

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2013:18

Ett genusperspektiv på symtom och upplevelser som leder  
till att patienter söker vård vid misstanke om stroke –  
Delstudie i Hjärnvägen 2

Tomas Hermansson  
Stefan Sjöberg



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## **Förord**

### **Som en blixtn från en klar himmel**

**Bo Gustaf Swebilius:**

*Hur annorlunda mitt liv skulle varit idag om jag vetat, vad jag idag vet...men...hade jag velat veta...hade jag ändrat min väg? En tillräckligt bra person med tillräckligt bra liv är mitt mål idag, där kan jag dela mina erfarenheter med den som vill lyssna. Det viktigaste är att lyssna, att ge åt andra förmånen att bli respekterade för det han eller hon är/och eller...vill bli. Jag är tacksam för livet här och nu, vad som kommer sedan bekymrar mig i obetydlig grad...*

(Jönsson 2012 s. 16).

Tomas Hermansson och Stefan Sjöberg vill tacka våra handledare för att vi fick förtroende och vara med i er studie och studera patienters symtom och upplevelser av att insjukna i stroke. Vårt hjärtligaste tack till handledare professor Johan Herlitz och filosofie doktor Birgitta Wireklint Sundström för all hjälp med handledning.

Uppsatsens titel: Ett genusperspektiv på symtom och upplevelser som leder till att patienter söker vård vid misstanke om stroke – Delstudie i Hjärnvägen 2

Författare: Tomas Hermansson och Stefan Sjöberg

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård

Handledare: Johan Herlitz och Birgitta Wireklint Sundström

Examinator: Anders Jonsson

## Sammanfattning

I Sverige betraktas stroke som en folksjukdom och är den tredje vanligaste orsaken till funktionshinder och för tidig död efter cancer och hjärtinfarkt. Personer som insjuknar i stroke har goda chanser att tillfriskna om de kommer in till sjukhus, dock är tidsfördröjningen den största faktorn för att få en adekvat behandling. Studiens syfte var att ur ett genusperspektiv beskriva symtom och upplevelser som leder till att patienten söka vård vid misstanke om stroke. Det är en kvantitativ studie som redovisar en patientenkät med fasta svarsalternativ. Patienterna ingick i det övergripande projektet Hjärnvägen 2. Det var 493 patienter som samtyckte till att delta i denna delstudie. Resultatet visar att endast 28 % upplevde någon form av förvarning. Det vanligaste symtomet var övergående svaghet i arm eller ben (42 %) av de som angav förvarningssymtom. Symtomen på stroke karaktäriserades som ”obehagliga”, ”oroande” och ”tröttande”. Inte mindre än 59 % trodde själva att de fått stroke. Den vanligaste orsaken till detta var att man kände någon som haft stroke. Den vanligaste anledningen till att uppsöka vård var ”när min familj uppmanat till det” följt av ”omedelbart efter de första symtomen”. Den sistnämnda var vanligast bland män. Det vanligaste var att patienten blev ”uppmanad av make/maka”. Detta var dubbelt så vanligt bland manliga patienter. Därefter kom ”blev uppmanad av mitt, mina barn”, vilket var två gånger så vanligt bland kvinnliga patienter med stroke. En tredjedel angav att de fattade beslut att söka sjukvård inom 15 min och lika många väntade mer än fyra timmar. Kvinnorna fattade sitt beslut senare än männen. Slutsatsen är att insjuknandet i stroke skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnorna upplever mer domningar/känselfall än männen. Det förefaller även som att kvinnorna oftare insjuknar på eftermiddagen än männen. Kvinnorna sökte vård ”när inte symtomen ville gå över” medan männen sökte vård ”när strokesymtomen var av allvarlig karaktär”. Männen sökte vård ”när de blev uppmanad av att söka vård”. Kvinnorna sökte vård ”när barnen, vänner och släktingar uppmanade dem till att söka vård”. Resultatet understryker de närståendes betydelse för att påskynda tiden till vård och behandling.

Nyckelord: Akut stroke, Söka vård, Prehospital försening, Patientperspektiv, Stroke erfarenheter, Tid är hjärna, Genusperspektiv.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Stroke är en folksjukdom	1
Hjärnblödning och hjärninfarkt	1
Insjuknande i stroke	2
Strokebedömning i ambulanssjukvården.	3
Diagnos och behandling	4
Avvaktar med att söka vård	5
Strokekampanjer för att rädda liv	6
Hälsa och livslidande	7
Patienters upplevelser av att leva med stroke	8
De närståendes upplevelser	9
Genusperspektiv	11
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>12</b>
<b>SYFTE</b>	<b>13</b>
<b>METOD</b>	<b>13</b>
Kvantitativ studie	13
Hjärnvägen 2	13
Inklusionskriterier Hjärnvägen 2	13
Urval	14
Forskningsetiska övervägningar	14
Datainsamling	14
Dataanalys	15
<b>RESULTAT</b>	<b>16</b>
Förvarning innan stroke	16
Symtom som gjorde att sjukvård söktes	17
Upplevelse av symtom	18
Trodde att symtomen berodde på stroke?	19
När uppstod det första symtomen som gjorde att du sökte vård?	20
När slog tanken dig att söka sjukvård?	21
Vad fick dig att fatta beslut att söka sjukvård?	22
Om uppmanad av någon, i så fall vem?	23
Hur länge hade du känt symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård	24

<b>DISKUSSION</b>	<b>25</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>25</b>
Validitet	25
Reliabilitet	25
Generaliserbarhet	26
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>26</b>
Förvarning innan stroke och genusperspektiv	26
Symtom som gjorde att sjukvård söktes	26
Upplevelse av symtom	27
När uppstod det första symtomen som gjorde att du sökte vård?	27
När slog tanken dig att söka sjukvård?	28
Hur länge hade du känt symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård?	28
<b>SLUTSATSER</b>	<b>29</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>30</b>

## **BILAGOR**

### **Bilaga 1**

### **Forskningspersonsinformation**

### **Bilaga 2.**

### **Patientenkät strokevården i Västra Götalansregionen**

# INLEDNING

Många gånger har vi som sjuksköterskor inom ambulanssjukvård vårdat människor som drabbats av stroke eller befunnit oss i bedömningsituationer där vi haft misstanke om stroke. Utifrån dessa erfarenheter har vi reflekterat över att dessa patienter inte tycks ringa larmcentralen tillräckligt skyndsamt. Vi har även noterat motsvarande fördröjning då vi hämtar patienter med strokemisstanke på vårdcentraler och kommunala äldreboenden. Vårdpersonalen kan dröja flera timmar med att larma ambulans trots att stroke kan medföra livslångt lidande samt stora förändringar i människornas liv. Det förefaller som att kunskapen om att tiden är en avgörande faktor för den som drabbats av stroke tycks inte finnas hos varken patienter, anhöriga eller vårdpersonal. Därför vill vi undersöka hur människor upplever att insjukna i stroke.

