

1. AVH:n sairastaneiden tiedontarpeet ja ohjaus

Kerro AVH:n sairastaneelle sairaudesta ja sen ennaltaehkäisystä, sillä

- **AVH:n sairastaneilla on monia sairauteen ja sen ennaltaehkäisyyn liittyviä tiedon puutteita ja tarpeita. (A)**

AVH:n sairastaneet tarvitsivat tietoa aivoverenkiertohäiriöstä ja sen oireista (7/21 tutkimusta) syistä (6/21 tutkimusta), hoidosta (7/21 tutkimusta) ja toipumisesta (7/21 tutkimusta) sekä ennaltaehkäisystä (8/21 tutkimusta).

Järjestelmällisessä katsauksessa¹ (n = 21 tutkimusta) kuvattiin AVH:n sairastaneiden ja heidän hoitoonsa osallistuneiden läheisten (n = 1 778, joista 1 029 oli AVH:n sairastaneita) ohjauksen tarpeita. Tutkimusten menetelmällisen heterogeenisyyden takia katsauksen tulokset esitettiin narratiivisessa muodossa. Määrällisten tutkimusten (n = 14) aineistonkeruumenetelminä oli käytetty kyselylomakkeita. Laadullisten tutkimusten (n = 5) aineistot oli kerätty yksilö- tai ryhmähaastatteluin. Monimenetelmätutkimuksista (n = 2) toisessa oli käytetty kyselylomakkeiden lisäksi haastattelua ja toisessa aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Tutkimukset oli tehty Isossa-Britanniassa (n = 6), Yhdysvalloissa (n = 4), Australiassa (n = 3), Hollannissa (n = 3), Etelä-Koreassa (n = 2), Saksassa (n = 1), Hongkongissa (n = 1) ja Uudessa-Seelannissa (n = 1). Katsaukseen mukaan otetut artikkelit olivat vuosilta 1998–2005.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

AVH:n sairastaneet kokivat, että he eivät saaneet riittävästi tietoa sairauden oireista, hoidosta, ennusteesta ja ennaltaehkäisystä.

Järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynteessä² (n = 24 tutkimusta) kuvattiin AVH:n sairastaneiden ja palvelujen turvin asuvien aikuisten (n = 378) tyydyttämättä jääneitä tarpeita AVH:n sairastaneiden näkökulmasta. AVH:n sairastaneet olivat kotiutuneet sairaalasta 0,5–24 vuotta sitten. Aineisto perustui laadullisiin tutkimuksiin (n = 21) ja monimenetelmätutkimuksiin (n = 3), joissa oli käytetty aineistonkeruumenetelminä syvähaastattelua, fokusryhmähaastattelua, puolistrukturoitua haastattelua sekä lomakehaastattelua. Analyysimenetelminä oli käytetty viitekehysanalyysiä (n = 5), fenomenologista lähestymistapaa (n = 4), hermeneuttis-fenomenologista analyysiä (n = 1), teemoittelua (n = 5), grounded teoriaa (n = 4), sisällön analyysiä (n = 3) ja kuvailevaa analyysiä (n = 1). Mukana oli tutkimuksia Isosta-Britanniasta (n = 5), Australiasta (n = 4), Ruotsista (n = 4), Yhdysvalloista (n = 3), Kanadasta (n = 3), Norjasta (n = 2), Malesiasta (n = 1), Italiasta (n = 1) ja Islannista (n = 1). Katsaukseen mukaan otetut artikkelit olivat vuosilta 1998–2019.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

AVH:n sairastaneiden tärkeimmät tiedontarpeet sairaalahoidon aikana olivat AVH:n riskitekijät ja niiden hallinta (Likert 5), toipumisennuste (Likert 5) sekä AVH:n oireet ja niihin reagoiminen (Likert 5). Kotiutumisen jälkeen tärkeimmiksi tiedontarpeiksi nousivat tieto lääkityksestä (Likert 5), elämäntapamuutoksista (Likert 4) ja riskitekijöistä (Likert 4,5).

Englantilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tarkasteltiin AVH:n sairastaneiden tiedontarpeita ja arvioitiin sopivia lähestymistapoja niihin vastaamiseksi. Tutkimuksessa pyrittiin tunnistamaan, millaiset tiedontarpeet ovat merkityksellisimpiä akuutissa toipumisvaiheissa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla 70 AVH:n sairastaneelta henkilöltä. Tiedontarpeita mitattiin viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = ei lainkaan tärkeä, 5 = erittäin tärkeä). Lisäksi kartoitettiin osallistujien toiveita tiedon jakamisen ajankohdasta, menetelmistä, henkilöistä ja toistuvuudesta. Aineisto analysoitiin Wilcoxonin testillä, χ^2 -testillä ja kuvailevilla tiedoilla. Lisäksi laskettiin suhteellinen tärkeysindeksi (RII eli relative importance index).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 4/7, puutteet kriteereissä 1, 5 ja 6, kriteeri 3 N/A

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kyselylomakkeessa oli kymmenen tiedontarpeiden ryhmää, jotka vastaajat asettivat tärkeysjärjestykseen Likert-asteikon mukaan.

