



HÖGSKOLAN
I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans primärpreventiva metoder för att uppmuntra till livsstilsförändringar hos patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdom

En litteraturstudie

Markus Norlén
Stefan Persson

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Charlotte Roos
Examinator: Bernice Skytt

Förord

Författarna till denna litteraturstudie vill rikta ett tack till Hanna, Madelene, Mika och Sara för deras idéer, förslag och feedback gällande arbetet vid alla handledargruppträffar som har varit under examensarbetet. Sedan ett stort tack till vår handledare Charlotte för stödet och vägledningen som hon har givet samt hennes intresse gällande arbetet.

Tack!

Markus och Stefan

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärt- och kärlsjukdomar är ett globalt växande folkhälsoproblem som dessutom är en ekonomisk last på samhället. Forskning har uppskattat att majoriteten av dödsfall kommer att bero på hjärt- och kärlsjukdomar vid år 2030. Några riskfaktorer för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom är ett högt BMI, rökning och låg fysisk aktivitet. Forskning har visat att primärpreventivt arbete med livsstilsförändringar är något som minskar riskfaktorerna och är kostnadseffektivt för samhället. **Syftet:** var att beskriva vilka primärpreventiva metoder sjuksköterskan använder för att uppmuntra till livsstilsförändringar hos patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdom samt att beskriva hur dessa primärpreventiva metoder påverkar riskfaktorerna. Syftet var också att beskriva urvalsgrupperna i de valda vetenskapliga artiklarna. **Metod:** För att besvara syftet och frågeställningarna hade denna litteraturstudie en beskrivande design där tolv vetenskapliga artiklar har analyserats. Databaserna PubMed och CINAHL användes vid sökningen för att finna de vetenskapliga artiklarna. **Resultat:** Sjuksköterskor använde olika metoder för att uppmuntra till livsstilsförändring hos hjärt- och kärlsjuka patienter. Dessa metoder innebar att sjuksköterskan antingen fungerar som en informationsgivare eller samarbetspartner gentemot patienten. Effekten av metoderna varierade och enligt vissa studier gav de ej gav någon effekt. **Slutsats:** Utifrån litteraturstudiens resultatet går det ej med säkerhet att säga vilka metoder som är mest effektiva. Sammanfattningsvis kan sjuksköterskan i sitt kliniska arbete ta hänsyn till båda förhållningssätt i mötet med patienterna och anpassa metoden utifrån ett individuellt perspektiv.

Nyckelord: livsstilsförändringar, hjärt- och kärlsjukdomar, sjuksköterska, primärpreventiva metoder, litteraturstudie

Abstract

Background: Coronary heart disease is a growing health issue from a global perspective. Research has estimated that coronary heart disease will stand for the majority of deaths by the year 2030. Risk factors include a high BMI, smoking and low level physical activity. Research has also shown that lifestyle change can decrease the risk factors and is cost-effective for the society. **Aim:** The aim with the literature study was to describe which primary prevention methods nurses use to encourage lifestyle change for patients at risk of developing coronary heart disease, and to describe how these methods affect the risk factors. The purpose was also to describe the sample groups in the chosen articles. **Method:** To answer the study questions, the literature study had a descriptive design where twelve scientific articles were analysed and categorized. The databases PubMed and CINAHL were used to find the scientific articles. **Results:** Nurses use an array of different methods to encourage life style change in patients with coronary heart disease. These methods include the nurse either acting as a information giver or a collaboration partner towards the patient. The effect of these methods varied and some of the studies didn't show any effect whatsoever.

Conclusion:

On the basis of the literature study, the methods nurses use and their effectiveness are inconclusive. In conclusion, the nurse can consider all of the methods in the work place, and decide which method is adequate based on the individual variations of the patients.

Keywords: lifestyle change, coronary heart disease, registered nurse, primary prevention methods, literature study

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1. Hjärt- och kärlsjukdomar	1
1.2. Riskfaktorer.....	2
1.3. Livstilsförändring	3
1.4. Prevention	4
1.5. Sjuksköterskans ansvar	4
1.6. Orems teori.....	5
1.7. Problemformulering	5
1.8. Syfte.....	5
1.9. Frågeställningar	6
2. Metod	6
2.1. Design	6
2.2. Databaser	6
2.3. Sökord och sökstrategier.....	6
2.4. Urvalskriterier	7
2.5. Begränsningar	7
2.6. Dataanalys.....	8
2.7. Forskningsetiska överväganden	8
3. Resultat	9
3.1. Sjuksköterskan som informationsgivare.....	9
3.2. Sjuksköterskan som samarbetspartner.....	12
3.2.1 Coping	12
3.2.2 Motiverande samtal.....	13
3.3. Granskning av urvalsgrupperna	16
3.3.1. Urvalskriterier.....	16
3.3.2. Antal deltagare.....	18
3.3.3. Könsfördelning	18
3.3.4. Bortfall	18
4. Diskussion	19
4.1. Huvudresultatet	19
4.2. Resultatdiskussion	19
4.2.1 Diskussion granskning av urvalsgrupperna.....	24
4.3. Metoddiskussion.....	25
4.4. Klinisk implikation.....	27
4.5. Förslag till fortsatt forskning	27
5. Slutsats	28
Referenser	29

1. Introduktion

Hjärt- och kärlsjukdomar är ett globalt folkhälsoproblem och har under de senaste 30 åren blivit ett växande problem i fler delar av världen, då det även har blivit vanligare i låginkomstländer. I Sverige har dock detta folkhälsoproblem de senaste åren blivit mindre för män, men hos kvinnor minskar det dock inte i lika hög utsträckning (Folkhälsomyndigheten, 2014). Forskning uppskattar att vid år 2030 kommer cirka sju av tio dödsfall i världen att bero på kroniska sjukdomar där just hjärt- och kärlsjukdomar kommer att stå för majoriteten av dessa dödsfall. För tillfället orsakar hjärtinfarkt och stroke omkring tolv miljoner dödsfall varje år (Anand & Yusuf, 2011; Ibrahim & Damasceno, 2012; Paradis & Chiolero, 2011). Trots denna iögonfallande statistik är riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar väl kända och uppmärksammade i forskningen.

1.1. Hjärt- och kärlsjukdomar

När en person drabbas av hjärt- och kärlsjukdom är blodflödet försämrat i hjärtats kranskärl, vilket leder till att hjärtat inte får tillräckligt med syre. Denna syrebrist kan uppstå på grund av en rad olika tillstånd som exempelvis *angina pectoris* (kärllkramp) där personen upplever akuta bröstsmärtor på grund av obalansen mellan syrebehov och syretillförsel. Den vanligaste orsaken till kärllkramp är *ateroskleros*, också kallat åderförkalkning eller åderförfettning (Signäs, 2013; Ericson & Ericson, 2012). Ateroskleros blir en sorts plackbildning i kärlväggarna och leder därmed till en reducering av syretillförseln då blodet ej kan ta sig förbi dessa plackbildningar på samma sätt som i ett friskt kärl. När dessa plackbildningar täpper igen kärlet helt och hållet eller brister kan en hjärtinfarkt uppstå (Ericson & Ericson, 2012). Hjärtinfarkt kan alltså bero på en plackruptur och trombos i kärnen, det vill säga ett hinder som orsakar ett stopp i blodflödet, vilket i sin tur leder till att de hjärtceller som är beroende av detta blodflöde skadas och kan nekrotiseras. Dessa ischemiska hjärtsjukdomar kan leda till hjärtsvikt som innebär att pumpförmågan blir försämrad och hjärtat kan ej då förmå att försörja kroppen med tillräckligt syrerikt blod (Ericson & Ericson, 2012). Forskning visar att det bör läggas resurser på att hitta metoder som botar ateroskleros (Robinson & Gidding, 2014) i ett tidigt skede, men tills vidare påvisar andra studier att livsstilsförändring är effektivt på flera plan för att arbeta preventivt med dessa sjukdomar (Saha *et al.* 2013).

1.2. Riskfaktorer

Det finns ett antal riskfaktorer som ofta förknippas med hjärt- och kärl sjukdomar och några av dessa inkluderar ett *BMI* över 25, om personen röker, blodtryck som ligger över 140/90mm/Hg, totalkolesterol över 5,0 mmol/l, samt mindre än 30 minuter fysisk aktivitet per dag (Hernborg 2012; Håkansson 2014; Martinez, 2014; Stjernström Roos, 2014; Ericson & Ericson, 2012).

BMI (body mass index) är en uträkning som visar förhållandet mellan personens vikt och längd och ett *BMI* på över 25 anses vara övervikt. Normalviktig anses vara ett *BMI* mellan 18,5-24,9 och fetma räknas som *BMI* över 30. *BMI* ekvationen är inte något som stämmer för alla människor, utan hänsyn måste tas till ålder, muskelmassa, samt hur fett i kroppen är fördelat. *BMI* används för att det är ett enkelt sätt att få en uppfattning om var en viss person befinner sig. Det går att räkna ut *BMI* genom att dividera vikten med längden multiplicerat med längden. Även om *BMI* endast är strax över 25 kan det vara skadligt och öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Vid fetma har forskning visat att en viktminskning kan ge stora förbättringar för individens hälsa (Martinez, 2014).

Rökning ökar risken för ett flertal allvarliga sjukdomar däribland hjärt- och kärlsjukdomar samt dödlighet, 12 000 personer i Sverige dör varje år på grund av rökning. Mellan åren 2010 och 2012 insjuknade cirka 22 500 personer i hjärt- och kärlsjukdomar på grund av rökning och av dessa dog cirka 3 500 personer på grund av sin sjukdom och därmed indirekt av rökning (Folkhälsomyndigheten, 2014). Rökning är den absolut största riskfaktorn för skador på hjärta och kärl; tobaken innehåller flera ämnen som direkt påverkar blodkärlen. De röda blodkropparna blockeras på grund av kolmonoxiden i tobaksröken och därmed minskar kroppens förmåga att ta upp syre vilket resulterar i att hjärtat får svårare att försörja kroppen med syrerikt blod. Nikotinet i tobaken gör också att blodplättar lättare klumpar ihop sig, vilket ökar risken för blodproppar. Nikotinet höjer även blodtrycket och ökar pulsen samt gör att kärlens töjbarhet och elasticitet minskar så att kärlen drar sig samman (Hjärt-lungfonden, 2014).

Blodtrycket är det tryck som uppstår i artärerna när blodet pumpas från hjärtat ut i kroppen och tillbaka till hjärtat. Blodtrycket anges med två värden till exempel 120/80 mm/HG, där första siffran är övertrycket (systoliskt tryck), det vill säga när hjärtat drar ihop sig och pumpar ut blodet. Den andra siffran anger undertrycket (diastoliskt tryck), det vill säga när

hjärtat går i viloläge och fylls med syrerikt blod. Ett normalt blodtryck ligger mellan 110-130 mm/Hg i övertryck och omkring 70-80 mm/Hg i undertryck. Högt blodtryck, eller *hypertoni*, definieras som ett blodtryck över 140/90 mm/Hg (Hernborg, 2012).

Kolesterol är något kroppen bland annat använder för att producera hormoner men som i för hög mängd kan leda till ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Detta sker på grund av att kolesterolet behöver transportmolekyler för att kunna cirkulera i blodkärlek och en av dessa molekyler, också kallat lipoprotein, heter LDL. Det som gör ett högt kolesterol farligt är att dessa LDL proteiner släpper ifrån sig kolesterol på vägen genom blodcirkulationen vilket i sin tur leder till lagringar på kärlväggarna och således ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom (Håkansson, 2014).

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger energiomsättning. Denna definition omfattar all medveten och planerad typ av muskelaktivitet. Fysiskt aktivitet innebär många hälsofördelar: Personen blir piggare och starkare och får därmed en högre livskvalitet, fysisk aktivitet minskar också risken för ett flertal sjukdomar, bland annat hjärt- och kärlsjukdom. Ett exempel på en enkel fysisk aktivitet är att promenera i rask takt vilket stärker hjärtmuskeln. En stark hjärtmuskel leder till att hjärtat orkar pumpa runt större mängd syrerikt blod per slag vilken då gör att hjärtat inte behöver slå lika fort som tidigare. Det är därför det är viktigt att röra på sig – det går åt mer energi och kolesterolhalten i blodet sänks. Det krävs inte hårda gympass för att skydda hjärtat utan det räcker med en promenad på 30 minuter per dag (Folkhälsomyndigheten, 2014; Hjärt-lungfonden, 2014).

Det finns ett verktyg som räknar ut den övergripande risken för ovanstående riskfaktorer. Ett exempel på ett sådant verktyg är ett skattningsinstrument som kallas för *SCORE* och har utvecklats för att kunna uppskatta hur stor risk en patient har att avlida inom tio år på grund av hjärt- och kärlsjukdom. Skattningen ger vårdpersonalen en relativt specifik uppskattning av risk för patienterna genom att fråga hur mycket patienten röker samt undersöka hur kolesterolvärdena ser ut och vad blodtrycket är. Ålder och kön är också något som tas med i beräkningen (Läkemedelsverket, u.å).