## BAKGRUND

### Stroke är en folksjukdom

Stroke är vanligt förekommande i hela världen, cirka 22 miljoner människor drabbas av stroke varje år (Sandercock, 2012; Moser, Kimble, Alberts, Alonzo, Croft, Dracup, Evenson, Go, Hand, Kothari, Mensah, Morris, Pancioli, Riegel, & Zerwic, 2006a). De redovisar vidare att i USA drabbas ca 700 000 människor årligen av stroke, ca 167 000 av dem dör eller får bestående men på grund av försenad ankomst till sjukhuset.

I Sverige betraktas stroke som en folksjukdom och är den tredje vanligaste orsaken till funktionshinder och för tidig död efter cancer och hjärtinfarkt (Stegamy & Asplund, 2003). Det innebär att var 17:e minut drabbas någon av stroke (Strokekampanjen 2012a), vilket motsvarar att ca 20 000-30 000 personer insjuknar varje år. Att återinsjukna i stroke drabbar ca 5 000-10 000 personer (Jönsson, 2012).

Bendz (2003) påvisar att 20 % av de som fått stroke är yngre än 65 år. Även Stegamy och Asplund (2003) anger att en femtedel av de stokedrabbade är under 65 år och redovisar vidare att medelåldern för insjuknandet är 73 år för män och 77 år för kvinnorna. Risken att insjukna i stroke är ca 40 procent högre hos män än hos kvinnorna enligt Stegamy och Asplund (2003). Stroke står för flest vård dagar på sjukhus och samhällskostnaderna beräknas till cirka 16 miljarder kronor per år (Hjärt- och lungfonden, 2012).

### Hjärnblödning och hjärninfarkt

Hjärnan är det organ som är känsligast för syrebrist och får sin blodförsörjning genom två främre och två bakre halspulsådror, som benämns arteria carotis och arteria

vertebralis. Stroke eller slaganfall är ett samlingsnamn som ger plötsliga symtom och som uppstår på grund av hämmad syretillförsel till vissa delar av hjärnan (Zimmermann, 2012). Vid stroke förlorar patienter i genomsnitt 1.9 miljoner hjärnceller, 12 kilometer myeliniserade fibrer och 14 miljarder synapser varje minut som behandlingen fördröjs Saver (2006).

Hjärninfarkt svarar för 85 procent och orsakas av en propp i hjärnan som medför ischemi i det skadade området. Hjärnblödning svarar för 10 procent och beror på att ett av kärlen brister som då orsakar intracerebralblödning eller hjärnblödning. Resterande 5 procent består av subaraknoidala blödningar (Donnan, Fisher, Macleod & Davis, 2008). Subduralblödningar är en blödning under hårda hjärnhinnan som ofta orsakas av ett trauma mot huvudet, vilket enligt (Jönsson, 2012) inte är ett tillstånd som räknas som stroke.

Hjärninfarkten delas in i olika grupper beroende på blodproppens uppkomst. Embolisk propp – stoppet orsakas av åderförfettning som finns på insidan av kärilväggen i halspulsåderna (karotisstenos). En annan orsak är att en blodpropp bildats i hjärtat och att proppen följer med blodströmmen som fastnar i hjärnan. Trombotisk propp – orsakas av åderförfettning i hjärnans kärl (Vårdguiden.se).

Transitorisk ischemisk attack (TIA) beror ofta på en tillfällig syrebrist i hjärnan. TIA-symtomen är densamma som vid hjärninfarkt (Westerby, 2011). Strokesymtomen kan uppstå och sedan gå över inom 24 timmar. TIA attackerna beror på små blodproppar som snabbt upplöses. Oavsett vad orsaken är leder detta tillstånd till ischemi i hjärnan skriver Jönsson (2012).

Tiden är mycket dyrbar och det krävs ofta snabba insatser för att kunna minimera de hjärnskador som uppstått och öka möjligheterna för bättre återhämtning (Hjelmblink, Holmström & Kjeldmand, 2010). Vid misstanke om stroke bör patienten hastigt transporteras till närmaste sjukhus med strokeenhet (Mosley, Nicol, Donnan, Patrick, Kerr & Dewey, 2007b). Patienter med ischemisk stroke kräver en snabb medicinsk behandling med CT för att utesluta en blödning (Salottolo, Fanale, Leonard, Frei, Bar-Eller & 2011). Försenad ankomst till sjukhuset är ett av de största hindren för att genomgå en trombolytisk behandling för patienten som har en ischemisk stroke (Kim, Park, Bae, Cho, A. Cho, Y. Han, Heo, Kang, Kim, D. Kim, H. Kim, G. Kwon, S. Kwon, H. Lee, B.C. Lee, K.B. Lee, S.H. Lee, S.H., Lee, Y.S. Nam, Oh, Park, Rha, Yu, & Yoon, 2011).

## **Insjuknande i stroke**

Stroke kommer ofta ”som en blixtnad från en klarblå himmel” och skall betraktas som ett kritiskt tillstånd. Det är ett oväntat insjuknande och vanligtvis utan några

varningstecken. De vanligaste symtomen är kroppsliga funktionshinder i form av pareser i armar eller ben. Talsvårigheter samt domningar i ansiktet är också vanliga symtom (Donnan et al. 2008; Herlitz, Wireklint Sundström, Bång, Berglund, Svensson & Blomstrand, 2010). Symtomen kan variera beroende var proppen/blödningen sitter samt svårighetsgraden. Det är även vanligt att patienterna får kognitiva problem skriver Donnan et al. (2008). Kognitiv funktionsnedsättning kan innebära sämre minnesförmåga, svårt att ta egna initiativ samt svårigheter att kommunicera. Studier av (Frankel, Hinchey, Schwamm, Wall, Rose, George, Mc Gruder & Liban, 2007) visar att den drabbade inte själv har förmågan att kunna kalla på hjälp, vilket påverkar fördröjningen till vård och behandling. Patienter som åker in med ambulans förkortar den prehospitala förseningen till sjukhuset i jämförelse med att de istället skulle åka in själva, också tiden mellan akutmottagning och röntgen reducerades kraftigt.

