veckorna tränades kondition och styrka ett okänt antal gånger. Interaktiv utbildning med diskussion ingick ett okänt antal tillfällen. Ämnen som berördes var läkemedel, alkohol, fysisk träning, hälsosam kost, stress och hur hjärtat fungerar. Under kommande två veckor deltog patienterna i fysisk aktivitet på hälsocenter vid 12 tillfällen.
Antal interventionstillfällen:	18 tillfällen under 8 veckor.
Standardvård för kontrollgruppen:	Råd om livsstil.
Syfte:	Att utvärdera om ett hjärtrehabiliteringsprogram är lämpligt och effektivt för att sänka riskfaktorerna för patienter som haft en liten stroke eller TIA.
Resultat:	Minskad risk att drabbas av hjärt- kärlsjukdom (baserat på ålder, viloblodtryck,

	rökning, diabetes, total kolesterol och HDL). Mindre försämrade aktivitetsnivå än i kontrollgruppen. Inga skillnader i blodfetter, fasteblodsocker, konsumtion av frukt- och grönsaker, fetma eller systoliskt blodtryck.
Vetenskaplig kvalitet:	Medel

<i>Artikel nr 10</i>	
Titel:	<i>Secondary Prevention of New Vascular Events with Lifestyle Intervention in Patients with Noncardioembolic Mild Ischemic Stroke: A Single-Center Randomized Controlled Trial</i>
Tidskrift:	Cerebrovascular Diseases
Författare:	Kono, Y., Yamada, S., Yamaguchi, J., Hagiwara, Y., Iritani, N., Ishida, S., Araki, A., Hasegawa, Y., Sakakibara, H. & Koike, Y.
Årtal:	2013
Land:	Japan
Metod:	RCT
Intervention:	Ett 24-veckors livsstilsförändringsprogram innehållande fysisk aktivitet, saltrestriktioner och kostråd. Patienterna följdes upp 2,9 år senare m.a.p. nya vaskulära händelser.
Antal interventionstillfällen:	24- 48 tillfällen (1-2 ggr/v.) under 6 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Råd om livsstil.
Syfte:	Att undersöka om en livsstilsintervention kan reducera risken att få en ny akut kärlsjukdom hos patienter med lindrig ischemisk stroke som inte beror på hjärtsjukdom.
Resultat:	Ökad fysisk aktivitet. Minskat saltintag. Sänkta blodfett- och blodtrycksvärden. Vid uppföljning 2,9 år efter interventionen hade 12 patienter från kontrollgruppen drabbats av minst ett tillfälle med ny akut kärlsjukdom jämfört med en patient ur interventionsgruppen.
Vetenskaplig kvalitet:	Hög

<i>Artikel nr 11</i>	
Titel:	<i>Tailored interventions to improve hypertension management after stroke or TIA - Phase II (TIMS II).</i>
Tidskrift:	Canadian Journal of Neuroscience Nursing
Författare:	Mackenzie G, Ireland S, Moore S, Heinz I, Johnson R, Oczkowski W, Sahlas D

Årtal:	2013
Land:	Kanada
Metod:	RCT
Intervention:	Motiverande samtal via telefon en gång i månaden i ett halvår. Här främjades en minskning av riskfaktorer. Deltagarna fick också läkemedelsrådgivning, läkemedelsdosetter och utrustning för att mäta sitt blodtryck hemma.
Antal interventionstillfällen:	6 tillfällen under 6 månader.
Standardvård för kontrollgruppen:	Rådgivning angående riskfaktorer till stroke.
Syfte:	Att utvärdera om månatliga telefonsamtal, MI för livsstilsförändringar, egenmätning av blodtryck i hemmet och användande av dosett under ledning av sjuksköterskor, kan förbättra kontrollen av blodtryck och följsamheten till läkemedelsordinationer.
Resultat:	Ingen skillnad i blodtryck.
Vetenskaplig kvalitet:	Medel