1.3. Livstilsförändring

Forskning har visat, utöver att hjärt- och kärlsjukdomar orsakar mycket lidande och död i världen, att det också är en ekonomisk last för samhället. Detta leder till efterfrågan av

metoder som både minskar riskerna för insjuknande och samtidigt eftersträvar att vara kosteffektiva. Något som har visat sig uppfylla dessa krav är livsstilsförändringar (Saha, Carlsson, Gerdtham, Eriksson, Hagberg, Eliasson & Johansson, 2013). Livsstilsförändring kommer i denna litteraturstudie att definieras som vad en individ kan göra för att främja sin egen hälsa i positiv bemärkelse; det vill säga att förändra den livsstil personen har för att minska de risker till hjärt- och kärlsjukdom som nämnts ovan enligt Hernborg (2012); Håkansson (2014); Stjernström Roos (2013) och Stjernström Roos (2014). Livsstilsförändringar har stor betydelse i preventionsarbetet trots att det finns effektiva läkemedel som är blodtryckssänkande och trombocyt- och lipidhämmande (Kahan, 2014).

1.4. Prevention

Prevention delas upp i tre delar: primär, sekundär och tertiär. Primärprevention syftar till att påverka livsstilsfaktorer och förhindra uppkomsten av ohälsa. Sekundärprevention är något som avser att hindra att en sjukdom som patienten har inte försämras ytterligare. Till sist är målet med tertiär prevention att minimera de begränsningar patienten upplever av sitt sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning (Norström, 2008). När en patient har råkat ut för en hjärtinfarkt innebär primärprevention att hjälpa patienten att minimera sina riskfaktorer så patienten inte drabbas av framtida hjärtinfarkt. Vid sekundärprevention har patienten råkat ut för hjärtinfarkt och sjuksköterskans uppdrag är då, tillsammans med andra professioner, att förhindra försämring av den skada som skett. Den tertiära preventionen innebär att patienten ska få leva med så få begränsningar som möjligt om sådana har uppstått till följd av hjärtinfarkten (Wallén, 2012).

1.5. Sjuksköterskans ansvar

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod (2007) och Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) har sjuksköterskan en plikt att göra gott och arbeta preventivt. När det kommer till arbetet med hjärt- och kärlsjukdomar innebär det att sjuksköterskan ska besitta ett visst yrkeskunnande för att känna till hur livsstilsförändringar genomförs enligt aktuell forskning. Detta kallas att arbeta med evidensbaserad kunskap (Kihlgren & Johansson, 2000). Viljan att tillämpa denna kunskap är en central del i att utöka sin kompetens som sjuksköterska och utveckla sitt förhållningssätt gentemot de unika patienter sjuksköterskan möter i arbetet med livsstilsförändringar. Sjuksköterskan har ett ansvar att aktivt förebygga hälsorisker och kunna motivera patienter till livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2007; ICN, 2007).

1.6. Orems teori

En omvårdnadsteori som enligt litteraturstudiens författare är användbar för sjuksköterskan i arbete med livsstilsförändringar är Orems teori om egenvård. Enligt teorin om egenvård är sjuksköterskans uppgift att vägleda patienten i de riktningar som anses vara av vikt.

Människan ses som tänkande och handlande med möjlighet att lära och utvecklas, men som ibland kan behöva stöd för att nå vissa mål. Enligt teorin om egenvård ska sjuksköterskan ha en helhetssyn på människan och vad hälsa innebär. Miljön delas upp i två inriktningar; den fysiska miljön och utvecklingsmiljön (Berbiglia & Banfield, 2014). Enligt litteraturstudiens författare kan detta innebära att miljön omkring en viss individ har potentialen att antingen bidra till mer hälsa eller orsaka ohälsa. Röker till exempel en familjemedlem kanske det påverkar andra i familjen att börja röka, och motsatsen kan också vara möjlig; en familjemedlem med en hälsosam livsstil kan ha inflytande i positiv riktning. Orems definition av omvårdnad blir en produkt av de föregående begreppen: sjuksköterskan ska främja patienten till att uppnå förmåga till egenvård genom att stödja och undervisa patienten (Berbiglia & Banfield, 2014).

1.7. Problemformulering

Hjärt- och kärlsjukdomar är ett stort folkhälsoproblem som tar många liv och är en ekonomisk last på samhället (Anand & Yusuf, 2011; Ibrahim & Damasceno, 2012; Paradis & Chioloro, 2011; Saha *et al.* 2013). Forskning har identifierat ett antal riskfaktorer för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar samt visat att den typ av livsstil människor lever efter har en stor inverkan på dessa riskfaktorer (Hernborg 2012; Håkansson 2014; Stjernström Roos, 2013; Stjernström Roos, 2014). Livsstilsförändringar är en central del i sjuksköterskans preventionsarbete och något som är svårt att finna är en övergripande och sammanfattande bild av aktuell forskning om vilka primärpreventiva metoder sjuksköterskor använder och hur dessa metoder påverkar riskfaktorerna

1.8. Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka primärpreventiva metoder sjuksköterskan använder för att uppmuntra till livsstilsförändringar hos patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdom samt att beskriva hur dessa primärpreventiva metoder påverkar riskfaktorerna.

Syftet var också att beskriva urvalsgrupperna i de valda vetenskapliga artiklarna och hur bortfallet presenteras.

1.9. Frågeställningar

- Vilka primärpreventiva metoder använder sjuksköterskan för att uppmuntra till livsstilsförändring hos patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdom?
- Hur påverkar dessa primärpreventiva metoder riskfaktorerna?
- Hur har de inkluderade vetenskapliga artiklarna beskrivit urvalet och bortfallet av studiedeltagarna?

2. Metod

2.1. Design

Författarna till denna litteraturstudie har använt en beskrivande design för att besvara syftet. Denna design används enligt Polit och Beck (2012) för att beskriva karakteristiska drag eller omständigheter för ett visst fenomen.

2.2. Databaser

Databaserna CINAHL och PubMed har använts som sökmotorer för att söka de vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet. Anledningen till att författarna har använt dessa är att databaserna har stort utbud av omvårdnadsforskning och således också rekommenderas av Polit och Beck (2012).

2.3. Sökord och sökstrategier

I databasen CINAHL användes CINAHL-headings *Cardiovascular diseases/PC* med den booleska sökoperatören *AND* tillsammans med sökordet *nurs** (trunkering). *PC*, som är en del av denna heading, står för *prevention and control*. I databasen PubMed användes MeSH-termen *Cardiovascular diseases/prevention and control* tillsammans med den booleska sökoperatören *AND* och kombinerades då med sökordet *nurs** (trunkering). Författarna läste titlarna på samtliga träffar i sökningen och om titeln såg ut att svara mot litteraturstudiens syfte lästes artikelns abstract. Artiklar som svarade på syftet och överensstämde med inklusions- och exklusionskriterierna valdes sedan ut till att ingå i litteraturstudiens resultatdel.

2.4. Urvalskriterier

Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle svara på litteraturstudiens syfte, vara peer reviewed, patienterna skulle ha hjärt- och kärlsjukdom alternativt riskera att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar, och till sist skulle artiklarna vara skrivna på antingen engelska eller svenska. Exklusionskriterier var systematiska litteraturstudier och artiklar där huvudfokus ej var hjärt- och kärlsjukdomar, till exempel patienter som primärt hade HIV eller diabetes, och utifrån det utvecklat hjärt- och kärlsjukdom. Utfall av databassökning redovisas i tabell 1.

2.5. Begränsningar

De begränsningar som gjordes i sökningen var att artiklarna skulle vara fritt tillgängliga inom Högskolan i Gävle, inte vara äldre än tio år (2005-2015) samt att abstract skulle finnas.

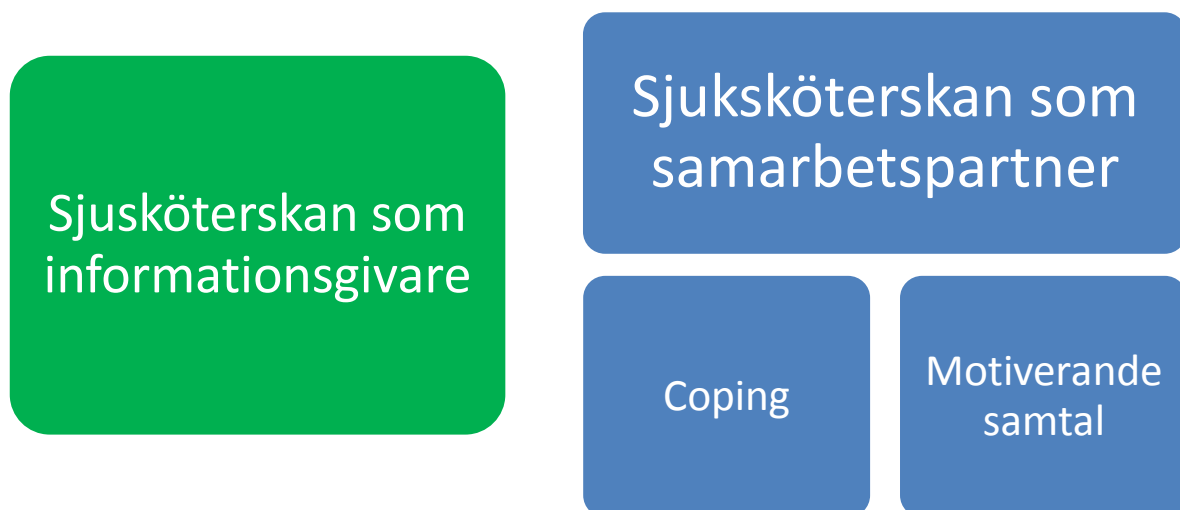
Tabell 1. *Utfall av databassökning*

Databas	Söktermer	Antal träffar	Valda källor
CINAHL	Cardiovascular Diseases/PC (MESH) +abstract + 10år + all adult	871	
PubMed	"Cardiovascular Diseases/prevention and control" + abstract + 10 år	39676	
CINAHL	Cardiovascular Diseases/PC (MESH) AND nurs* +abstract + 10år + all adult	47	4
PubMed	"Cardiovascular Diseases/prevention and control" AND nurs* + abstract + 10 år	1010	8
			Totalt: 12

2.6. Dataanalys

För att analysera artiklarna har författarna först sammanställt en tabell (se bilaga 1) där följande presenteras ur artiklarna: Titel, författare, land, årtal, syfte, intervention, design, urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod, dataanalys samt huvudresultatet. För att besvara frågeställning ett: *vilka primärpreventiva metoder använder sjuksköterskan för att uppmuntra till livsstilsförändring hos patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdom* samt frågeställning två: *hur påverkar dessa metoder riskfaktorerna*, har båda författarna läst resultatdelen på alla artiklar ett flertal gånger för att analysen ska bli så nyanserad som möjligt (Polit & Beck, 2012). Författarna har med stöd av Polit och Beck (2012) och Forsberg och Wengström (2013) sökt efter skillnader och likheter och sedan sammanställt dessa i kategorier. När artiklarna lästes plockades väsentliga och återkommande ord ur varje artikel och utifrån dessa ord skapades sedan två kategorier; *sjuksköterskan som informationsgivare* samt *sjuksköterskan som samarbetspartner* som inkluderade två subkategorier; *coping* och *motiverande samtal*, se figur 1. För att besvara frågeställning tre: *hur har de inkluderade vetenskapliga artiklarna beskrivit urvalet och bortfallet av studiedeltagarna*, har båda författarna läst artiklarnas metoddelar gällande urval och undersökningsgrupp och sammanställt detta i en översiktstabell, se bilaga 1.

Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier



2.7. Forskningsetiska överväganden

Författarna har strävat efter att representera funnen data i artiklarna på ett så objektivt sätt som möjligt utan att det ska färgas av författarnas egna värderingar. Författarna har samtidigt

försökt undvika någon form av plagiat. En strategi för att åstadkomma detta är att presentera resultatet från alla artiklar och ej endast de som går i linje med författarnas egna förväntningar (Forsberg & Wengström, 2013; Polit & Beck, 2012).

3. Resultat

Resultatet i föreliggande litteraturstudie grundar sig på elva vetenskapliga artiklar med kvantitativ ansats och en artikel med kvalitativ ansats. Efter bearbetning av de valda artiklarna fann författarna att artiklarna hade två olika fokuspunkter gällande vilka primärpreventiva metoder sjuksköterskan använder för att uppmuntra till livsstilsförändring hos personer med risk för hjärt- kärlsjukdom, vilka var; sjuksköterskan som informationsgivare och sjuksköterskan som samarbetspartner. Frågeställning två, *hur påverkar dessa primärpreventiva metoder riskfaktorerna*, besvaras också under dessa kategorier. Resultatet presenteras i löpande text samt i figur 1 och i bilaga 1.

3.1. Sjuksköterskan som informationsgivare

Under denna kategori beskrivs metoder som har fokus på att sjuksköterskan identifierar och tydliggör riskfaktorer för patienten. I artiklarna framgår det att sjuksköterskan åstadkommer detta genom att agera som informationsgivare gentemot patienterna.