Olofsson, Andersson och Carlberg (2005) skriver att en del av patienterna som fick en stroke sökte direkt sjukvården medans en del andra avvaktade ett par dagar innan de sökte vård, en patient berättade om två sjukhusbesök som han gjort innan rätt diagnos kunde fastställas.

Vid insjuknandet i stroke kan patienter uppleva orättvisa och meningslöshet då sjukdomen oftast ödelägger människans liv (Frankel et al., 2007). Även Erikson, Park och Thams (2010) beskriver att de drabbade inte längre kunde bestämma saker och ting själva utan var beroende av andra som kunde ta beslut åt dem. En annan upplevelse var att en slags inre stress infann sig efter insjuknandet i stroke. Det framkommer att det inte enbart är patienten som får en livsförändring utan denna process genomlider hela familjen. Svenaeus (2003) skriver att sjukdomar förändrar människans liv och livssituation.

### **Strokebedömning i ambulanssjukvården.**

När ambulanssjukskötarskan kommer till patienten genomförs en snabb bedömning av patienten med misstänkt stroke. Syftet med den första bedömningen är att bedöma tidigare sjukdomar och utesluta andra sjukdomar än stroke. Andra möjliga sjukdomar kan vara diabetes, hjärtsjukdom och högt blodtryck som sammankopplas med ökad risk för insjuknade i stroke. Bedömning syftar vidare till att få kunskap om bakomliggande orsaker samt bedömning av medvetandegrad, allmäntillstånd och tidpunkten för symtomdebuten (Wikström, 2012).

Medvetandegraden mäts och skattas med olika skattningsskalor (RLS, och GCS). RLS-85 "Reaction level scale" är den vanligaste utav skattningsskalorna i svensk ambulanssjukvård och beskriver medvetandegraden i åtta steg. Glasgow Coma Scale är en internationell bedömningsskala och uppbyggd på poäng mellan 3 (djup medvetlöshet) och 15 poäng (vaken) (Ängslycke, 2013).



Vid misstanke på att patienten är en trombolyskandidat och behandlingen kan påbörjas inom 4,5 timmar efterföljs en checklista som är framtagen med olika strokekriterier. Kriterierna kan skilja mellan olika landsting. När patienten är på väg till sjukhuset larmar ambulanspersonalen direkt till akutmottagning eller strokenheten beroende på riktlinjerna. Ambulanssjuksköterskan rapporterar vad som hänt och går igenom en checklista som är framtagen speciellt för strokeinsjuknade enligt METTS/RETTS (Widegren & Jourak 2008; Västra Götalandsregionen, 2012).

När ambulanssjuksköterskan larmar till sjukhuset startar mottagande sjuksköterska ett strokealarm som benämns "Rädda hjärnan larm" (trombolyslarm) alternativt "Hjärnvägen" (Jönsson, 2012). "Rädda hjärnan" och "Hjärnvägen" är snabbspår för att komma ifrån de väntetider som kan uppkomma på akutmottagningen. Vid strokeinsjuknade transporteras patienten direkt till röntgen där medicinläkare och en radiolog granskar bilderna tillsammans för att bedöma infarktens omfattande och utesluta eventuell blödning. "Hjärnvägen" är till för de patienterna som inte är aktuella för trombolys. Om patienterna inte uppfyller inklusionskriterier på trombolyslarm transporteras patienten till strokeavdelningen för direktinläggning och en snabbare handläggning (Sahlgrenska, 2012).

## **Diagnos och behandling**

För att fastställa diagnosen på en patient med strokesymtom används datortomografi. Undersökningen tar mellan 5-20 minuter att genomföra och medför varken några risker eller obehag för patienterna (Datortomografi -1177, 2012).

Trombolysbehandling bedöms vara en effektiv behandling för akut ischemisk stroke om patienten behandlas inom tre timmar (Cronin, Weisman & Linas, 2008; Mosley et al. 2007b). Det är en relativt ny behandlingsmetod. I USA godkändes läkemedlet i juni 1995 (Ly, Arakawa, Ma & Donnan, 2007). Tiden från symtom till behandlingsstart är avgörande för om trombolys kan användas eller inte. I det akuta skedet syftar behandlingen till att begränsa hjärninfarktens utbredning.

Socialstyrelsens riktlinjer (2009) och Mackintosh et. al (2012) rekommenderar att behandlingen bör ske senast fyra och en halv timme efter insjuknande, för att minska riskerna och på så sätt minimera patientens lidande. Allra bäst resultat uppnås då behandlingen startar inom 1 ½ - 3 timmar efter insjuknandet (Hjelmbrink et al., 2010). Mediantiden för att kontakta sjukvården var mellan 3 och 6 timmar enligt Mosley et al. (2007b).

Åldersgruppen som behandlas med trombolys är 18-80 år. Efter noggrann undersökning och handläggning kan även patienter över 80 år behandlas. Det finns både nackdelar och

fördelar med behandlingen. En nackdel är att intracerebrala blödningar kan uppstå som kan orsaka invaliditet och i värsta fall att patienten avlider, enligt Cronin et al. (2008). Men de anger även det är vetenskapligt bevisat att vinsterna med tidig trombolys överväger riskerna.

Inrättande av strokeenheter, tidig diagnos och snabba transporter är avgörande för att uppnå bästa möjliga resultat (Wojner-Alexandrov, Alexandrov, Rodriquez, Persse & Grotta, 2005). Socialstyrelsens (2009) riktlinjer föreskriver att personer som insjuknat i stroke ska vårdas på strokeenheter oavsett ålder och kön. Vinsten med att vårdas på strokeenheter minskar dödligheten och ger bättre chans till tillfrisknande efter behandlingen (Mosley et al. 2007b).

Ett pågående projekt på Chalmers i Göteborg för att minimera tidsfördröjningen till sjukhus, syftar till att utarbeta och testa en prehospital diagnostik i form av en ”strokehjälm”, en så kallad ”strokefinder”. Det är mikrovågsteknik med tio antenner som fungerar som en mottagare och sändare. (<http://www.medfielddiagnostics.com/applications/>).

### **Avvaktar med att söka vård**

En studie (Walter, Kostopoulos, Haass, Keller, Lesmeister, Schlechtrimen, Roth, Papanagiotou, Grunwald, Schumacher, Helwig, Viera, Körner, Alexandrou, Yilmaz, Ziegler, Schmidt, Dabew, Kubulus, Liu, Volk, Kronfeld, Ruckers, Bertsch, Reith & Fassbender, 2012) påvisade att mindre än 15-40 procent av patienterna kom i tid till sjukhuset. I en observationsstudie (Kurz, Kurz & Farbu, 2013) framkom att mediantiden från symtom till ankomst till sjukhuset var sju timmar och tolv minuter då patienten kontaktade sin egen läkare, jämfört med två timmar och tre minuter när direktkontakt togs med akutsjukvården.