AVH:n tai TIA:n sairastaneista 87,4 % tunnisti kohonneen verenpaineen, hyperlipidemian ja tupakoinnin uusiutumisen riskitekijöiksi, sen sijaan alle puolet vastaajista tunnisti riskitekijöiksi eteisvärinän (49,5 %) ja diabeteksen (41,8 %). Tutkimukseen osallistuneista ne, joiden suvussa esiintyi sydän- ja verisuonisairauksia (OR 1,871; 95 % CI 1,040–3,367; $p = 0,036$) tai joilla oli ollut eteisvärinädiagnoosi (OR 2,822; 95 % CI 1,267–6,285; $p = 0,011$), oli paremmat tiedot riskitekijöistä. Korkea ikä (OR 0,971/vuosi), aiempi aivoverenvuoto (OR 0,318; 95 % CI 0,129–0,783; $p = 0,013$) ja yksin asuminen (OR 0,490; 95 % CI 0,241–0,997; $p = 0,049$) liittyivät heikompaan riskitekijätietämykseen. Antikoagulanttihoitoa saaneista 56,3 % ($n = 18/32$), verihutaleiden estäjiä saaneista 48,2 % ($n = 55/114$), verenpainelääkitystä käyttäneistä 35,8 % ($n = 43/120$) ja kolesterolilääkitystä käyttäneistä 35,6 % ($n = 26/73$) tunnisti lääkityksen tarkoituksen AVH:n/TIA:n ehkäisyksi.

Ruotsalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tarkasteltiin AVH:n tai TIA:n sairastaneiden ($n = 182$) tietämystä uusiutuvan AVH:n/TIA:n riskitekijöistä, taustatekijöiden yhteyksistä tähän tietämykseen sekä AVH:n tai TIA:n sairastaneiden tietämystä ennaltaehkäisevästä lääkeshoidosta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 71,3 vuotta ja ensimmäisestä AVH/TIA-tapahtumasta kulunut keskimääräinen aika oli 6,7 ($\pm 4,3$) vuotta. Aineisto kerättiin potilaskertomuksista ja kyselylomakkeella, joka sisälsi 13 väittämää tunnetuista riskitekijöistä sekä 4 ”harhauttavaa” kysymystä sairauksista/tiloista, joiden ei tiedetä olevan AVH:n/TIA:n riskitekijöitä. Lisäksi tiedusteltiin, kokiko AVH:n sairastanut kyseisen riskitekijän liittyvän itseensä sekä selvitettiin sosiaalisuuteen ja toimintakykyyn liittyviä taustatietoja ja lääkityksiä. Tuloksena kullekin AVH:n sairastaneelle laskettiin oikein tunnistettujen riskitekijöiden määrä (0–13). Lisäksi lääkeshoidon tarkoituksen tunnistaminen ehkäisevänä hoitona pisteytettiin ja tietämys jaoteltiin heikkoon, keskitasoon/kohtalaiseen ja hyvään. Aineisto analysoitiin t-testillä, χ^2 -testillä, Spearmanin korrelaatiokertoimilla ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 1 ja 7
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

AVH:n tai TIA:n sairastaneista 59,0 % (n = 102) ei osannut nimetä yhtään AVH:n hoitovaihtoehtoa, 14,5 % (n = 25) mainitsi verenohennushoidon ja 6,9 % (n = 12) mainitsi laskimonsisäisen liuotushoidon (trombolyysi) mahdollisena hoitona. Vähintään yhden asianmukaisen hoitovaihtoehdon nimenneet olivat nuorempia (mean 59,5 v; SD 13,1 vs. 70,6 v; SD 12,9; p < 0,001) ja koulutetumpia (korkeampi koulutustaso 58,5 % vs. 41,5 %; p < 0,001).

AVH:n riskitekijöistä useimmin mainittiin tupakointi (26,6 %; n = 46/173), kohonnut verenpaine (21,4 %; n = 37/173) ja ylipaino (12,1 %; n = 21/173). Osa vastaajista nimesi riskitekijöiksi myös alkoholin liikakäytön (11,6 %), diabeteksen (8,7 %), epäterveellisen ruokavalion (8,1 %), sydänsairauden (7,5 %), vähäisen liikunnan (7,5 %), sukurasitteen (6,9 %) ja keuhkohtaumataudin (3,5 %). Kukaan osallistujista ei maininnut riskitekijäksi korkeaa ikää, miessukupuolta tai aikaisempaa AVH:ta.