I en studie av Voodgt-Pruis, Van Ree, Gorgels, och Beusmans (2011) undersöktes i vilken utsträckning sjuksköterskor på hälsocentraler arbetar enligt de metoder som är beskrivna i riktlinjer för prevention av hjärt- och kärlsjukdomar, som exempelvis livsstilsinterventioner: patienten uppmanades att förändra sina motionsvanor, äta mer frukt och grönt, samt minska på cigarettbrukning. Studiens resultat visade att 77 procent av patienterna hade fått en livsstilsintervention av något slag och 46 procent av patienterna hade fått en eller fler specifika livsstilsinterventioner. Ungefär hälften av de överviktiga patienterna som deltog i studien fick råd kring hur de kan minska i vikt och 17 procent av dem fick remiss till dietist. Tonstad, Alm och Sandvik (2007) har i en studie funnit att extra besök hos sjuksköterska med just livsstilsinterventioner i fokus en gång i månaden – utöver den vanliga vården – har viss effekt på patienternas riskfaktorer: I studien gav uppföljning av blodtryck ingen skillnad men dock kunde en minskning av triglyceridkoncentration ses samt ett minskat midjemått (Tonstad, Alm & Sandvik, 2007).

Vemooij, Kaasjager, van der Graaf, Wierdsma, Grandjean, Hovens, de Wit, Visseren och forskarna i SMARTStudy Group (2012) redovisar ett likande resultat i sin studie; att extra stöd, förutom de konventionella besöken på vårdcentraler, gav marginell förbättring av BMI, triglycerid- och lipidnivåer, systoliskt blodtryck, samt njurfunktion. Den metod sjuksköterskan använde i deras studie var att ge patienterna i interventionsgruppen en tydligare bild över de riskfaktorer som behövde åtgärdas för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom. För att åstadkomma detta skapades en hemsida specifikt för studien och dess deltagare. Hemsidan innehöll de mål som deltagarna och sjuksköterskan tillsammans hade satt upp gällande att påverka riskfaktorerna. Den ansvarige sjuksköterskan hade kontinuerlig kontakt med sin patient via denna internetsida där de kunde prata om riskfaktorerna eller de uppsatta målen. Studien använde sig av *SCORE* vilket är en skattningsskala som uppskattar risken för att en person ska utveckla hjärt- och kärlsjukdomar. Skillnaden mellan patienterna i interventionsgruppen och kontrollgruppen efter interventionen var marginell då en minskning av 14 procent risk efter skattning med *SCORE* hos interventionsgruppen kunde avläsas.

I Loon, van Dijk-de Vries, van, d.W., Elwyn och Widdershoven (2014) förekom begreppet *riskkommunikation* vilket innebär att sjuksköterskan gör patienten medveten om riskerna med att exempelvis vara överviktig och vilka negativa effekter rökning har på kroppen, och så vidare. Sjuksköterskorna gjorde exempelvis patienten mer medveten genom att använda information från *SCORE* för att på så sätt få en ungefärlig uppskattning på 10-årsmortaliteten. *SCORE*-skattningen, tillsammans med förslag på åtgärder för att minimera riskerna, är något som patienter ofta uppskattar att bli medvetna om då det förser dem med kunskap kring *varför* livsstilsförändringarna är nödvändiga och ger dem en ökad riskmedvetenhet. Det är positivt att vara rak och ärlig mot patienten då sjuksköterskan använder sig av dessa metoder och sätta upp realistiska mål som exempelvis kan vara att vara fysisk aktiv 30 minuter per dag, sluta röka, samt inta mer frukt och grönsaker i sin kost (Loon *et al.* 2014). En annan studie av Loon, van der Weijden, Ronda, van Steenkiste, Winkens, Elwyn och Grol (2010) visar snarlika resultat men kan ej påvisa att en högre riskmedvetenhet inför riskfaktorerna, faktiskt har någon signifikant effekt på patienternas livsstil. Artikelförfattarnas teori kring just denna studie är dock att sjuksköterskorna som medverkande och utövade metoderna var för snarlika varandra och att detta färgade kontrollgruppens resultat åt samma riktning som interventionsgruppen.

Loon, van Dijk-de Vries, van, Elwyn & Widdershoven (2009) har genomfört en studie med syftet att undersöka om sjuksköterskeledda interventioner inom primärvården gav positiva effekter på patientens livsstil. Interventionsgruppen i studien fick sjuksköterskeledd riskhantering där riskbedömning, riskkommunikation och ett beslutstöd ingick. Under riskbedömning som både interventions- och kontrollgruppen fick bedömdes alla deltagarnas 10-årsrisk för kardiovaskulär mortalitet enligt SCORE. Kontrollgruppen fick därefter vård enligt de generella riktlinjerna för hjärt- och kärlsjukdom medan interventionsgruppen fick riskkommunikation. I riskkommunikationen informerades patienter mer om sin absoluta 10-årsrisk för kardiovaskulär mortalitet sedan gav sjuksköterskorna stöttning till patienterna att använda ett beslutstöd. Detta beslutstöd hjälpte sjuksköterskornas interaktion med patienterna och att komma fram till välgrundade alternativ kring riskreduktion och vilka livsstilsförändringar som bör genomföras, dock framgår det ej vilket beslutstöd det var. Studien fokuserade på sex livsstilsfaktorer: rökning, alkoholintag, diet (konsumtion av fett, frukt och grönt) och motion som skulle förbättras under studien. Studiens resultat visade inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen, de enda signifikanta skillnaderna fanns mellan mindre grupperingar i de större grupperna gällande mängden grönsaker i kosten och hur fysisk aktiv deltagarna var. Maine, Moore, Riddell, Adgey (2005) tittade på om sjuksköterskeledda interventioner som istället utgår från sjukhus kunde modifiera högriskpatienters riskfaktorer och optimera deras läkemedelsbehandling, vilket visade sig vara effektivt i denna intervention. Denna intervention gick också ut på att sjuksköterskan endast fungerar som en informationsgivare gentemot patienten genom att tillgodose nödvändig information för att patienten skulle ha större möjlighet att nå sina uppsatta mål för minimering av riskfaktorer och optimal läkemedelsbehandling.

En del i sjuksköterskans primärpreventiva arbete med hjärt- och kärlsjukdomar innebär att hjälpa patienterna att få en större förståelse för sitt sjukdomstillstånd eller risken för att drabbas, och även i vissa fall gå från att vara helt omedvetna till att förstå att de faktiskt befinner sig i risk. Ett exempel på det sistnämnda är en studie utförd av Lucky, Turnet, Hall, Lefaver, och Werk (2011) där de föreslog att en metod sjuksköterskor kan använda sig av är att ta blodtryck på slumpmässigt utvalda och villiga människor, vilket kan förekomma på särskilda arbetsdagar och mässor. Artikelförfattarna genomförde en sådan studie och fann att 170 personer av totalt 958 som fick sitt blodtryck mätt hade vad som klassas som högt blodtryck (140/90 mmHg) och de fick då en remiss till allmänläkare. Hur pass väl denna metod fungerade kunde mätas i antalet personer som faktiskt hade sökt hjälp vid uppföljning

och det visade sig då att av de 124 deltagare som artikelförfattarna hade möjlighet att analysera, var det 116 som hade beslutat att gå på ett läkarbesök. Slutsatsen artikelförfattarna drog av detta var att dessa slumpmässigt utvalda personer fått en större insikt i sin mer eller mindre allvarliga hypertoni.

3.2. Sjuksköterskan som samarbetspartner

Under denna kategori presenteras metoder med fokus på att sjuksköterskan agerar samarbetspartner och tillsammans med patienten identifierar och åtgärdar riskfaktorer med utgångspunkt från patientens individuella situation. I dessa artiklar använder sjuksköterskan metoder som gör patienten till en mer aktiv deltagare. Kategorin delas upp i subkategorierna *coping* och *motiverande samtal*.

3.2.1 Coping

En studie av Scholz, Sniehotta, Burkert och Schwarzer (2007) undersöktes hur deltagande i två olika interventionsgrupper kan förbättrade den fysiska aktiviteten hos personer med hjärt- och kärlsjukdom i olika åldersgrupper. I studien delades deltagarna in i grupperna 38-54 år (unga), 55-64 år (medelålders) och 65-82 år (äldre). Studiens resultat visade att både att planera fysisk aktivitet och planera sin coping vad gäller utmaningar och hinder att genomföra aktiviteten, ökade den fysiska aktiviteten i alla tre grupper men när det kom till att bibehålla fysisk aktivitet framkom skillnader i grupperna gällande att planera coping. Den äldre gruppen hade högre utgångsläge gällande planera än de yngre grupperna. En förklaring till detta kan vara att planera coping är mer upplevelsebaserad än vad det är att planera aktivitet, det vill säga att de äldre deltagarna har mer erfarenhet kring sina svårigheter och hinder och kan därför planera sina utmaningar mer effektivt och naturligt. Äldre personer kan därför fokusera på att bevara och inte göra sig av med sina egna resurser i jämförelse med yngre. Det kan exempelvis handla om att sjuksköterskan hjälper dem att förutse svårigheter och planera hur de ska behärska dem och att detta hjälper patienterna att förbereda sig för utmanande situationer som annars kan äventyra deras resurser. Därför kan att planera coping, enligt studien, vara en strategi som sjuksköterskor kan uppmuntra äldre till att använda och underlätta det genom att identifiera deras resurser.

Sol, van der Graaf, van der Bijl, Goessens och Visseren (2008) genomförde en studie för att undersöka om omvårdnadsåtgärder för att främja *self-efficacy* (SE) kunde öka patienternas SE och om en ökad SE förbättrade riskfaktorerna hos hjärt- och kärlsjuka patienter. SE fokuserar

på patienternas tilltro till sin egen förmåga att klara av specifika uppgifter. Patienterna i studien fick först information och rådgivning om sina kardiovaskulära riskfaktorer och vad de kunde göra för att minska dessa riskfaktorer. Sjuksköterskorna diskuterade sedan med patienterna kring deras tidigare erfarenheter av beteendeförändringar samt att de tillsammans med patienterna kartlade patienternas potential, prioriteringar och motivation för att börja med beteendeförändringar. Patienterna i studien uppmanades att sätta individuella nåbara mål gällande livsstilsförändringar såsom: ökad motion, hälsosamt matval, mer observant kring läkemedelsanvändning och rökavvänjning. Patienterna fick regelbundet mäta sin vikt, blodtryck, bukmått, lipid- och glukosnivåer för att få återkoppling och se skillnader i riskfaktorerna med koppling till beteendeförändringen. I studien mättes SE hos patienterna vid två tillfällen, innan interventionen och ett år efter avslutad intervention. Resultatet i studien visade att SE inte förbättrades nämnvärt med interventionen i jämförelse med vanlig vård, dock fick interventionsgruppen förbättrad SE gällande att välja mer hälsosam mat och öka den fysiska aktiviteten. Förklaringen till att det inte blev någon större signifikant skillnad mellan grupperna enligt artikelförfattarna, var att interventionsgruppen hade ett högt SE värde vid den första mätningen. Anledningen till att SE var högre i den gruppen berodde högst sannolikt på att patienterna hade dålig insikt i de kardiovaskulära riskfaktorerna och underskattade svårigheten till att förbättra dessa. Artikelförfattarna menar att patienter är mer benägna att genomföra och upprätthålla livsstilsförändringar om de är övertygade om att de kan genomföra dem och kunna inse själva vikten kring att genomföra dessa förändringar. Om det inte finns några hinder att övervinna, det vill säga att aktiviteten är lätt att genomföra, så skulle de flesta patienter bedöma sin SE hög för den typen av aktivitet. Artikelförfattarna skriver också att de inte visste nivån av SE hos dessa patienter innan de fick sina hjärt-kärlsjukdomar.

3.2.2 Motiverande samtal

Sett ur ett kvalitativt och etiskt perspektiv har forskning visat att patienter anser att motiverande samtal är en metod som upplevs som en lämplig balansgång mellan de preventiva interventioner sjuksköterskan vill utföra och patientens egen autonomi: förhållandet mellan sjuksköterska och patient blir ett samarbete mot ett hälsosammare liv, i jämförelse med att endast uppmanas att göra vissa förutbestämda livsstilsförändringar. Detta kom Loon *et al.* (2014) fram till i en studie där de fann fem teman i intervjumaterialet de samlade in; de motiverande samtalen gjorde att svaren från sjuksköterskan upplevdes som tydligare; en känsla av att uppmuntras att utföra dem utan att bli kritiserad; en känsla av att

sjuksköterskan förstod dem och även hjälpte dem själva att förstå bättre; känsla av samarbete; och till sist en upplevelse av motivation att utföra de anpassade livsstilsförändringarna för att bevisa att de kan inför sin sjuksköterska. Enligt patienterna åstadkom sjuksköterskan detta genom att ge realistiska och individuella mål till patienterna och fick dem, genom dessa motiverande samtal, att inse att de kanske inte kan utföra alla livsstilsförändringar på en gång som de i vissa fall själv upplevda att de var tvungna att göra, då detta kan bli överväldigande. Enligt artikelförfattarna är det då viktigt som sjuksköterska att bekräfta patienterna då de lyckas förändra sina riskparametrar och visa ett intresse, men samtidigt inte ha en kritisk inställning gentemot misslyckanden. För att patienterna skulle få en känsla av att sjuksköterskan förstod deras unika situation sammanfattade sjuksköterskan informationen i teman som han/hon ansåg vara viktiga för patienten, och det var också detta som underlättade för patienterna själva att få en djupare förståelse för sin egen situation. En känsla av samarbete kunde nås genom att sjuksköterskan gav patienten utrymme att bestämma över vilka riskfaktorer som de först och främst hade en vilja att förändra, men samtidigt försökte sjuksköterskan styra in dem mot de riskfaktorerna som ansågs vara av störst vikt att förändra men var tydlig med att det var patienten som hade sista ordet. En stor anledning till att patienterna kände att de ville bevisa att de kunde lyckas med livsstilsförändringarna var att besöken hos sjuksköterskan upplevdes som tillräckligt frekventa (Loon *et al.* 2014).