En del av patienterna hade dåliga erfarenheter av sjukvården och andra var bekymrade över att ta upp onödig tid för ambulanspersonalen (Jones, Dickinson, Ford, Gibson, Leathley, McAdam, Mcloughlin, Quinn & Watkins, 2012). Många av patienterna var övertygade om att de var tvingade att ringa sin husläkare först innan man larmade på ambulans. Det påvisades att tidsfördröjningen var signifikant längre på grund av att kontakt först togs med husläkaren. Patienterna ville ha rådgivning innan de ringer till akutsjukvården. Mackintosh, Murtagh, Rodgers, Thomson, Ford och White (2012) skriver att patienterna hade en rädsla för följderna av att drabbats av stroke, vilket påvisar att patienterna tenderar att vänta med att kontakta akutsjukvården.

Faktorer som kan påverka att patienten väntar med att söka akutsjukvård är hög ålder, låg utbildningsnivå, låg social status, samt mörkhyade och kvinnliga patienter väntar längre än ljushyade och manliga patienter (Moser et al. (2006). Även Reeves (2012) har påvisat att det finns kulturella orsaker till avvaktan med att söka vård mer än 3 timmar

och att ensamstående dröjer längre än icke ensamstående. Att leva ensam är en orsak till prehospital fördröjning redovisas även i andra studier (Mosley, Nicol, Donnan, Patrick och Dewey 2007a; Moser, Kimble, Alberts, Alonzo, Croft, Dracup, Evenson, Hand, Kothari, Mensah, Morris, Pancioli, Riegel, Zerwic 2006).

I Moser et al. (2006a) styrks även att det finns fler orsaker som påverkar patientens fördröjning och kontakt med sjukvården. Känslor av skam och ovilja till att vara till besvär. Särskilt jobbigt är det att under helgerna ringa och besvära, som gör att det tar längre tid att komma till vård. Även förnekande återkommer hos patienterna och detta i sin tur kan vara en bidragande faktor till att det tar längre tid att komma under vård.

I studien av Mackintosh et al. (2012) redovisas att patienterna har olika argument för att vänta med att ringa till akutsjukvården. En situationsanpassad faktor är var personen befinner sig när symtomen debuterar, enligt Moser et al. (2006a), Närmare en tre fjärdedelar av patienterna var hemma vid symtomdebuten, vilket är en bidragande orsak till att det blir en fördröjning till sjukhuset. Aktivitetsnivå vid symtomdebuten är en annan situationsanpassad faktor, om patienter sover eller vilar när symtomen debuterar.

Dålig kunskap om insjuknandet i stroke och viljan att stanna hemma och se om symtomen går över påvisas också som tänkbara orsaker till fördröjningen, enligt Moser et al. (2006b). Den främsta orsaken till försening var att patienten inte ville acceptera insjuknandet i stroke samt vissa utav symtomen vid insjuknandet gör att patienten inte kan kalla på hjälp. Stora fördröjningar påvisades när patienten drabbats av stroke under natten.

Mosley, Nicol, Donnan, Patrick och Dewey (2011) påvisar att flertalet av patienterna tog kontakt med en läkare, granne eller närstående person, oftast en släkting för rådfrågning. De ville på så sätt att släktingarna skulle ta ansvaret och kontakta sjukvården Mackintosh et al. (2012) Patienter som larmade i tid visade sig ha tidigare erfarenheter utav insjuknande i stroke. Det rapporterades även att om det fanns en familjemedlem eller släkting som insjuknat i stroke fanns det ett samband med tidig kontakt med akutsjukvården, det vill säga att det fanns kunskap om att tiden är avgörande.

## **Strokekampanjer för att rädda liv**

Kim et al. (2011) belyser att en god stroke medvetenhet hos befolkningen påverkar tiden till sjukhus. Allmänheten fick kunskap om att känna igen symtom på stroke och därigenom påskyndades behandlingsmöjligheten för patientgruppen. Det framkom att tiden för debut räknades när patienten vaknade, de menade att det är då den medicinska hjälpen kunde sökas.

För att korta ner söktiderna i Sverige har det pågått en strokekampanj som benämns "AKUT" med lovande resultat. Syftet med kampanjen är att lära alla Sveriges invånare att kunna identifiera strokesymtom och få mer kunskap om hur viktigt det är att ringa direkt till 112 när någon person insjuknar i stroke. Strokekampanjen resulterar i att allt fler personer får behandling med propplösande medel. Från att det legat på 9.2 procent har det ökat till 11.9 procent. Det motsvarar en ökning med 580 fler personer/år som kan få behandling i tid Strokekampanjen (2012b).

## Hälsa och livslidande

Dahlberg och Segesten (2010) skriver att människor söker vård när människans hälsa hotas. Människan drabbas av sjukdom någon gång under livets gång. En del människor drabbas hårdare än andra. Att drabbas av sjukdom innebär att hälsan påverkas och människans livskvalitet kan försämrans. World Health Organization (2013) definierar hälsan som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp. Dahlberg och Segesten fortsätter: *"Hälsa innebär att må bra och att vara i stånd till att genomföra det man anser vara av värde i livet, både i stort och smått"* (2010 s. 52).

Människor som insjuknar i sjukdom upplever både hälsa och lidande beroende på hur sjukdomen accepteras. Lidandet är därför något människan får uppleva någon gång i livet. Eriksson (1994) skriver att lidandet är personligt och unikt för varje enskild människa. Enligt Eriksson (1994 s.30) är lidandet, *"En kamp mellan det onda och det goda, mellan lidandet och lusten"*. Lidandet hör samman med det onda enligt den allmänna föreställningen. Motsatsen till lidandet anses vara lusten där strävan efter åtrån och det goda finns. Lidandet är inte detsamma som ångest men däremot kan människor som lider befinna sig i ett ångesttillstånd.

Enligt Eriksson (1994) beskriver tre olika lidande, sjukdomslidandet, vårdlidandet och livslidandet. Sjukdomslidandet hör samman med själva sjukdomen och dess behandling där smärta är en bidragande del, i samband med en kroppslig skada bör den behandlas och elimineras för att minska sjukdomslidandet. Vårdlidande en upplevelse av ett lidande i anslutning till själva vårdssituationen. Ett exempel på en vanligt förekommande form av vårdlidande är när en människas värdighet kränks och/eller hennes värde som människa. Slutligen hör livslidande samman med allt vad livet kan innebära, allt som har med livet att göra. Det invanda som är självklart slits plötsligt i spillror och därigenom står plötsligt människan inför ett lidande som berör hela livssituationen. *"Livslidandet är det lidande som är relaterat till allt vad det kan innebära att leva, att vara människa bland andra människor"* (Eriksson 1994, s. 93).