Tyypillisistä oireista useimmin tunnettiin raajojen heikkous (60,7 %; n = 105/173), puhevaikeudet (50,3 %; n = 87/173) ja kasvohalvaus (32,4 %; n = 56/173).

Norjalaisessa prospektiivisessä poikkileikkaustutkimuksessa⁵ selvitettiin AVH:n ja ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (TIA) sairastaneiden potilaiden tietoja AVH:n riskitekijöistä, oireista ja hoitovaihtoehdoista. Tutkimukseen osallistui Norjan Akershusin yliopistollisen sairaalan neurologian osastolle vuoden (2009–2010) aikana peräkkäiset hoitoon tulleet akuutin aivoinfarktin (n = 120, 69,4 %), aivoverenvuodon (n = 7, 4,0 %) tai TIA:n (n = 46, 26,6 %) ensi kertaa sairastaneet potilaat (n = 173, keski-ikä 68 vuotta). Osallistujat vastasivat kahteen suljettuun (kyllä/ei) ja kolmeen avoimeen kysymykseen. Suljetut kysymykset koskivat käsityksiä AVH:n vakavuudesta ja ajan tärkeydestä sairauden hoidon kannalta. Avoimissa kysymyksissä pyydettiin listaamaan AVH:n riskitekijöitä, oireita ja hoitovaihtoehtoja. Aineisto analysoitiin kuvailevilla tiedoilla, χ^2 -testillä, Fisherin tarkalla testillä ja Mann–Whitney U -testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 1 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kysely toteutettiin 72 tuntia sairaalaan saapumisen jälkeen.

Sairaalaan joutumisen hetkellä AVH:n sairastaneet tarvitsivat tietoa AVH:n syistä ja halusivat myös tietää sairauden selkeän ennusteen. Sairauden syyn ymmärtäminen auttoi heitä kehittämään selviytymisstrategioita ja jatkamaan elämäänsä eteenpäin.

Tšekkiläisessä laadullisessa tutkimuksessa⁶ tarkasteltiin työikäisten aikuisten (n = 9) kokemuksia ja ajatuksia 12–24 kuukautta ensimmäisen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla ja analysoitiin tulkinnallisella fenomenologisella analyysillä (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA). Osallistujien ikä oli 41–50 vuotta, heistä 44 % (n = 4) oli naisia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 3 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä**Kommentti:** Osallistujina oli vain työikäisiä aivoinfarktipotilaita.

AVH:n sairastaneet toivoivat yksilöllistä tietoa AVH:n syistä, oireista ja seurauksista sekä hoitopäätöksistä, ennusteesta ja jatkohoidosta. Tieto auttoi heitä ymmärtämään, mitä odottaa ja mihin valmistautua toipumisen kaikissa vaiheissa.

Alankomaalaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁷ tarkasteltiin AVH:n sairastaneiden aikuisten (n = 36) arvoja, tarpeita ja toiveita hoitoprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen aineisto kerättiin puhelimitse puolistrukturoidulla yksilöhaastattelulla ja analysoitiin aineistolähtöisellä teematisella analyysillä. Osallistuneista 28 %:lla (n = 10) oli AVH:stä aikaa 6–12 kuukautta ja 72 %:lla (n = 24) 12–18 kuukautta, ja osallistuneista 42 % (n = 15) oli naisia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/10, puutteet kriteereissä 1, 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kerro AVH:n sairastaneelle saatavilla olevista palveluista, sillä

➤ **AVH:n sairastaneella saattaa olla tiedontarpeita saatavilla olevista terveydenhuollon palveluista ja muista tukipalveluista. (C)**

AVH:n sairastaneilla ja/tai heidän hoitoonsa osallistuneilla läheisillä oli tiedontarpeita liittyen paikallisiin tukipalveluihin.