I en annan studie av Loon *et al.* (2009) användes anpassad motiverande samtal (MI) för att öka patienternas egen motivation till beteendeförändring, motivering till ett mer hälsosamt beteende samt att nå de uppsatta målen som sjuksköterskorna och patienterna kom överrens om i deras behandling. Detta gav dock inga signifikanta skillnader mellan kontroll- och interventionsgrupp gällande sådant som konsumtion av grönsaker och mängd fysisk aktivitet. Loon *et al.* (2010) såg också att motiverande samtal som utfördes av sjuksköterskor gav patienterna en djupare uppfattning om de riskfaktorer som fanns och således en mer lämplig mängd riskuppfattning inför sin situation och de livsstilsförändringar som kom att bli nödvändiga. Den utökade förståelse gav också en högre belåtenhet gällande vårdkommunikationen. Dock visade inte studiens resultat några skillnader gällande faktiska livsstilsförändringar mellan den undersökningsgrupp som fick MI i jämförelse med kontrollgrupp utan MI.

I en liknande interventionsstudie av Tiessen, Smit, Broer, Groenier och van (2012) fick patienter rådgivning kring risker för hjärt- och kärlsjukdom av sjuksköterskor som hade

utbildat sig i MI. Under det första besöket fick patienterna en individuell SCORE-bedömning samt att riskfaktorer och behandlingsmål diskuterades i både interventions- och kontrollgruppen. För kontrollgruppen var uppföljningsbesök planerade enligt holländska riktlinjer. För interventionsgruppen innebar behandling att alla närvarande riskfaktorer skulle behandlas. I vilken ordning behandlingarna för de olika riskfaktorerna skulle påbörjas baserades på önskemål och stadium av förändring hos deltagaren. Exempelvis var att sluta röka en rekommendation som det första behandlingsmålet hos de som rökte. Behandling för de riskfaktorer som deltagaren var motiverad för att arbeta på var tvungen att påbörjas inom tre månader. I interventionsgruppen var rådgivningen baserad på självbedömnings parametrar som till exempel stegräknare, våg och blodtrycksmätare. Studiens resultat visade att det ej fanns några signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen då SCORE-bedömningen sjönk i båda grupperna trots att interventionsgruppen fick extra stöd i form av ovannämnda hjälpmedel för att få mer insikt över sina individuella riskfaktorer och då få mer egenkontroll över vad som behöver åtgärdas.

Drevenhorn, Bengtson, Nilsson, Nyberg, och Kjellgren (2012) föreslår att fler sjuksköterskor bör läsa kortare utbildningar inom motiverande samtal då det är en metod som har visat sig ha effekt vid arbete med patienter med, eller risk för, hjärt- och kärlsjukdomar och de livsstilsförändringar de rekommenderas att genomgå. Artikelförfattarna genomförde under två år en interventions studie där patienterna i interventionsgruppen fick samtala med sjuksköterskor som genomgått en utbildning i motiverande samtal. Resultatet visade att en större andel patienter i interventionsgruppen hade nått sitt mål på ett blodtryck under 140/90 mm/Hg, samt att uppföljningsvärdena gällande puls, BMI, vikt, och midjemått också hade minskat mer i förhållande till kontrollgruppen. Studiens resultat påvisade även mindre upplevd stress och mer självrapporterad fysisk aktivitet i interventionsgruppen.

Artikelförfattarnas slutsats var således att även kortare utbildningar (tre dagar i detta fall) i motiverande samtal kan ge signifikanta resultat gällande livsstilsförändringar. Interventionen gick specifikt ut på att använda MI för att öka följsamheten till läkemedel. I deras studie var det 11 procent av patienterna i deras interventionsgrupp som använde lipidsänkande läkemedel vid utgångsläget och sedan hade en ökning skett vid uppföljningen till 27,5 procent. Dock sågs också en ökning i kontrollgruppen från 9,9 procent till 21,6 procent och på grund av detta resultat ansågs inte resultaten vara tillräckligt signifikanta för att påvisa att deras specifika intervention (MI) bedömas som effektivt i detta avseende. Voodgt-Pruis *et al.*

(2010) menar att följsamhet till läkemedel är en väldigt viktig del i behandlingen hos hjärt- och kärlsjuka patienter, och att sjuksköterskan också har en betydelsefull roll i detta. De metoder sjuksköterskan använder för att åstadkomma en högre följsamhet är att diskutera detta med patienterna vid besöken och uppmana dem att följa behandlingen, samt diskutera eventuella tillägg eller andra förändringar i deras läkemedelsordinationer som kan vara aktuella med ansvarig läkare. Andra studier har visat att användningen av läkemedel ökar bland patienter om sjuksköterskan uppmärksammar patienternas nuvarande läkemedelsordinationer och följsamhet.

3.3. Granskning av urvalsgrupperna

Nedan presenteras resultatet av granskningen av urvalsgrupperna i de valda studierna som litteraturstudien bygger på, utifrån urvalskriterier, könsfördelning, antal deltagare och bortfall. Majoriteten av artiklarna som har granskats härstammar från Nederländerna. De artiklarna som ej var från Nederländerna var Lucky *et al.* (2011) som var från USA, Drevenhorn *et al.* (2012) från Sverige, Tonstad *et al.* (2007) från Norge, Schol *et al.* (2007) från Tyskland, och slutligen Mainie *et al.* (2005) från Norra Irland. Se bilaga 1 för översiktstabellen av artiklarna.

3.3.1. Urvalskriterier

Inklusionskriterier

Ett antal av studierna använde SCORE för att bedöma om deltagarna skulle inkluderas. Dessa artiklar var Voogdt-Pruis *et al.* (2011) som hade inklusionskriteriet att deltagarna skulle ha minst 10 procent risk att avlida av hjärt- och kärlsjukdom inom tio år enligt SCORE för att inkluderas i studien. Likaså Loon *et al.* (2014) beskriver att de utförde en bedömning enligt SCORE med parametrarna ålder, kön samt riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom som interventionssjuksköterskorna ansåg vara relevanta. Tiessen *et al.* (2012) hade som inklusionskriterie att deltagarna inte skulle ha haft tidigare hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes, men med ett SCORE 10 års riskvärde på >5 procent, samt minst en av dessa faktorer: rökning, högt blodtryck, lite fysisk aktivitet, och övervikt.

Ett vanligt inklusionskriterie var ett blodtryck över 140 mm Hg. Detta kriterium ingick i följande artiklar: Loon *et al.* (2010); Vemooij *et al.* (2012); Loon *et al.* (2009); Sol *et al.* (2008); Tonstad *et al.* (2007). Deltagarna i Drevenhorn *et al.* (2012) skulle ha ett blodtryck över 160/90 mm Hg vilket är ett högre minimumvärde än de andra. Anledningen till detta kan vara att Drevenhorn *et al.* (2012) också hade inklusionskriterie att deltagarna redan hade

diagnostiserad hypertoni och redan sökte råd hos sjuksköterskor på hälsocentraler. Ytterligare ett inklusionskriterie som förekom i ett stort antal av artiklarna var att deltagarna ska ha ett visst kolesterolvärden, till exempel totalkolesterol på antingen över 5.0 mmol/l eller 6.5 mmol/l och lipoproteinkolesterol över 2.5 mmol/l. Loon *et al.* (2010); Vemooij *et al.* (2012); Loon *et al.* (2009); Sol *et al.* (2008) och Drevenhorn *et al.* (2012) använde sig av detta kriterium. Två av artiklarna hade ett inklusionskriterie där deltagarna skulle ha ett triglyceridvärde på minst 1.7 mmol/l (Vemooij *et al.* 2012) och 2.3 mmol/l (Drevenhorn *et al.* 2012).

Andra inklusionskriterier som förekom har att göra med patientens riskfaktorer; ålder, rökning (relaterat till ålder), BMI, bukomfång, hereditet och självrapporterad fysisk aktivitet. Loon *et al.* (2010); Vemooij *et al.* (2012); Loon *et al.* (2009) och Sol *et al.* (2008) angav rökning som ett kriterium. Loon *et al.* (2010) och Loon *et al.* (2009) angav också att deltagarna skulle vara rökare över 50 och 55 år för män och kvinnor respektive. Vemooij *et al.* (2012); Sol *et al.* (2008) och Drevenhorn *et al.* (2012) angav att deltagarna skulle ha ett BMI över 25. Drevenhorn *et al.* (2012) var den enda artikeln som hade *ej regelbundet fysiskt aktiv* som kriterium, vilket deltagarna fick självrapportera. Loon *et al.* (2010) och Loon *et al.* (2009) var de som angav hereditet som ett inklusionskriterie. Vemooij *et al.* (2012) angav diabetes eller fastande glukosvärde över 6.1 mmol/l som ett inklusionskriterie. Något annat som var unikt för Vemooij *et al.* (2012) var att de angav att deltagarna skulle kunna läsa och skriva, utföra ADL oberoende av hjälp, samt ha tillgång till Internet, vilket beror på att deras intervention tittade på huruvida Internet kan vara ett effektivt hjälpmedel för kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Sol *et al.* (2008) var den enda artikel som angav bukomfång, vilket skulle vara över 102 cm för män och 88 cm för kvinnor. Mainie *et al.* (2005) hade, i jämförelse med de andra, inte lika specifika kriterier. De skriver att deltagarna skulle vara högriskpatienter för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom.

Lucky *et al.* (2011) hade ett säregnet inklusionskriterie där deltagarna endast skulle vara över 18 år och villiga att mäta sitt blodtryck. Andra studier hade liknande inklusionskriterier som de ovannämnda men skiljer sig åt något, till exempel Schol *et al.* (2007) där inklusionskriterierna var att deltagarna hade eller har haft problem med hjärtat och går till ett rehabiliteringscentrum.

Exklusionskriterier

Voogdt-Pruis *et al.* (2011) hade exklusionskriterierna att de som gick till en specialist mer än en gång per år, hade diabetes, eller var multisjuka, ej fick delta i studien. I både Loon *et al.* (2010) och Loon *et al.* (2009) exkluderas de som redan hade en hjärt- och kärlsjukdom, hyperkolesterolaemia, samt om de behandlas sekundärt för en sjukdom. Vemooij *et al.* (2012) hade dessa exklusionskriterier: att patienter som hade en förväntad död inom två år eller maligna sjukdomar ej fick delta.

Exklusionskriterierna var ej angivna i följande artiklar: Mainie *et al.* (2005); Sol BG *et al.* (2008); Tiessen *et al.* (2012); Scholz *et al.* (2007); Lucky *et al.* (2011); Drevenhorn *et al.* (2012); Tonstad *et al.* (2007); Loon *et al.* (2014).

3.3.2. Antal deltagare

Antalet deltagare skiljde sig åt beroende på studiens storlek. I studier utförda av Voogdt-Pruis *et al.* (2010); Lucky *et al.* (2011); Loon *et al.* (2009); Loon *et al.* (2010); Schol *et al.* (2007); Vemooij *et al.* (2012); Mainie *et al.* (2005) Tiessen *et al.* (2012); Sol *et al.* (2008) och Drevenhorn *et al.* (2012) var det till exempel ett spann mellan 153-958, medan Tonstad *et al.* (2007) och Loon *et al.* (2014) endast hade 16-45 deltagare.

3.3.3. Könsfördelning

Några av artiklarna presenterade könsfördelningen i form av procent och dessa var: Voogdt-Pruis *et al.* (2011); Loon *et al.* (2010); Vemooij *et al.* (2012); Schol *et al.* (2007); Sol *et al.* (2008); och de hade ett spann på män mellan 45-79,5 procent och kvinnor mellan 20,5-55 procent. De andra artiklarna presenterade könsfördelningen i siffror: Tonstad *et al.* (2007); Loon *et al.* (2014); Loon *et al.* (2009); Tiessen *et al.* (2012) och Mainie *et al.* (2005). Antalet kvinnor och män var i de mindre studierna mellan sju till 32 män och nio till 13 kvinnor, och i de större studierna var det mellan 124-379 män och 55-351 kvinnor.

3.3.4. Bortfall

De studier med flest antal deltagare hade även ett större antal bortfall. Voogdt-Pruis *et al.* (2011) hade ett stort bortfall på 217 deltagare, medan Loon *et al.* (2009); Sol *et al.* (2008) och Loon *et al.* (2010) hade ett spann mellan 67-127 i antal bortfall. Artiklarna med något mindre bortfall var Lucky *et al.* (2011); Drevenhorn *et al.* (2012); Schol *et al.* (2007); Vemooij *et al.* (2012) och Tiessen *et al.* (2012) där bortfallet var mellan 16-46.