Wiklund (2003) beskriver att livslidandet berör hela människans existens, att den är unik för varje människa. Den blir mer påtaglig när människan drabbas av någon

sjukdom och kan ge en sämre möjlighet att tillfriskna då människan upplever att livet är värdelöst. För att en människa ska känna att livet är meningsfullt är det viktigt att man söker efter mening och sammanhang med livet.

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver hur mening och sammanhang kan påverka människans hälsa, återhämtning och hela individens existens. Vad som är meningsfullt är individuellt och kan betyda olika för olika människor. En människa som inte upplever sammanhang med livet kan inte heller känna hälsa.

Wiklund (2003) beskriver att inte vara älskad av någon är det största lidandet för människan, då människorna känner sig odugliga, värdelösa och känner sig skamsna. Skamkänslan gör att personerna drar sig undan och utestänger gemenskap med andra människor.

## **Patienters upplevelser av att leva med stroke**

Patienterna upplever strokeinsjuknandet olika beroende var skadan sitter. Zimmerman (2012) menar att språkkunskaper kan påverkas, svårigheter med att skriva och läsa samt känslomässig påverkan. Att drabbas av stroke innebär en ”katastrof” för individen, patienterna upplevde att de tappar bort sina liv och sin identitet oavsett om de är unga eller äldre. En annan studie (Santos, Caeiro, Ferro, Albuquerque & Figueira, 2006) redovisas att patienter som drabbas av stroke upplever ilska och frustration när de inte kan utföra aktiviteter som de kunde innan insjuknandet i stroke. Patienterna kunde även verbalt och fysiskt rikta sin ilska mot medmänniskor.

Gaete och Bogousslavsky (2008) skriver att cirka en tredjedel av de patienter som fått en stroke upplever en poststroke depression (PSD). Det framkommer att PSD förhindrar en rehabilitering och återhämtning samt både äventyrar livskvaliten och ökar patientens dödlighetsprognos.

En annan studie (Backe, Larsson & Fridlund, 1996) beskriver hur patienter upplever sin situation efter en stroke. Två huvudkategorier framträder i form av känslor av överklighet samt en medvetenhet om hur livet har förändrats. Detta leder i sin tur till ett stort trauma både fysiskt och psykiskt. Det framkommer att patienter med stroke börjar omvärdera sina liv och relativt snabbt eftersträvar andra sätt att återställa hälsan efter.

Bendz (2003) påvisar att prognosen för de yngre patienterna är ljusare i rehabiliteringen men prognosen är desto mörkare eftersom de är mitt uppe i livet med arbete och familjeförsörjning. Det framkom ett behov av att få veta exakt vad det var som orsakat stroke för att på så viss förhindra att det skulle hända igen. Handikapp, glömska och trötthet var några andra symtom som framkom och oro för att det skulle bli ett återfall fanns hela tiden. De upplevde även att de inte kunde kontrollera sina muskler, en del av

kroppsdelarna upplevdes stela och konstiga. Det uppstod en osäkerhet av att inte kunna ha förmågan att koncentrera sig och att minnet sviktade i jämförelse med innan sjukdomen. Trötthet var ett ständigt återkommande symptom. Även en ny sorts trötthet som gjorde att energin inte vill komma tillbaka, vilket i sin tur omöjliggjorde planering av dagen i samma utsträckning som innan strokeinsjuknandet. Dahlberg och Segesten (2010) skriver, att hälsan kan ha olika betydelse beroende vilka situationer människan befinner sig i.

Santo et al. (2006) såg i sin studie att ilska och aggressivitet är ett vanligt förekommande hos personer som drabbats av stroke. Ilska kunde yttra sig genom att personerna verbalt förolämpade någon eller med fysisk kontakt uttryckte sin ilska. Ilskan skapade ofta en stress för vårdgivaren och familjen.

## **De närståendes upplevelser**

När en person insjuknar i stroke berör det även de personer som finns omkring dem. Enligt Wallengren-Gustafsson (2009) definieras de som står den strokedrabbade närmast med lite olika benämningar såsom närstående, anhöriga, släktingar eller kort och gott familjemedlemmar. Stroke drabbar den enskilde individen men strokesituationen i sig drabbar alla runt omkring i lite olika företeelser. Detta kan bli ett psykiskt illabefinnande och visar sig som nedstämdhet och oro för den äkta hälften. Andra symptom som fysiskt illabefinnande visar sig som smärta, huvudvärk och aptitlöshet. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att de närstående kan vara en avgörande faktor för att patienten upplever välbefinnande och får tillbaka sin hälsa, men det kan även vara negativ inverkan för patienten.

En studie (Berg, Palomäki, Lönnqvist, Lehtihalmes & Kaste, 2005) fann att majoriteten av människor som drabbats av stroke fortsätter att bo hemma. Anhöriga behöver då hjälp med emotionellt stöd och hjälp med praktiska saker.

Makar som hade en anhörig som drabbades av svår stroke var ofta deprimerade. Det styrks i studierna (Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe & Warlow, 1998; Rochette, Bravo, Desrosiers, St-Cyr/Tribble & Bourget, 2007; Cameron, Cheung, Streiner, Coute & Stewart, 2006; Jönsson, 2012) som rapporterar att stroke medför långsiktiga konsekvenser för de strokedrabbade och deras anhöriga.

I ytterligare en studie (Forsberg-Wärleby, Möller & Blomstrand, 2004) kunde författarna se att vårdgivare (makar och makor) till personer som drabbats av stroke upplever psykiska känslor som nedstämdhet och ångest. Dennis et al. (1998) påvisade att kvinnorna som vårdade sina män hade en högre nivå av ångest än männen. Makarna blev ofta oroliga för hur stroke påverkar den dagliga aktiviteten samt vilka framtidsutsikter som finns för den drabbade. Oron för framtida vård och

svårighetsgraden av skadan ledde till att makarna blev deprimerade. Makar som hade en positiv inställning på framtiden upplevde att de hade bättre välbefinnande. Det finns andra faktorer som kan påverka välbefinnandet hos makarna om hon/han har tidigare erfarenheter av krissituationer och hur deras egen hälsa är, enligt Dennis et al. (1998).