Järjestelmällisessä katsauksessa¹ (n = 21 tutkimusta) kuvattiin AVH:n sairastaneiden ja heidän hoitoonsa osallistuneiden läheisten (n = 1 778, joista 1 029 oli potilaita) ohjauksen tarpeita. Tutkimusten menetelmällisen heterogeenisyyden takia katsauksen tulokset esitettiin narratiivisessa muodossa. Määrällisten tutkimusten (n = 14) aineistonkeruumenetelminä oli käytetty kyselylomakkeita. Laadullisten tutkimusten (n = 5) aineistot oli kerätty yksilö- tai ryhmähaastatteluin. Monimenetelmätutkimuksista (n = 2) toisessa oli käytetty kyselylomakkeiden lisäksi haastattelua ja toisessa aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Tutkimukset oli tehty Isossa-Britanniassa (n = 6), Yhdysvalloissa (n = 4), Australiassa (n = 3), Hollannissa (n = 3), Etelä-Koreassa (n = 2), Saksassa (n = 1), Hongkongissa (n = 1) ja Uudessa-Seelannissa (n = 1).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Viisi tutkimusta kuvasi AVH:n sairastaneiden tiedon ja ohjauksen tarpeita. Seitsemässä tutkimuksessa oli tutkittu sekä AVH:n sairastaneiden, että hoitoon osallistuvien läheisten tiedon ja ohjauksen tarpeita. Yhdeksän tutkimusta tarkasteli vain läheisten tiedon ja ohjauksen tarpeita. Kahdessa tutkimuksessa oli mukana myös terveysalan ammattilaisia. Tulos perustuu neljään tutkimukseen.

AVH:n sairastaneet kokivat, että heillä oli puutteelliset tiedot siitä, miten saada yhteys terveydenhuollon ammattilaisiin ja vertaistukihenkilöihin.

Järjestelmällisessä katsauksessa ja metasyntheseissä² (n = 24 tutkimusta) kuvattiin AVH:n sairastaneiden palvelujen turvin asuvien aikuisten (n = 378) tyydyttämättä jääneitä tarpeita heidän näkökulmastaan. AVH:n sairastaneet olivat kotiutuneet sairaalasta 0,5 kuukautta–24 vuotta aiemmin. Aineisto perustuu laadullisiin (n = 21) ja monimenetelmätutkimuksiin (n = 3), joissa oli käytetty aineistonkeruumenetelminä syvähaastattelua, fokusryhmähaastattelua, puolistrukturoitua haastattelua sekä lomakehaastattelua. Analyysimenetelminä oli käytetty viitekehysanalyysiä (n = 5), fenomenologista lähestymistapaa (n = 4), hermeneuttis-fenomenologista analyysiä (n = 1), teemoittelua (n = 5), grounded teoriaa (n = 4), sisällön analyysiä (n = 3) ja kuvailevaa analyysiä (n = 1). Mukana oli tutkimuksia Isosta-Britanniasta (n = 5), Australiasta (n = 4), Ruotsista (n = 4), Yhdysvalloista (n = 3), Kanadasta (n = 3), Norjasta (n = 2), Malesiasta (n = 1), Italiasta (n = 1) ja Islannista (n = 1).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Käytä ohjauksessa aktiivisia ohjausmenetelmiä ja varmista, että AVH:n sairastanut on ymmärtänyt ohjauksen sisällön, sillä

- **aktiivisella ohjauksella on ilmeisesti yhteys AVH:n sairastaneiden tietämykseen sairaudestaan, ahdistuksen ja masennuksen kokemukseen sekä elämänlaatuun. (B)**

Aktiivinen tiedon tarjoaminen parantaa AVH:n sairastaneiden tietämystä sairaudesta (SMD 0,41; 95 % CI 0,17–0,65; 3 tutkimusta, n = 275), saattaa vähentää hieman ahdistus- ja masennustapauksia (ahdistus: RR 0,85; 95 % CI 0,68–1,06; 5 tutkimusta, n = 1 132; masennus: RR 0,83; 95 % CI 0,68–1,01; 6 tutkimusta, n = 1 315), saattaa vähentää hieman ahdistusta (HADS: MD -0,73; 95 % CI -1,10–0,36; 6 tutkimusta, n = 1 171), todennäköisesti vähentää hieman masennusta (HADS: MD (muunnettu SMD:stä) -0,8; 95 % CI -1,27–0,34; 8 tutkimusta, n = 1 405 kohtalaisen varma näyttö), ja saattaa parantaa elämänlaadun eri osa-alueita (WHOQOL-BREF: fyysinen: MD 11,5; 95 % CI 7,81–15,27; psykologinen: MD 11,8; 95 % CI 7,29–16,29; sosiaalinen: MD 5,8; 95 % CI 0,84–10,84; elinympäristö: MD 7,0; 95 % CI 3,00–10,94; 1 tutkimus, n = 60).