Det var också studier som ej hade några bortfall, vilka var: Tonstad *et al.* (2007); Loon *et al.* (2014) och Mainie *et al.* (2005). Bortfallet var således angivet i samtliga artiklar.

4. Diskussion

4.1. Huvudresultatet

Litteraturstudiens resultat visade att sjuksköterskor använder sig av olika primärpreventiva metoder för att uppmuntra till livsstilsförändring hos hjärt- och kärlsjuka patienter. Resultatet visade att sjuksköterskor agerade som informationsgivare till patienten. Att agera som informationsgivare innebar att sjuksköterskan har fokus på rådgivning och att delge patienten relevant information och kunskap, och specifika exempel inkluderade att försöka förändra patienters rökvanor, nutrition, alkoholintag och mängd fysisk aktivitet med rådgivningssamtal. Resultatet visade vidare att sjuksköterskan agerade samarbetspartner gentemot patienten. Detta innebar att göra patienten till en aktiv deltagare i ett omvårdnadssamarbete genom att använda metoder såsom MI och coping. Dessa primärpreventiva metoder; att vara informationsgivare eller samarbetspartner, gav mer eller mindre positiva resultat när interventionsgrupperna jämfördes med kontrollgrupperna enligt artikelförfattarna, gällande att påverka riskfaktorerna. Andra studier gav ej någon skillnad över huvud taget på riskfaktorerna.

4.2. Resultatdiskussion

I omvårdnadslitteraturen går det att finna att sjuksköterskans roll har sett ut på olika sätt under historiens gång. I professionens unga dagar innebar sjuksköterskans yrke att utföra omvårdnadsåtgärder och informera patienter, men detta gjordes utan att ta patientens inflytande i beaktning; sjuksköterskan var en informatör. Då professionen, liksom andra professioner, har genomgått en evolution på över ett sekel har denna uppfattning förändrats till en omvårdnad som är mer patientcentrerad och individuell, vilket innebär ett dynamiskt samarbete istället för uteslutande information och förutbestämda omvårdnadsåtgärder gentemot en underordnad patient (Häggström, 2003; Gedda, 2003; Friberg, 2003).

Litteraturstudiens resultat visade att sjuksköterskan använde primärpreventiva metoder på olika sätt för att uppmuntra patienter med hjärt-kärlsjukdom till livsstilsförändringar.

Sjuksköterskan som informationsgivare har dock enligt litteraturstudiens författare inslag av den traditionella bilden (Voogdt-Pruis *et al.* 2011; Tonstad *et al.* 2007; Vemooij *et al.* 2012; Loon *et al.* 2009; Loon *et al.* 2010; Loon *et al.* 2014; Lucky *et al.* 2011 & Mainie *et al.* 2005) eller den mer patientcentrerade (Scholz *et al.* 2007; Sol *et al.* 2008; Drevenhorn *et al.* 2012;

Loon et al. 2009; Loon et al. 2010; Loon et al. 2014; Tiessen et al. 2012 & Voogdt-Pruis 2011).

Tonstad *et al.* (2007) och Maine *et al.* (2005) fokuserade mer på sjuksköterskan som ren informatör om livsstilsfrågor i sina studier. Sjuksköterskorna i Tonstad *et al.* (2007) gav exempelvis information om fysisk aktivitet, hur de skulle gå tillväga för att sluta röka, nutrition, och så vidare. Huvudresultatet i denna studie visade att blodtrycket ej hade blivit lägre efter informationen men en mindre ökning av bukomfång och minskade blodfetter (triglycerider) kunde observeras. Maine *et al.* (2005) beskriver, enligt litteraturstudiens författare antagande på grund av avsaknad av information, samma typ av intervention det vill säga att sjuksköterskan ger information för att justera riskfaktorer samt optimera läkemedelsbehandling, och i deras stora studie med 563 deltagare visade resultatet att det var en effektiv metod. Skillnaden i resultatet mellan dessa två studier kan bero på att Tonstad *et al.* (2007) hade en urvalsgrupp som bestod av deltagare med mild hypertoni, medan Maine *et al.* (2005) gjorde sin studie som en sekundärprevention; att förhindra försämring av högriskpatienter som redan hade drabbats. Dessa patienter var då eventuellt mer mottagliga för rådgivningen på grund av andra erfarenheter.

Voodgt *et al.* (2010) visade att även om sjuksköterskor arbetar med livsstilsförändringar och ger råd kring riskfaktorer som rökvanor, nutrition, etcetera, så var det ändå bara 46 procent av studiedeltagarna som fick dessa råd, vilket, enligt författarna till denna litteraturstudie, visar att många av sjuksköterskorna i denna studie antingen inte förstår att livsstilsförändringar ingår i deras arbetsuppgifter eller saknar den nödvändiga kunskapen. Detta, menar litteraturstudiens författare, är ett problem då Kihlgren och Johansson (2000) menar att sjuksköterskan har ett ansvar att arbeta evidensbaserat och för att kunna göra detta måste sjuksköterskan utöka sin kompetens med ny kunskap och tillämpa den i enlighet med den aktuella forskningen och de riktlinjer som finns för specifika omvårdnadsåtgärder. Litteraturstudiens författare menar vidare att en annan möjlighet till att sjuksköterskan inte arbetar med livsstilsförändringar kan vara att samarbetsförmågan inte var tillräckligt god för att informationen skulle nå fram till patienten; sjuksköterskan kanske hade en mer traditionell syn på sitt yrkesutövande där endast information ska förmedlas till patienten (Häggström, 2003; Gedda, 2003; Friberg, 2003).

För att nå fram till patienten verkar det vara viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till att unika individer kräver anpassade åtgärder och bemötanden. Det får litteraturstudiens författare stöd av i Loon *et al.* (2014) som visade att deltagande patienter kände att det var viktigt för dem att sjuksköterskan visade en god samarbetsförmåga och engagemang gentemot deras unika situation då de hade samtal om livsstilsförändringar. Denna kvalitativa studie gav en bild av att både män och kvinnor delar dessa åsikter (sju män och nio kvinnor). Enligt litteraturstudiens författare visar detta att en personcentrerad vård är uppskattad av patienterna. Personcentrerad vård (PCV) innebär att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte ska definieras utifrån hälsotillståndet eller funktionshindret. Vården ska i högsta grad fokusera kring de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa i behov av vård. Meningen med personcentrerad vård är att göra patienten mer delaktig och aktiv i vården. I arbetet med PCV skapas en vårdplan gemensamt mellan patienten och vårdaren, vårdplanen innefattar mål och strategier för patienten samt kort- och långsiktiga uppföljningar. Till skillnad historiskt sett har patienter varit som ett passivt mål där fokus har varit på medicinska insatser och patienternas behov och inte på att tillvarata patientens resurser (Hörnsten, 2013). Litteraturstudiens författare menar att en personcentreradvård kan skapa bättre förutsättningar för att patienten ska ta till sig informationen.

Tiessen *et al.* (2012) hade en intervention som innebar att sjuksköterskan gav deltagarna i interventionsgruppen preventiv rådgivning och utbildade patienterna hur de själv skulle kunna mäta sina värden som exempelvis blodtryck. Artikelförfattarna hittade dock inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Vemooij *et al.* (2012) undersökte istället om en Internetbaserad kommunikation, där rådgivning och övervakning ingick, var en metod som kunde förbättra deltagarnas riskfaktorer, men även denna intervention visade sig ha liten effekt. I denna studie hade deltagarna möjlighet att observera sina egna värden och sålunda förutsättningar till en egenvård när detta kombinerades med rådgivningen. Dessa interventioner är ändå mer fokuserade kring sjuksköterskans som informationsgivare till patienten, vilket inte verkar effektivt enligt dessa studier. Enligt litteraturstudiens författare hade resultatet kanske sett annorlunda ut om interventionen hade inkluderat en mer personcentrerad vård (Hörnsten, 2013) tillsammans med den givna informationen.

Motiverande samtal, (MI), är en samtalsmetod som används i arbete med rådgivning och behandling för att underlätta en förändringsprocess genom att främja motivation hos personen och uppmuntra till beteendeförändring. Viktiga principer med MI är att försöka förstå personen genom ett empatiskt och reflekterande lyssnande, inte argumentera när personen inte ser någon anledning att förändras utan istället undersöka varför och sedan att stärka personens tro på sin egen förmåga och möjlighet till förändring (Socialstyrelsen, u.å; Nordström, 2008; Van Nes & Sawatzky, 2010).

Loon *et al.* (2010) och Loon *et al.* (2009) studerade i interventionsstudier huruvida MI kunde förbättra insikten av risker hos patienterna och öka konsumtionen av grönsaker och mängden fysisk aktivitet. Artikelförfattarna fann dock inga signifikanta skillnader i dessa studier. En anledning till att dessa MI interventioner inte har någon större effekt kan möjligtvis bero på en missuppfattning om vad som krävs för att lära sig metoden – metoden kan ha krävt en annan design som tog hänsyn till att MI inte är något som går att lära sig snabbt, eftersom det enligt Moore, Moore och Murphy (2012) inte är tillräckligt med kortare utbildningar för att lära sig själva essensen om vad MI handlar om, och utan detta i åtanke blir metoden eventuellt inte implementerad på ett effektivt sätt i dessa interventioner. Författarna till denna litteraturstudie anser därför att det är viktigt att interventionssjuksköterskorna får korrekt utbildning i framtida studier så effekten kan mätas på ett mer trovärdigt sätt samt att interventionen utvärderas kvalitativt ur ett patientperspektiv.

Coping visade sig dock vara en effektiv metod då Schol *et al.* (2007) gjorde en experimentell studie för att undersöka om sjuksköterskeledda samtal kring att planera aktivitet och planera coping skulle underlätta för deltagarna att bli mer fysiskt aktiva och detta visade sig ha effekt, särskilt hos de äldre deltagarna. Genom dessa samtal gör sjuksköterskan patienterna mer medvetna om vilka resurser patienten har och detta kan då underlätta livsstilsförändringar som anses vara nödvändiga för dem (Lindqvist, Carlsson & Sjödén, 2000). Litteraturstudiens författare anser att detta arbetssätt förbättra egenvården och har en stor betydelse för att hjälpa patienterna att komma igång med olika livsstilsförändringar. Detta får litteraturstudiens författare stöd av i Orems teori där sjuksköterskans ansvar är att främja patientens egenvård när dessa resurser synliggörs (Berbiglia & Banfield, 2014).

Artiklarna av Tiessen *et al.* (2012); Sol *et al.* (2008) och Vemooij *et al.* (2012) kan kopplas till Orems teori om egenvård där sjuksköterskans uppgift är att vägleda patienten i de

riktningar som anses vara viktiga för patienten, dessa studier går i linje med vad Orem beskriver om egenvård sett till hur interventionerna var utformade Orem skriver dock också att människan ses som en tänkande och handlande varelse och detta kan enligt litteraturstudiens författare innebära att studiedeltagarna möjligen inte var mottagliga för informationen eller att det inte fanns en tillräckligt god kemi mellan sjuksköterska och patient. Om människan har möjlighet att lära och utvecklas på grund av att vi är tänkande varelser, har människan också möjligheten att ej heller ta till sig nya idéer på grund av olika omständigheter i dennes liv; det aktuella tankemönstret hos både sjuksköterskan och patienten kanske står i vägen för interventionens effektivitet. Enligt Orem måste sjuksköterskan ha en helhetssyn på människan och den kan eventuellt ha varit bristfällig i dessa interventioner: sjuksköterskan kanske inte tog tillräckligt med hänsyn till patienternas livssituation som exempelvis familj, arbete, och så vidare. Sådant som patienten har runt omkring sig (den fysiska miljön) har betydelse för patientens möjligheter att utvecklas (utvecklingsmiljön) enligt Orem. Det kan ha varit så att utvecklingsmiljön ej var optimal för att ta till sig rådgivningen. Enligt Orem kan nämligen miljön både bidra till mer hälsa men även orsaka ohälsa, och är miljön dålig har det kanske ingen betydelse för hur pass kompetent sjuksköterskan är på grund av att patientens unika situation lider av en ”belastning”, till exempel att andra familjemedlemmar röker, äter lite frukt och grönsaker, och så vidare (Berbiglia & Banfield, 2014). Enligt litteraturstudiens författare måste då ”belastningen” identifieras innan sjuksköterskan kan börja åtgärda riskfaktorerna och främja patientens förmåga till egenvård med hjälp av de primärpreventiva metoderna som har framgått av resultatet. En möjlig slutsats utifrån just dessa artiklar enligt litteraturstudiens författare, är att det krävs mer forskning om och på vilket sätt denna utvecklingsmiljö och rådgivningsplattform är viktig för patienterna.