Delaune och Brown (2001) menar på att familjer upplever problem när maka eller make drabbas av stroke. Problemen är känslomässiga och upplevs som att de blir isolerade, känner sig förtvivlade och besvikna. Stress kan uppstå när familjemedlemmar ständigt har kraven och ta hand om sin älskade man eller hustru. Även relationer mellan mannen och kvinnan kunde sluta med att de skiljde sig åt, det kunde bero på brist på empati, förlust av vänskap och nedsatt initiativförmåga. Det överensstämmer med Green och King (2007) som skriver att männen kan ha svårt att acceptera sin partners frihet och förlitar sig på att kvinnorna hjälper till med de vardagliga rutinerna. Många av kvinnorna känner att samhörigheten är ett hinder för att kunna göra egna planerade aktiviteter.

En annan studie av (Wallengren, Friberg & Segesten, 2008) redovisar att familjemedlemmar har problem med fysiska symtom som en följd av deras situation. Symtomen beskriver anhöriga som trötthet, hjärtklappning och rastlöshet. Författarna såg även att personerna hade emotionella upplevelser som frustration, skuld och panik.

Wallengren-Gustafssons (2009) avhandling utgår från de anhörigas perspektiv ”med särskild fokus på lärande” att öka förståelsen är målet för de anhöriga, att se den stora förändringen i patientens nya livssituation och att arbeta utefter detta perspektiv. Det framkom att redan under patientens sjukhusvistelse börjar de närstående med sitt hjälpande såsom att göra förflyttningar eller hjälpa sina anhöriga med att äta. Hjälpandet fortsätter även efter sjukhusvistelsen i hemmet men med ett minskat behov allteftersom tiden går.

En intressant iakttagelse som kom fram var att om makorna drabbades av en stroke tog makarna över deras vardagliga sysslor såsom tvätt, diskning och matlagning. Det blev tvärtom när den andra i äktenskapet drabbades av en stroke. En annan viktig sak som framkommer är att det är viktigt att familjemedlemmarna får det stöd som behövs. De kan få svårt att stötta och hjälpa varandra och det är då ett pedagogiskt stöd kan vara ett behov för de närstående. Även Jönsson (2012) skriver att det är viktigt att få uppskattning och känna sig behövd när man vårdar någon närståendes som insjuknat i stroke, det visar sig genom att de får en ökad självkänsla och ett bättre välbefinnande.

Resultatet i studien visar att det upplevs ett kaos kring de anhöriga till den drabbade strokemedlemmen i familjen, men att det dessutom blir en vändpunkt i livet för de anhöriga. Att vara närstående till den strokedrabbade familjemedlemmen innebär

samtidigt ett kämpande för den egna friheten samt att de närstående vill samla in mer relevant information om den drabbades sjukdom allt enligt studien.

Enligt Bäckström och Sundin (2009) visar studien på att de anhöriga till den strokedrabbade personen fick kämpa mot vårdgivare för att få en bekräftelse och dess erfarenhet var som oftast att de fick stå ensamma inför svåra beslut som skulle tas, men det stöd som de fick var oftast från hemsjukvården och de övriga familjemedlemmarna som gjorde att de klarade sig igenom de olika utmaningar som de ställdes inför.

Studien visade på att yngre släktingar till den strokedrabbade upplevde en starkare känsla av ångest än de som var äldre än 65 år och detta i sin tur ledde till en större risk till utbrändhet. De närstående kände sig främmande och i viss mån skyldiga inför situationen de ställdes inför den första månaden till den drabbade släktingen de skulle ta hand om i hemmet, lite senare 6 månader efter hemkomsten så kände de närstående en inre kamp och att bli försonad med sin nya livssituation de hade fått och samtidigt hitta en balans i deras familjeliv, de kände även en stress-oro inför sina nya roller och ändrade livsrelationer och vilka följder det skulle bli i framtiden.

I Greenwood, Mackenzie och Wilsons studie (2009) påvisas att det centrala som de närstående känner är en stor osäkerhet kring vårdandet och att de skulle behöva ha ett större stöd från läkare och vårdgivare, de närstående beskriver att de tar en dag i taget. I England finns över 900 000 strokedrabbade och cirka hälften av dessa patienter behöver dagligt stöd för sina aktiviteter. Erikson et al. (2010) belyser vikten av att nya studier finns som visar att även de närstående är i behov av rehabilitering likafullt som den strokedrabbade, och att i hemmiljön är en alldeles utmärkt rehabiliteringsplats för alla inblandade.

## **Genusperspektiv**

De vanliga strokesymtomen halvsidig domningsbortfall, halvsidig förlamning, afasi, dysartri, synstörningar (dubbelseende), facialis pares, ataxi, vertigo är jämt fördelade mellan könen förutom att kvinnorna rapporterar mer dubbelseende än männen (Lisabeth, Brown, Hughes, Majersik & Morgensterns, 2009).

Mindre vanliga symtom är smärta i hela eller halva ansiktet, yrsel, huvudvärk, mentala förändringar (medvetlöshet, förvirring, desorientering). Andra neurologiska symtom (illamående, hicka), bröstsmärta, hjärtklappning och andnöd ingick också i denna grupp Lisabeth et al. (2009). Vidare påvisas att både vanliga och icke vanliga symtom finns med i hög utsträckning i båda könsgrupperna men kvinnor är mer benägna att rapportera förändringar i den mentala statusen, sänkt medvetande plus smärta och huvudvärk, i jämförelse med männen som rapporterade en vanligare förändring som balanssvårigheter och hemipares Lisabeth et al. (2009).



Det framkom även att riskfaktorer för stroke var jämt fördelade mellan könen förutom vid förmaksflimmer som var vanligare hos kvinnorna, det visade dessutom att kvinnor har procentuellt mer TIA än jämfört med männen Lisabeth et al. (2009).

Lisabeth et al. (2009) redovisar vidare att ankomsttiden till akutmottagning var något längre hos kvinnorna än jämfört med männen, kvinnorna låg på en mediantid på 5.0 timmar i jämförelse med männens 4.0 timmar. Detta styrks även av Herlitz et al. (2010) som rapporterar att den prehospitala fördröjningen från insjuknandet till ankomst till sjukhuset var cirka 30 minuter längre för kvinnorna än för männen.

Enligt Glader, Stegmayr, Norrving, Terént, Hulter-Åsberg, Wester och Asplund (2003) är det något fler kvinnor som har en sänkt medvetandegrad i jämförelse med männen vid stroke, kvinnor har en mer depressiv inställning än männen samt de kände sig i sämre kondition rent hälsomässigt. Det framkommer även att beträffande letaliteten ses inga skillnader.