Passiivinen tiedon tarjoaminen saattaa lievästi nostaa HADS-ahdistus- ja masennuspisteitä (ahdistus: MD 0,67; 95 % CI -0,37–1,71; masennus: MD 0,39; 95 % CI -0,61–1,38; 3 tutkimusta, n = 227), mutta tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä. Tutkimusnäyttö passiivisen tiedon antamisen yhteydestä aivohalvaukseen liittyvään tietämykseen, elämänlaatuun sekä ahdistuksen ja masennuksen esiintyvyyteen oli hyvin epävarmaa.

Järjestelmällisessä katsauksessa ja meta-analyysissä⁸ (n = 42 RCT, n = 8 245 tutkittavaa) tarkasteltiin, millaista tietoa AVH:n sairastanut tarvitsee aivoverenkiertohäiriön jälkeen, sekä millä tavoin lisätietoa annetaan ja mikä merkitys tiedonantotavalla on AVH:n sairastaneelle ja hänen omaishoitajilleen. Interventioina verrattiin erilaisia tiedonannon muotoja, kuten yksilöllistä, kirjallista, audiovisuaalista ja ryhmämuo-

toista ohjausta, sekä tavanomaiseen hoitoon tai tavanomaisesti annettuun informaatioon. Interventioita oli useita: monipuolista tietoa antavat ohjelmat, omahoitoon ohjaavat ohjausmallit, digitaalinen viestintä, kirjalliset materiaalit ja henkilökohtainen ohjaus. Interventiot jaettiin kahteen ryhmään: aktiiviseen ja passiiviseen tiedon tarjoamiseen. Aktiivisessa tiedon tarjoamisessa osallistujille annettiin tietoa, jonka jälkeen pyrittiin varmistamaan, että he ymmärsivät sen hyvin, ja sovittiin suunnitelma tiedon selventämiseksi ja vahvistamiseksi myöhemmin. Passiivisessa tiedon tarjoamisessa tieto annettiin vain kerran ilman järjestelmällistä seuranta- tai vahvistusta. Tiedon määrää AVH:sta arvioitiin monivalintakyselyillä, ahdistusta Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) -mittarilla (asteikko 0–21), Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A) mittarilla (asteikko 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa selvästi kohonneutta ahdistuneisuutta), masennusta Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression (HADS-D) -mittarilla (asteikko 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa selvästi kohonneutta ahdistuneisuutta), hyvinvointia Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing (WEMWBS) -mittarilla (asteikko 14–70, jossa 70 kuvaa parempaa hyvinvoinnin tasoa), elämänlaatua EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) -mittarilla (asteikko 0–1), tyytyväisyyttä saatuun tietoon Satisfaction with Life (SWLS) -mittarilla (asteikko 5–35, jossa 35 kuvaa korkeinta tyytyväisyyttä). Alkuperäistutkimukset oli julkaistu vuosina 1988–2019 ja ne toteutettiin monikansallisesti, pääosin Euroopassa, Pohjois-Amerikassa, Australiassa ja Aasiassa.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 11/11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tutkijat toteavat, että vaikka paras tapa tiedon tarjoamiseen on yhä epäselvä, näyttö tukee paremmin sellaisia strategioita, joissa aivohalvauksen saaneet ja heidän omaisensa otetaan aktiivisesti mukaan ja joissa tiedonantoa täydennetään suunnitellulla seurannalla ja asioiden kertaamisella.

Lähteet

1. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, et al. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling* 2011; 85: 14-25. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.046.
2. Guo Y, Zhang Z, Lin B, et al. The unmet needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18: 2140-2218. DOI: 10.3390/ijerph18042140.
3. Harfoush A, Chatterjee K, Deery E, et al. Exploring different stroke populations' information needs: a cross-sectional study in England. *Archives of Public Health* 2024; 82: 63-66. DOI: 10.1186/s13690-024-01289-2.
4. Sloma A, Backlund LG, Streder L-E, et al. Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: a questionnaire study. *BMC Family Practice* 2010; 11: 47. DOI: 10.1186/1471-2296-11-47.
5. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, et al. Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Vascular Health and Risk Management* 2018; 14: 37-40. DOI: 10.2147/VHRM.S152173.

6. Šaňáková Š, Gurková E, Štureková L, et al. How to return? experiences of patients in working age after first Ischaemic stroke: an interpretative phenomenological analysis of patientacute accents perspective at 12-24 months post-stroke. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2024; 19: 2398249. DOI: 10.1080/17482631.2024.2398249.
7. Bally ELS, Cheng D, van Grieken A, et al. A qualitative study of the values, needs, and preferences of patients regarding stroke care: the ValueCare study. *International Journal of Integrated Care* 2023; 23: 2. DOI: 10.5334/ijic.6997.
8. Crocker TF, Brown L, Lam N, et al. Information provision for stroke survivors and their carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021; 2023: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub4.