Lucky *et al.* (2011) visade att blodtrycksmätning på slumpmässigt utvalda deltagare var en effektiv metod för att identifiera patienter som befinner sig i risk för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom, då en stor del (98 av 124) av dem med högt blodtryck fick fortsatt vård för sin hypertoni. Det är viktigt att vuxna människor någon gång mäter sitt blodtryck och ungefär var femte år är att sträva efter (Hernborg, 2012). Drevenhorn *et al.* (2012) avsåg att ta reda på om utbildning inom MI kunde hjälpa sjuksköterskorna med uppgiften att öka följsamhet till blodtrycksbehandling. De såg att sjuksköterskor som hade fått en tre dagar lång utbildning kunde hjälpa sina patienter att sänka sitt blodtryck i jämförelse med en kontrollgrupp. Författarna för föreliggande litteraturstudie menar utifrån detta att en effektiv metod

sjuksköterskor kan använda är en sammanslagning av resultatet från studierna av Lucky *et al.* (2011) och Drevenhorn *et al.* (2012) som då innebär att fånga upp riskpatienter i tid och att sedan använda MI för en bättre följsamhet till blodtrycksbehandlingen. Litteraturstudiens författare menar att en personcentrerad vård där sjuksköterskan lär känna patienten och förstår vad som är viktigt för patienten bör ligga till grund för hur sjuksköterskan använder de primärpreventiva metoder i sitt kliniska arbete.

4.2.1 Diskussion granskning av urvalsgrupperna

I samtliga artiklar var inklusionskriterierna för urvalsgrupperna relevanta med hänsyn till ämnet hjärt- och kärlsjukdom. I några av artiklarna valde författarna att utgå från SCORE, till exempel i Voodgt-Pruis *et al.* (2010); Loon *et al.* (2014) och Tiessen *et al.* (2012). Andra artiklar utgick istället från andra relevanta kriterier (men som ofta är en del av SCORE) vilka var exempelvis ett blodtryck över 140/90 mm Hg, låg fysisk aktivitet, rökning, och så vidare (Hernborg 2012; Håkansson 2014; Martinez, 2014; Stjernström Roos, 2014; Ericson & Ericson, 2012). Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att urvalskriterierna fångar upp den grupp deltagare som studien avser att studera, vilket dessa har gjort. Dessa kriterier är bland annat sådant som ingår i SCORE vilket ger artiklarna en högre trovärdighet i och med att det är ett adekvat verktyg för att uppskatta risker inom området hjärt- och kärlsjukdomar (Läkemedelsverket, u.å). Litteraturstudiens författare anser att noggrant beskriva inklusions- och exklusionskriterier stärker artiklarna.

En majoritet av artiklar angav ej exklusionskriterier (Mainie *et al.* 2005; Sol BG *et al.* 2008; Tiessen *et al.* 2012; Scholz *et al.* 2007; Lucky *et al.* 2011; Drevenhorn *et al.* 2012; Tonstad *et al.* 2007 och Loon *et al.* 2014) vilket litteraturstudiens författare anser vara en negativ aspekt av artiklarna. Det ska anges i vetenskapliga studier enligt Polit och Beck (2012). Den enda artikel som möjligtvis inte kan förväntas ange detaljerade exklusionskriterier är Lucky *et al.* (2011) i och med att det var slumpmässigt utvalda deltagare. Enligt litteraturstudiens författare bör dessa, utom möjligen Lucky *et al.* (2011), ha haft med exklusionskriterier.

En majoritet av artiklar angav ej exklusionskriterier (Mainie *et al.* 2005; Sol BG *et al.* 2008; Tiessen *et al.* 2012; Scholz *et al.* 2007; Lucky *et al.* 2011; Drevenhorn *et al.* 2012; Tonstad *et al.* 2007 och Loon *et al.* 2014) vilket ska anges i vetenskapliga studier enligt Polit och Beck (2012). Detta kan ge en negativ aspekt, enligt litteraturstudiens författare, eftersom de

vetenskapliga artiklarna inte väljer bort vissa typer av sjukdomar eller andra faktorer som kan påverka de vetenskapliga studiernas resultat.

Två av artiklarna hade ett jämförelsevis lågt antal deltagare (Tonstad et al. 2007 och Loon et al. 2014) men den ena (Loon et al. 2014) var en kvalitativ studie, vilket då snarare är att förvänta. Enligt Polit och Beck (2012) så har oftast kvantitativa studier ett större antal deltagare i jämförelse med kvalitativa. Enligt litteraturstudiens författare antagande är att det ofta kan vara en styrka om en kvantitativ studie har ett stort antal deltagare, men en konsekvens av detta kanske då blir ett större bortfall.

4.3. Metoddiskussion

Designen i denna litteraturstudie var en beskrivande design. Denna typ av design ansåg litteraturstudiens författarna vara lämplig för att besvara studiens syfte och frågeställningar med Polit och Beck (2012) som stöd för beslutet. De valda databaserna till artikelsökningarna var PubMed och CINAHL, och dessa valdes på grund av att databaserna fokuserar på omvårdnadsforskning och har därmed ett stort utbud av aktuell forskning inom det område denna litteraturstudie avsåg att besvara. Polit och Beck (2012) rekommenderar dessa två databaserna för att hitta artiklar inom omvårdnadsforskning. Vid databassökningarna använde sig författarna av totalt sju sökord varav två var MeSH-term och CINAHL-headings. MeSH-termer, enligt Polit och Beck (2012) är ett konsekvent sätt att finna vetenskapliga artiklar som använder olika termer för samma typ av budskap. Användning av MeSH-termer kan därför ses som en styrka i arbetet eftersom sökningen hittar rätt typ av artiklar. Det bedrivs mycket forskning inom hjärt- och kärlsjukdomar därför blev sökningarna väldigt omfattande och på grund av detta valde författarna att använda det mer specifika sökordet *nurs** (trunkering) för att smalna av sökningen ytterligare men ändå få med olika ändelser som exempelvis *nurse*, *nursing*, *nurses*, etcetera.

Författarna valde att begränsa publiceringsåren mellan 2005 och 2015 för att på så sätt få fram aktuell forskning inom området (Forsberg & Wenström, 2013). Vid sökningarna lästes titel och abstract på de artiklarna som föreföll vara relevanta. Ett stort utfall av sökningen innefattade hjärt- och kärlsjukdomar kombinerat med andra sjukdomar som exempelvis, diabetes, stroke eller HIV och eftersom dessa artiklars huvudfokus ej var på hjärt- och kärlsjukdomar gällande livsstilsåtgärder valdes dessa bort. Vid antal träffar över 1000 vetenskapliga artiklar ansåg författarna att det inte var rimligt att läsa igenom alla dessa i sin

helhet vilket kan ha bidragit till att relevanta studier fallit bort. Författarna valde istället att antal träffar upp till 1000 vetenskapliga artiklar ansågs vara rimligt att läsa titel på och de titlar som ansåg vara relevanta med hänsyn till syfte läste författarna abstract på. Hade mängden data ansetts vara för låg hade författarna valt att göra en bredare sökning, alternativt förändrat valda sökord. Författarna valde att inte smalna av sökningen ytterligare med fler sökord för att intressanta titlar och abstract skulle falla bort.

Författarna valde att de vetenskapliga artiklarna skulle vara fritt tillgängliga via Högskolan i Gävle vilken också kan ha begränsat sökningarna och relevanta artiklar fallit bort. Detta är för att Högskolan i Gävle inte abonnerar på alla tidsskrifter utan bara har ett visst antal och genom att välja Högskolan i Gävles databas så de artiklar som var helt fria sorterades också bort. Trots att författarna hade både engelska och svenska som språk i inklusionskriterierna var samtliga artiklar som låg till grund för resultatdelen skrivna på engelska. I och med att artiklar som ej var skrivna på svenska eller andra språk än engelska är med i resultatet kan en mängd relevanta artiklar fallit bort som hade givit en ännu bredare bild av ämnet.

Anledningen till att dessa specifika inklusionskriterier valdes är på grund av att författarnas språkkunskaper är begränsade till svenska och engelska. Engelska är inte författarnas modersmål och därför kan artiklarnas resultat blivit feltolkade på olika sätt. För att minimera dessa feltolkningar diskuterade och reflekterade författarnas tillsammans och tog hjälp av översättningsverktyget Google Translate. PubMed innehåller till 75 procent artiklar med engelska som språk och även CINAHL har en stor mängd artiklar på engelska, och de ansågs därför enligt litteraturförfattarna vara lämpliga databaser för detta ändamål (Forsberg & Wengström, 2013).

Båda författarna till litteraturstudien läste igenom samtliga vetenskapliga artiklar för att analysen ska bli så nyanserad som möjligt (Polit & Beck, 2012). En annan styrka i denna litteraturstudie är att författarna hade grupphandledarträffar, det vill säga att författarna, deras handledare och två andra studentpar hade gemensamma träffar. Inför träffarna fick paren till uppgift att läsa och granska ett av de andra parens arbeten för att sedan ge feedback. Vid träffarna plockades bra saker fram och saker som kunde finjusteras. Detta var en styrka för litteraturstudien då det under processen fanns fler ögon som granskade texten.

Litteraturstudiens resultat grundar sig på elva kvantitativa artiklar men endast en kvalitativ, dock ses den enskilda kvalitativa artikeln av Loon *et al.* (2014) som komplement till en av

artikelförfattarnas egna kvantitativa artiklarna då det var en uppföljning av intervjuer där patienterna fick berätta hur de hade uppfattat sjuksköterskans metoder samt berättade om effekten av dessa.

Ett stort utfall av de vetenskapliga artiklar som låg till grund för resultatet var från Nederländerna och detta kan ha gjort att denna litteraturstudie har gått miste om ett större globalt perspektiv på vilka primärpreventiva metoder sjuksköterskor använder samt hur väl de fungerar i andra sammanhang.

4.4. Klinisk implikation

Denna litteraturstudie visar att sjuksköterskan använder sig av metoder som antingen går ut på att agera som informationsgivare genom rådgivning eller vara en samarbetspartner gentemot patienten med hjälp av MI och coping. Metoderna har visat sig ha varierande effekt. MI och uppmuntran till egenvård är till exempel metoder som verkar ha potential enligt vissa av studierna, medan andra studier inte fann någon signifikant effekt av MI. Litteraturstudiens författare anser att det är anmärkningsvärt att det finns mycket forskning om riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom och därmed även vedertagna primärpreventiva metoder för hur dessa riskfaktorer bör åtgärdas, men trots detta är det något som brister i implementeringen av dessa metoder. Litteraturstudiens författare anser att den kliniska implikationen blir att sjuksköterskor får en inblick i dessa metoder samt att det kräver mer forskning och finjustering, alternativt att det krävs mer utbildning inom området om det är sjuksköterskornas kompetens som gör att metoderna ej visar önskvärd effekt. Som tidigare nämnt kräver exempelvis MI möjligtvis mycket längre utbildning för att metoden ska fungera (Moore, Moore och Murphy, 2012).

4.5. Förslag till fortsatt forskning

Som skrivet i den kliniska implikationen finns det troligtvis en brist på kunskap hur dessa metoder ska användas eftersom de visar så pass varierande resultat. Fortsatt forskning bör undersöka hur dessa metoder fungerar när de visar bäst resultat. Fortsatt forskning bör också fokusera på både sjuksköterskans och patientens perspektiv så att en utförlig utvärdering kan möjliggöras. Framtida studier bör även genomföras med kvalitativ ansats där sjuksköterskans och patientens upplevelse av metoderna undersöks.

5. Slutsats

Sjuksköterskan använder olika primärpreventiva metoder för att uppmuntra till livsstilsförändringar och dessa var: sjuksköterskan som informationsgivare, där fokus ligger på att åtgärda riskfaktorerna som till exempel rökning och högt blodtryck genom att informera. En annan metod var att sjuksköterskan är en samarbetspartner till patienten, där motiverande samtal och coping var de huvudsakliga metoderna. I dessa metoder var det mer fokus på att samarbeta med patienten för att uppnå en god egenvård. Gällande effekten av metoderna visade några av studierna att metoderna gav effekt eller viss effekt, medan de andra ej gav någon signifikant effekt på riskfaktorerna. Sammanfattningsvis kan sjuksköterskan i sitt kliniska arbete ta hänsyn till båda förhållningssätt i mötet med patienterna och anpassa metoden utifrån ett individuellt perspektiv.

Referenser

Anand, S.S. & Yusuf, S. (2011). Stemming the global tsunami of cardiovascular disease. *The Lancet*, vol. 377, no. 9765, pp. 529-532.

Berbiglia, V-A. Banfield, B. Self-care deficit theory of nursing. I Raile Alligood, M. (red). *Nursing theorists and their work*. Eighth edition. (2014). St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby, ss. 240-257.

*Drevenhorn E, Bengtson A, Nilsson PM, Nyberg P & Kjellgren KI. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration., *Blood pressure*, vol. 21, no. 5, pp. 293-299.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Folkhälsomyndigheten.(2014). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2014*. Solna:

Folkhälsomyndigheten. Tillgänglig på Internet:

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014/>

Friberg, F. Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. I Pilhammar Andersson, E. (red). *Pedagogik inom vård och omsorg*. (2003). Lund: Studentlitteratur, ss. 27-52.

Gedda, B. Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. I Pilhammar Andersson, E. (red). *Pedagogik inom vård och omsorg*. (2003). Lund: Studentlitteratur, ss. 81-105.