I studien (Roquer, Campello & Gomis, 2003) påvisas att kvinnor upplever att afasi var en mer framträdande symtomupplevelse samt synstörningar och dysfagi till skillnad från männen som ej upplevde dessa symtom i lika hög grad. Inga direkta skillnader i de motoriska och sensoriska delarna mellan könen kunde påvisas.

Kvinnornas mål var att komma tillbaka till sina aktiviteter i hemmet, till exempel att sy, brodera, matlagning, tvättning och strykning. Medan männens mål var lite mer inriktade på aktiviteter utanför hemmet, som att kunna köra bil igen, komma tillbaka till sina fritidsaktiviteter (Andersson & Hansebo, 2009).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Det är problematiskt att allt för många patienter med misstänkt stroke avvaktar med att söka vård. Kvinnor dröjer längre än männen. Det innebär att tiden från symtomdebut till dess patienten kommer till röntgen och behandling blir fördröjd. Det finns idag evidens för att tidig behandling ökar chansen för överlevnad och en minskad funktionsnedsättning. Numera finns det effektiva behandlingsmetoder för att behandla ischemi men då krävs det att tiden från symtom till behandling blir så kort som möjlig för att ge patienten en rimligt god prognos. Ökad kunskap om symtomen vid stroke och betydelsen av att snabbt komma in till behandling på sjukhus är en aktuell samhällsfråga. Stroke är en folksjukdom, men trots slagkraftiga kampanjer i media är kunskapen om strokeinsjuknande fortfarande bristfälligt. Det är därför angeläget att öka kunskapen om de första tecknen på stroke och vad det är i insjuknandet som föranleder patienten i att söka vård.

Studien har två övergripande frågeställningar:

- Vilka symtom och upplevelser i insjuknandet gör att patienten söker vård, vid misstanke om stroke?
- Finns det skillnader mellan män och kvinnor?

## **SYFTE**

Syftet är att ur ett genusperspektiv beskriva symtom och upplevelser som leder till att patienten söka vård vid misstanke om stroke.

## **METOD**

### **Kvantitativ studie**

Detta är en kvantitativ studie som redovisar en patientenkät bestående av fasta svarsalternativ (Polit & Beck, 2008). Valet av kvantitativ ansats motiveras av att vi önskade tillfråga samtliga i studien ingående patienter.

### **Hjärnvägen 2**

Hjärnvägen 2 är ett forskningsprojekt som kartlägger strokesjukvården inom Västra Götalandsregionen (VGR) under en tidsperiod av fem år. Det är en kartläggning av hur vårdförloppet kan förbättras i ett tidigt skede för patienter med en misstänkt strokediagnos. Fokus läggs särskilt på att tidigt upptäcka symtom och minska fördröjningen till rätt vårdinstans för patientgruppen och även den hälsoekonomiska delen innefattas i studien. Samtliga patienter som vårdats med en strokemisstanke innefattas i studien inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), NU-sjukvården och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS).

Med hjälp av Journalsystemen (Melior) och (Ambulink) har patienterna identifierats retrospektivt. Samtliga patienter har emottagit en enkät ca en månad efter deras insjuknande innefattandes ett antal frågor angående sjukdomstillfället. Frågorna som besvarats i studien Hjärnvägen 2 är tvärvetenskapliga och noga genomfört av ett tvärprofessionellt team med en vårdvetenskaplig inriktning. Projektet förväntas ge resultat i form av kunskap om patientens symtom på och upplevelser av insjuknandet som i sin tur skulle kunna optimera omhändertagandet för de drabbade patienterna.

### **Inklusionskriterier Hjärnvägen 2**

Patienter som vårdats inom ambulanssjukvården i VGR tiden mellan 2010-12-01 och 2011-03-31 med stroke eller misstänkt stroke inkluderades i studien, inga exklusionskriterier fanns.

## **Urval**

Urvalet är de patienter som fått slutdiagnosen stroke och vårdats inom NU-sjukvården, SÄS eller SU och deltagit i studien Hjärnvägen 2.

## **Forskningsetiska övervägningar**

Enligt lag ska studier som omfattar människor godkännas av Etikprövningsnämnden (SFS, 2003:460). Projektet Hjärnvägen 2 godkändes av Etikprövningsnämnden (EBN Gbg dnr 514-10, 2010-11-18). I studier där personuppgifter framkommer gäller personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Syftet med lagen är att skydda patienters integritet och se till att inga obehöriga kommer åt personuppgifterna när data behandlas. (se bilaga 2).

Fyra etiska krav har beaktats enligt följande: Informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet, samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2003). Beträffande informationskravet gäller att forskaren har informerat informanterna om vad som gäller och syftet med undersökningen, samt att de kan när som helst avbryta sin medverkan utan att ange orsak till avbrottet. Samtyckekravet betyder att informanterna har givit sitt godkännande att vara med i studien innan den påbörjas (Bilaga 1).

Det tredje kravet om konfidentialitetskravet innebär att data som har samlats in behandlas konfidentiellt, personuppgifter har avidentifierats och kan inte spåras av någon utomstående. Patienternas personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (SFS 1998: 204) och lagras i ett dataregister. Dataformulären är arkiverade på Högskolan i Borås. Slutligen handlar nyttjandekravet detta om att enskilda personuppgifter som insamlats endast får användas till forskningsändamål. Detta får inte enligt forskningsetiska principer användas eller lånas ut för kommersiellt bruk (Vetenskapsrådet, 2003).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor informerar om att sjuksköterskan bär ansvaret för patientens värdighet, rättighet och säkerhet. I föreliggande studie har forskarna (studiens handledare) intygat att datainsamlingen även uppfyllt dessa krav.

## **Datainsamling**

Patientenkäten utformades utgående från tidigare forskning om akut insjuknande Herlitz et al. (2010) (Bilaga 2). Denna studie redovisar 13 frågor av totalt 21 i enkäten ingående frågor. Två svarsalternativ, Ja eller Nej, var möjliga. Patienten alternativt närstående fyllde i enkäten. De första fyra frågorna innehåller 1) Patientens födelsedata, 2) Kön, 3) Vilket sjukhus man blir inlagd på och 4) Datum för inläggning. Övriga frågor och data från fritext kommer att redovisas i en separat studie. Patientenkäten skickades till samtliga patienter som identifieras via journaldata, 1 månad efter insjuknandet. Bland dem till vilka brev skickades var svarsfrekvensen ca 65%.