Hernborg, A. (2012). *Högt blodtryck*. <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hogt-blodtryck/> [2015-02-20]

Hjärt- och lungfonden. (2014). *Rökning - riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet: <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Tobak> [2015-02-25]

- Hjärt- och lungfonden. (2014). *Vad är högt kolesterol? [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet: <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Hogt-kolesterol/> [2015-02-25]
- Hjärt- och lungfonden. (2014). *Vikten av motion [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet: <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Motion> [2015-02-25]
- Håkansson, J. (2014). *Höga blodfetter*. <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hoga-blodfetter/> [2015-02-20]
- Hägström, E. Sjuksköterskans pedagogiska funktion och skolning i ett historiskt perspektiv. I Pilhammar Andersson, E. (red). *Pedagogik inom vård och omsorg*. (2003). Lund: Studentlitteratur, ss. 13-23.
- Hörnsten, Å. (2013). *Personcentrerad vård*. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/ Oversikt/> [2015-02-25]
- Ibrahim, MM. & Damasceno, A. (2012). Hypertension in developing countries, *The Lancet*, vol. 380, no. 9852, pp. 611-619.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. (2007). Stockholm: Svensk sjuksköterskefören. Tillgänglig på Internet: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> [2015-02-19]
- Kahan, T. (2014). *Ny rekommendation för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar med läkemedelsbehandling*. <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Ny-rekommendation-for-att-forebygga-hjart-karlsjukdomar-med-lakemedelsbehandling/> [2015-02-19]
- Kalfoss, M. Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskan möte med sig själv. I Almås, Hallbjørg, Stubberud, Dag-Gunnar & Grønseth, Randi (red.) (2011). *Klinisk omvårdnad*. 2. 2., [uppdaterade] uppl. Stockholm: Liber. ss. 476-498
- Kihlgren, M. & Johansson, G. (red.) (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Langius-Eklöf, A. Känsla av sammanhang. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red). *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa*. (2009). Lund: Studentlitteratur, ss. 95-111.

Lindqvist R, Carlsson M & Sjöden PO. (2000). Coping strategies and styles assessed by the Jalowiec Coping Scale in a random sample of the Swedish population., *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 14, no. 3, pp. 147-154.

*Loon M.S.K, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G & Grol R. (2010). Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care., *Preventive medicine*, vol. 50, no. 1-2, pp. 35-44.

*Loon, M.S.K, van der Weijden, T., van Steenkiste, B., Ronda, G., Winkens, B., Severens, J.L., Wensing, M., Elwyn, G. & Grol, R. (2009). Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, no. 12, pp. E267-74.

*Loon, M.S.K., van Dijk-de Vries, A., van, d.W., Elwyn, G. & Widdershoven, G., A.M. (2014). Ethical issues in cardiovascular risk management: Patients need nurses' support., *Nursing ethics*, vol. 21, no. 5, pp. 540-553.

*Lucky D, Turner B, Hall M, Lefaver S & de Werk A. (2011). Blood pressure screenings through community nursing health fairs: motivating individuals to seek health care follow-up., *Journal of community health nursing*, vol. 28, no. 3, pp. 119-129.

Läkemedelsverket. (U.å). *Förebyggande av aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/080313_primarprevention.pdf

*Mainie, P.M., Moore, G., Riddell, J.W. & Adgey, A.A.J. (2005). To Examine the Effectiveness of a Hospital-Based Nurse-Led Secondary Prevention Clinic., *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 4, no. 4, pp. 308-313.

Martinez, E. (2014). *Fetma [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/> [2015-02-20]

- Moore GF, Moore L & Murphy S. (2012). Integration of motivational interviewing into practice in the national exercise referral scheme in Wales: a mixed methods study., *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 40, no. 3, pp. 313-330.
- Nordström Torpenberg, I (red.) (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Tillgänglig på Internet: <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf> [2015-02-25]
- Paradis, G. & Chioloro, A. (2011). The Cardiovascular and Chronic Diseases Epidemic in Low- and Middle-Income Countries: A Global Health Challenge., *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 57, no. 17, pp. 1775-1777.
- Polit, D. & Beck, C-T (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Robinson JG & Gidding SS (2014). Curing atherosclerosis should be the next major cardiovascular prevention goal., *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 63, no. 25 Pt A, pp. 2779-2785.
- Saha S, Carlsson KS, Gerdtham UG, Eriksson MK, Hagberg L, Eliasson M & Johansson P. (2013). Are lifestyle interventions in primary care cost-effective?--An analysis based on a Markov model, differences-in-differences approach and the Swedish Björknäs study., *PLoS One*, vol. 8, no. 11, pp. e80672.
- *Scholz, U., Sniehotta, F.F., Burkert, S., Schwarzer, R., Scholz, U., Sniehotta, F.F., Burkert, S. & Schwarzer, R. (2007). Increasing Physical Exercise Levels: Age-Specific Benefits of Planning., *Journal of aging and health*, vol. 19, no. 5, pp. 851-866.
- Signäs, G. (2013). *Åderförfattning – Åderförkalkning*.
<http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Aderforfattning---aderforkalkning/> [2015-02-25]

*Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens BM & Visseren FL. (2008). The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial., *Patient education and counseling*, vol. 71, no. 2, pp. 191-197.

Stjernström Roos, I. (2013). *Rörelse är livsviktigt*. <http://www.1177.se/Tema/Halsa/Motion-och-rorelse/Motion-och-traning/Rorelse-ar-livsviktigt/?ar=True> [2015-02-21]

Stjernström Roos, I. (2014). *Så bedömer du din vikt*.
<http://www.1177.se/Tema/Halsa/Livsstil---att-andra-en-vana/Sa-bedomer-du-din-vikt/>
[2015-02-21]

Stockholm: Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2015-02-19]

Stockholm: Socialstyrelsen (U.å). *Motiverande samtal [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på Internet:
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal> [2015-02-25]

Stockholm: Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [Elektronisk resurs] : tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor : stöd för styrning och ledning*. Tillgänglig på Internet:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
[2015-02-19]

*Tiessen, A.H., Smit, A.J., Broer, J., Groenier, K.H. & van, d.M. (2012). Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care., *BMC Family Practice*, vol. 13, no. 1, pp. 90.

*Tonstad S, Alm CS & Sandvik E. (2007). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial., *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 160-164.

Van Nes M, & Sawatzky JA. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective., *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 22, no. 12, pp. 654-660.

*Vemooij JW, Kaasjager HA, van der Graaf Y, Wierdsma J, Grandjean HM, Hovens MM, de Wit GA, Visseren FL & SMARTStudy Group. (2012). Internet based vascular risk factor management for patients with clinically manifest vascular disease: randomised controlled trial., *BMJ: British Medical Journal / British Medical Association*, vol. 344, pp. e3750. ‘

*Voogdt-Pruis, H.R., Van Ree, J.W., Gorgels, A.P.M. & Beusmans, G.H.M.I. (2011). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses., *International journal of nursing studies*, vol. 48, no. 7, pp. 798-807.

Wallén, T. (2012). *Att förebygga stroke*. Tillgänglig på Internet:

<http://www.vardriktlinjer.se/sv/Stroke/Sekundar-och-primarprevention/Primarprevention/>
[2015-03-04]

* = Artiklar i resultatdelen.

Bilaga 1. Metodologisk översiktstabell

Titel/författare/land	Årtal	Syfte	Intervention	Design	Urvalsmetod	Undersökningsgruppen	Datainsamlingsmetod	Dataanalys	Huvudresultat
Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses/Voogdt-Pruis H, <i>et al.</i> /Nederländerna	2011	Jämföra följsamhet gällande riktlinjer för kardiovaskulär prevention hos sjuksköterskor och allmänläkare	Arbeta med livsstilsförändringar, till exempel genom att försöka förändra rökvanor, nutrition, och ge råd kring motion	Tvärsnittsstudie	Inklusionskriterier: Patienter som hade minst 10 % risk att avlida av hjärt- och kärlsjukdom inom tio år enligt SCORE. Exklusionskriterier: de som gick till en specialist mer än en gång per år, hade diabetes, eller var multisjuka	Antal: 701. Bortfall: 217. Kön: 65 % män i ena gruppen (läkargruppen) och 62 % i den andra (35 % och 38 % kvinnor). Ålder: 30-74 år	Insamling via elektronisk journalgranskning där de sökte efter information kring ålder, kön, samt riskfaktorer som total kolesterol, systoliskt blodtryck, rökning, etc (SCORE). Frågeformulär, vars namn ej anges, skickades ut ett år efter utgångsläget. Lipidhalt och blodtryck mättes igen	Chitvåfördelning för att se skillnader mellan grupperna, samt T-test användes. Detta analyserades i SPSS 15.0.	Sjuksköterskor arbetade i större utsträckning med livsstilsförändringar (rökning, nutrition, motion, etc.), dock fick endast 46 % av deltagarna råd om detta av sjuksköterskorna
Blood pressure screenings through community nursing health fairs: motivating individuals to seek health care follow-up/Lucky D, <i>et al.</i> /USA	2011	Utvärdera effektiviteten av blodtrycksscreening genom att testa människor på "hälsomässor". Effektiviteten mättes genom att se hur många med högt blodtryck sökte vård	Blodtrycksmätning och remiss till läkare när de fann deltagare med högt blodtryck	Tvärsnittsstudie	Bekvämlighetsurval. Inklusionskriterier: alla över 18 år som var tillgängliga och villiga att mäta sitt blodtryck på mässan. Exklusionskriterier: ej angivet	Antal: 958, varav 170 med högt blodtryck (> 140/90 mm Hg). Bortfall: 46. Kön: ej angivet. Ålder: ej angivet i detalj (endast > 18 år)	Blodtrycksmätning på en mäsas	De personer med högt blodtryck fick en remiss till en allmänläkare och författarna kunde sedan analysera hur många som sökte hjälp (telefonkontakt), samt vilka åtgärder som vidtogs. De delade också upp data i ras, kön, systoliskt och diastoliskt blodtryck, samt eventuell diabetes och njursjukdom. Dessa parametrar noterades på ett formulär och data fördes sedan in i Microsoft Excel och SPSS. Chitvåtest	Av de 124 deltagare med högt blodtryck som analyserades var det 116 som antingen bokade en tid med läkare. 98 av dem undersöktes och fick antingen blodtrycksmedicin, fick sin nuvarande dos förhöjd eller fick ett annat läkemedel. Författarnas slutsats är att sjuksköterskeledd blodtrycksscreening kan vara ett effektivt sätt att fånga upp riskpatienter

								användes för dikotoma variabler. Fisher's exact test användes för att få statistisk signifikans	
Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration/Drevenhorn E, <i>et al.</i> /Sverige	2012	Öka följsamhet till blodtrycksbehandling med hjälp av MI	Sjuksköterskor som fick utbildning i MI	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienter med hypertoni som sökte råd hos sjuksköterskor på hälsocentraler, blodtryck > 160/90 mm Hg, BMI >25, total kolesterol > 6.5 mmol/l och/eller serumtriglycerider > 2.3 mmol/l, samt ej vara regelbundet fysiskt aktiv (självrapporering). Exklusionskriterier: ej angivet.	Antal: 153 i interventionsgruppen och 60 i kontrollgruppen. Bortfall: 16 och nio respektive. Kön: ej angivet. Ålder: < 75 år	Författarna beskriver ej datainsamlingsmetoden	SPSS användes för att analysera värden som BMI och lipider. Chitvåtest används för att jämföra grupperna. McNemar test användes i grupperna för att jämföra utgångsvärde och uppföljningsvärde. Ordinala variabler jämfördes mellan grupperna med Mann-Whitney test, och i grupperna användes Wilcoxon's signed rank test.	Den tre dagar långa konsultationsträningen gav effekt och sänkte vissa av interventionsgruppens parametrar (blodtryck samt ökade mängden fysisk aktivitet) efter två års uppföljning
Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled/Tonsstad S, <i>et al.</i> /Norge	2007	Undersöka om livsstilsförändring rådd givet av sjuksköterska kunde förbättra de faktorer som är centrala i det metaboliska syndromet d.v.s. blodtryck, lipider och midjemått	Sjuksköterskel edda rådgivningssamtal kring livsstil: fysisk aktiv 30 minuter/dag, sluta röka, mer frukt och grönsaker, minska BMI, minska alkoholintag, minska salt i mat, etc	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: Blodtryck > 140 mm Hg och diastoliskt > 90 mm Hg. De skulle ha dessa värden på mätningstillfällena med två veckors mellanrum. Deras blodtryck skulle klassificeras som mild hypertoni (140-169/90-99 mm Hg). Exklusionskriterier: ej angivet.	Antal: 45. Bortfall: 0. Kön: 32 män, 13 kvinnor. Ålder: 30-69 år	Förändringar i parametrarna (blodtryck, lipider och bukmängd) mättes genom att använda en kontrollgrupp med ett utgångsläge och uppföljning efter sex månader	Ordinal data från utgångsläge och uppföljningsläge analyserades med t-test mellan grupperna. Nominal data analyserades med Chitvåtest	Sjuksköterskerådgivning gav ej lägre blodtryck men var associerat med mindre ökning av bukmängd och minskad lipidkoncentration (triglycerider). De metaboliska riskfaktorerna kan snabbt bli sämre hos patienter med mild hypertoni som är i väntan på livsstilsinterventioner
Ethical issues in cardiovascular risk management: Patients need nurses' support/Loon M, <i>et</i>	2014	Utvärdera sjuksköterskeledda interventioner för primärprevention av kardiovaskulära sjukdomar från ett	Sjuksköterskor som arbetar med ett autonomt bemötande och samarbete	Kvalitativ ansats	Ändamålsurval. Inklusionskriterier: ålder, kön och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom (SCORE) som interventionssjuksköterskorna ansåg vara	Antal: 16. Bortfall: 0. Kön: 7 män, 9 kvinnor. Ålder: 46-76 år	16 intervjuer genomfördes i patienternas hem vilka tog mellan 22-58 minuter. De frågade om deras förväntningar, erfarenheter och	Data analyserades med NVivo 2.0 som hjälpte författarna att strukturera funnen data. De gjorde sedan en innehållsanalys och fann fem teman i åtta intervjuer, och sedan bekräftade de dessa	Patienterna kände att det var viktigt att sjuksköterskorna visade samarbete och engagemang gentemot patientens unika situation när de hade samtal om

<i>al./Nederländerna</i>		etiskt perspektiv sett från patientens upplevelser.			lämpliga. Exklusionskriterier: ej angivet.		åsikter kring patientens roll, sjuksköterskans roll, samt betydelsen av dessa samtal. En intervjuguide användes med öppna frågor och	teman genom att analysera resterande intervjuer och se om dessa teman även återfanns där.	livsstilsförändringar.
Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: A cluster-randomized controlled trial in primary care/Loon MS <i>et al./Nederländerna</i>	2010	Avgöra om en intervention där sjuksköterskor involverar patienterna i riskhantering förbättrar livsstilen hos patienterna på kort sikt	Riskbedömning, riskkommunikationadapterade motiverande samtal (MI) som var sjuksköterskel edda	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienterna skulle ha blodtryck > 140 mmHg (eller redan vara behandla för högt blodtryck), total kolesterol > 6.5 mmol/l (eller vara behandlad), rökare om de var > 50 eller > 55 år respektive för man och kvinna, ha diabetes, hereditet för hjärt- och kärlsjukdom, synlig övervikt. Exklusionskriterier: var de som redan hade en hjärt- och kärlsjukdom, hyperkolesterolaemia, samt de som endast behandlas sekundärt för en sjukdom	Antal: 615. 322 i interventionsgruppen och 293 i kontrollgruppen. Bortfall: 67. Kön: 45 % män och 55 % kvinnor. Ålder: medelåldern var 57	Frågeformulär kring livsstilsfrågor som de fick besvara vid konsultationen på hälsocentralerna, och sedan ett hemskickat frågeformulär efter tolv veckor	T-test för att se skillnader i utgångsläge mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande kontinuerliga variabler (till exempel fett- och fruktintag). Chitvåtest för att se skillnader i dikotoma variabler (till exempel rökning)	Båda grupper fick en förbättrad livsstil men författarna fann inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Interventionsgruppen förbättrades i något större utsträckning gällande "lämplighetsnivån av ångest" (insikt av risker) samt att de var något mer nöjda med kommunikationen i jämförelse med kontrollgruppen
Increasing Physical Exercise Levels Age- Specific Benefits of Planning/Scholz U, <i>et al./Tyskland</i>	2007	Hur copingplanering kan underlätta utförande av fysisk aktivitet och vilken roll åldern spela in	Sjuksköterskel edda samtal kring planering av aktivitet samt att planera coping vad gäller utmaningar och hinder relaterat till	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienter som har eller har haft problem med hjärtat och går till ett rehabiliteringscentrum. Två interventionsgrupper (för att testa copingstrategierna var för sig) och en kontrollgrupp.	Antal: 237. Bortfall: 32. Kön: 79.5 % män (163). Ålder: medelåldern var 59.6 (38-	Först intervjuer, sedan skickades frågeformulär skickades hem till deltagarna två månader senare som behandlade frågor om fysisk aktivitet.	Frågeformulärens data analyserades med ANCOVA i SPSS (linjära samband mellan två variabler). Gruppdeltagarnas ålder och den interventionstid de fick jämfördes med hur mängden fysisk aktivitet hade förändrats	Planera coping (som sjuksköterskor kan utföra tillsammans med patienten) gör att patienten lättare kan komma igång med fysisk aktivitet, och detta var ännu tydligare hos äldre

			fysisk aktivitet		Exklusionskriterier: ej angivet	82)			
Internet based vascular risk factor management for patients with clinically manifest vascular disease: randomised controlled trial/Vemooij JW, <i>et al.</i> /Nederländerna	2012	Undersöka huruvida en internetbaserad och sjuksköterskelett riskprogram för hjärt- och kärlsjukdomar som stödjer ”self-management” kan komplettera den vanliga vården och se om det då blir mer effektiv vård	Internetkommunikation med sjuksköterska där de kombinerade egenvårdstöd samt övervakning av sjukdomstillstånd och läkemedelsbehandling	Experimentell studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienterna skulle vara 18-80 år, systoliskt blodtryck 140 mm Hg, lipoproteinkolesterol > 2.5 mmol/l, triglycerider >1.7, BMI >25, diabetes eller fastande glukos >6.1 mmol/l, rökare, kunna läsa och skriva, utföra ADL oberoende av hjälp, samt ha tillgång till Internet. Exklusionskriterier: patienter med förväntad död inom två år eller maligna sjukdomar exkluderades	Antal: 330. Bortfall: 16. Kön: 75 % män. Ålder: medelåldern var 59.9	Utgångsvärden gällande läkemedel, fysisk aktivitet, rökning dokumenterades. Blodtryck, vikt, längd, bukmått mättes. Fastande blodprov togs för att mäta lipider, glukos och kreatinin. Urin analyserades också för albumin. Efter tolv månaders interventionstid togs samma prover igen	Data samlades in genom att skicka frågeformulär över Internet var tredje månad. Statistiska analyser utfördes med SPSS. Framingham heart risk score användes både vid utgångsläget och efter tolv månader, och detta jämfördes med ett t.-test. Patienterna hade också uppsatta mål som författarna analyserade med t-test	Denna internetbaserade intervention, utöver den vanliga vården, hade en liten effekt på att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom och minska några av de riskfaktorer som de redan drabbade hade
Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial/Koelewijn-van Loon M, <i>et al.</i> /Nederländerna	2009	Undersöka huruvida en sjuksköterskeledd intervention i primärvården hade positiva effekter på patienters livsstil	Sjuksköterskeledd riskkommunikation med hjälp av en studieanpassad MI	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienter som hade en eller flera av dessa kriterier: blodtryck > 140 mm Hg, som hade läkemedel mot högt blodtryck, total kolesterol > 6.5 mmol/L, som hade läkemedel mot högt kolesterol, rökare som var över 50 år gamla (män) eller 55 år (kvinnor), diabetes, hereditet, synlig fetma. Exklusionskriterier: var de som redan hade en hjärt- och kärlsjukdom, hyperkolesterolaemia	Antal: 615. Bortfall: 127. Kön: 264 män och 351 kvinnor Ålder: medelåldern var 56 år i interventionsgruppen och 58 år i kontrollgruppen	Frågeformulär som besvarades innan interventionen och sedan ett uppföljningsformulär ett år efter interventionen. Det som efterfrågades var självrapporterad livsstil med frågor om rökning, diet (fett- och frukt och grönsakerintag), motion, och alkohol	Grupperna kontrollerades med T-test för de kontinuerliga variablerna (till exempel fruktintag och fysisk aktivitet) och Chitvåtest för dikotomivariabler (till exempel rökning eller andra ja/nej frågor), till sist T-test mellan utgångsläget och ett år efter interventionen och McNemar test för dikotomivariablerna.	Det var inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen till exempel gällande konsumtion av grönsaker och fysisk aktivitet efter ett år. De enda signifikanta skillnader fann författarna mellan subgrupper gällande mängden grönsaker i kosten och hur fysisk aktiv deltagarna var

					, samt de som endast behandlas sekundärt för en sjukdom				
Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care/Tiessen A, <i>et al.</i> /Nederländerna	2012	Syftet var att jämföra standardbehandling med "self-monitoring" (egenkontroll över sina värden) och standardbehandling utan "self-monitoring", båda utförda av sjuksköterskor	Sjuksköterskorna gav preventiv rådgivning och gav patienterna apparater för att få mer självkontroll (pedometer, viktskala och/eller blodtrycksmätare)	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: Ingen tidigare hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes, men med ett SCORE 10 års riskvärde på >5 %, samt minst en av dessa faktorer: rökning, högt blodtryck, lite fysisk aktivitet, och övervikt. Exklusionskriterier: ej angivet	Antal: 201. Bortfall: 22. Kön: 124 män och 55 kvinnor. Ålder: 50-75 år	SCORE utgångsvärde och uppföljningsvärde. Uppföljning gällande data kring rökning, beteende, medicinförändring, blodglukus, lipider, och kreatinin	T-test användes för kontinuerliga variabler och Mann-Whitney U test för ordinala variabler. Parat t-test användes vid ett års uppföljning för de kontinuerliga variablerna och McNemars est för dikotoma variabler. SPSS	Risken för hjärt- och kärlsjukdomar sjönk i både interventionsgruppen och kontrollgruppen. Författarna hittade inga signifikanta skillnader med att ge egenkontroll
The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial/Sol BG, <i>et al.</i> /Nederländerna	2008	Undersöka huruvida stöd för att förhöja "självförtroende" (egenvård) kan ge effekt hos patienter med hjärt- och kärlsjukdom samt hur denna eventuella "förhöjning" kan relateras till förändringar i riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom.	Sjuksköterskeleda träffar där fokus låg på individuell riskhantering. Sjuksköterskorna gav råd kring hur patienterna skulle reducera sina riskfaktorer genom att uppmuntra till egenvård	Experimentell RCT-studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: patienterna skulle ha en symtomatisk kardiologisk sjukdom, vara yngre än 80 år, och sedan minst två av dessa: blodtryck >140/90 mm Hg, total kolesterol >5.0 mmol/l, LDL >3.2 mmol/l, diabetes, BMI >25, bukmängd >102 cm (män) >88 cm (kvinnor), rökare. Exklusionskriterier: ej angivet	Antal: 236. Bortfall: 83. Kön: 79 % män i vid utgångsläget. Ålder:	Frågeformulär med nio frågor om "self-management" där de fick gradera "5-point Likert scale" i utgångsläget, samt uppföljning med samma formulär efter ett år. Deltagarna tillfrågades om deras medicinering, rökvanor, diet, motion, viktkontroll, hur mycket vikt de eventuellt förlorat, samt sjukdomsinsikt.	T-test/Mann-Whitney test användes för att analysera skillnaderna i utgångsdata mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Wilcoxon test användes för att jämföra utgångsvärdet med uppföljningsvärdet i de egna grupperna. Med hjälp av frågeformuläret räknade författarna ut en total "self-efficacy" poäng	"Self-efficacy" förändrades inte nämnvärt med extra sjuksköterskevård i jämförelse med vanlig vård. Dock fick interventionsgruppen bättre "self-efficacy" gällande att välja mer hälsosam mat och utöva mer fysisk aktivitet
To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary prevention clinic/Mainie P,	2005	Syftet var att fånga in patienter med hjärt- och kärlsjukdom (efter en infarkt	Sjuksköterskeleda interventioner som utgår från sjukhus som sekundärprevention med	Experimentell studie med pre-test post-test design	Inklusionskriterier: högriskpatienter för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Exklusionskriterier: ej angivet	Antal: 563. Bortfall: 0. Kön: 379 män och 184 kvinnor.	Vid utgångsläget undersökte författarna om det fanns hereditet för hjärt- och kärlsjukdom, diabetes,	Uppföljning sex månader efter den sjuksköterskeleda interventionen där värdena jämfördes med utgångsvärdena. Författarna skriver ej hur	Sjuksköterskeleda interventioner som utgår från sjukhus som sekundärprevention visade sig vara effektiva för att

<p><i>et al.</i>/Norra Irland</p>		<p>och/eller intervention som till exempel bypass operation) sex månader efter infarkt och undersöka effektiviteten av en sjukhusbaserad och sjuksköterskeledd sekundärprevention klinisk kan modifiera riskfaktorer och optimera läkemedelsbehandlingen</p>	<p>målet att modifiera riskfaktorer och optimera läkemedelsbehandlingen</p>			<p>Ålder: medelåldrar var 64 år</p>	<p>hyperlipedemi, hypertoni, stroke, cancer, etnicitet. Andra saker som noterades var motionsvanor, BMI, blodtryck, alkoholkonsumtion, rökning, HbA1C, njurvården, levervården, totalkolesterol, blodstatus, och även anställningsstatus. Vid uppföljning gjordes kontroller igen (förutom hereditet)</p>	<p>analysen gick till.</p>	<p>modifiera riskfaktorer och optimera läkemedelsbehandling och se till att uppsatta mål nås</p>
-----------------------------------	--	--	---	--	--	--	---	----------------------------	--