## **Dataanalys**

Kvantitativ data från patientenkäterna har databehandlats med stöd av statistikprogrammet SAS 9.3 för Windows. Vid analys av dikotoma(ja/nej ) variabler har Fishers exakta test använts. Vid analys av kontinuerliga variabler har Wilcoxon's two-sample test använts. Gräns för signifikans har satts vid  $p$  mindre än 0.05.

## RESULTAT

Totalt inkluderade 493 patienter med slutdiagnos stroke. Någon bortfallsanalys är inte gjord.

### Förvarning innan stroke

I resultatet framkommer det att totalt tjugoåtta procent har någon form av förvarning innan personerna insjuknar i stroke, i studien visade sig att de vanligaste symtomen var övergående svaghet i armar eller i benen fyrtiotvå procent och det förekom ingen skillnad mellan kvinnor och männen (Tabell 1).

**Tabell 1.** Fråga 5. Förvarning innan stroke (72)\*.

---

	Alla	Kvinnor	Män	p
	28	31	27	
Om ja, vilka symtom?				
	Alla	Kvinnor	Män	p
Övergående svaghet arm/ben.	42	40	44	
Övergående synbortfall på ena ögat.	24	25	23	
Övergående talsvårigheter.	22	26	19	

---

\*Antal patienter med saknad information.

## Symtom som gjorde att sjukvård söktes

Patienterna sökte i första hand när de insjuknat med svaghet i arm eller ben följt av balanssvårigheter och yrsel. Domningar/Känselfall var ett vanligare symtom hos kvinnorna än hos männen (Tabell 2).

**Tabell 2.** Fråga 6. Symtom som gjorde att sjukvård söktes? (11)\*

	Alla	Kvinnor	Män	P
Svaghet i armar/ben	45	44	45	
Balanssvårigheter	38	41	36	
Yrsel	31	33	29	
Talsvårigheter	30	33	27	
Domningar/känselfall	23	28	19	0.02
Sned i ansiktet	17	19	16	
Illamående/kräkning	14	15	14	
Synbortfall	13	13	13	
Annat	18	18	18	

\*Antal patienter med saknad information.

## Upplevelse av symtom

Upplevelse av symtomen är lika mellan kvinnor och män, de vanligaste symtomen är att de kände ett obehag följt av att patienterna kände sig oroande och kände sig trötta (Tabell 3).

**Tabell 3.** *Fråga 7. Hur upplevde du dina symtom? (29)\**

---

	Alla	Kvinnor	Män	p
Obehagliga	60	62	59	
Oroande	57	58	57	
Tröttande	34	36	32	
Ångestfyllda	15	17	13	
Outhärdliga	6	7	5	
Annat	11	10	12	

---

\*Antal patienter med saknad information

## Trodde att symtomen berodde på stroke?

Femtionio procent av patienterna trodde att de insjuknat i en stroke, den vanligaste orsaken till att man misstänkte stroke var att personerna kände någon som tidigare insjuknat i stroke (Tabell 4). Detta var vanligare bland kvinnor än män. Det fanns även andra orsaker att patienterna misstänkte stroke, orsakerna var att patienterna hade informerats via TV eller radio eller läst i en dagstidning om stroke.

**Tabell 4.** Fråga 8. Trodde du att symtomen berodde på stroke? (69)\*

	Alla	Kvinnor	Män	p
	59	58	61	
<i>Fråga 9.</i>				
Varför misstänkte du att symtomen berodde på stroke? (18)*				
	Alla	Kvinnor	Män	
Några jag känner har haft stroke	41	50	34	
Har läst i dagstidningar om stroke	37	43	33	
Erhållit information om stroke via radio och TV	36	40	33	
Har haft stroke tidigare	27	26	28	
Informerad av sjuksköterska eller annan vårdpersonal om symtom vid stroke	12	13	11	
Informerad av läkare om symtom vid stroke	9	8	11	
Annan information	16	20	13	

\*Antal patienter med saknad information.



## När uppstod det första symtomen som gjorde att du sökte vård?

Det framkommer att vid strokeinsjuknandet är det tjugo procent som vaknar med strokesymtom, de första symtomen som gjorde att patienterna sökte vård inträffar tidigt på morgonen följt av förmiddagen, eftermiddagen, kvällen och natten. Det var vanligare att kvinnorna insjuknade på eftermiddagen (Tabell 5). När patienter drabbas av stroke kan de insjukna när som helst på dygnets alla timmar.

**Tabell 5.** *Fråga 10.* När uppstod första symtomen som gjorde att du sökte vård? (27)\*

---

	Alla	Kvinnor	Män	p
Tidig morgon	32	31	34	
Förmiddagen	25	25	25	
Eftermiddagen	19	24	16	0.03
Kväll	17	20	16	
Natt	9	8	10	
Vaknade med symtom	21	19	23	
Minns inte	4	5	4	

---

\*Antal patienter med saknad information

## När slog tanken dig att söka sjukvård?

I studien såg författarna att de vanligaste orsaker till att patienterna sökte vård var när en familjemedlem uppmanat personerna att söka sjukvård (Tabell 6). En annan orsak att söka sjukvård var ”omedelbart efter de första strokesymtomen”, i studien såg vi att detta är vanligare bland männen än kvinnorna. Den tredje vanligaste orsaken var ”när inte symtomen vill gå över”.

**Tabell 6.** *Fråga 11.* När slog tanken dig att söka vård? (20)\*

---

	Alla	Kvinnor	Män	p
När min familj uppmanade mig till det	38	36	39	
Omedelbart efter de första symtomen	32	27	36	
När symtomen inte ville gå över	27	31	24	0.095
När jag blev uppmanad av någon annan	19	23	17	
När symtomen förvärrades	14	14	13	
Annan orsak	13	14	13	

---

\*Antal patienter med saknad information

## Vad fick dig att fatta beslut att söka sjukvård?

Vad avser att fatta beslut att söka vård så fanns det ingen skillnad mellan kvinnorna och männen (Tabell 7). Den vanligaste orsaken var att patienterna blev uppmanade av någon, den näst vanligaste var att patienterna trodde att de insjuknat i stroke följt av att patienterna kände sig mycket dåliga.

**Tabell 7.** *Fråga 12.* Vad fick dig att fatta beslut att söka sjukvård? (29)\*

	Alla	Kvinnor	Män	p
Blev uppmanad av någon	63	66	61	
Trodde jag fått stroke	32	29	35	
Kände mig mycket dålig	22	24	21	
Symtomen var så svåra	21	17	24	0.07
Blev så rädd att jag drabbats av en allvarlig sjukdom	20	19	21	

\*Antal patienter med saknad information

## Om uppmanad av någon, i så fall vem?

När någon insjuknar i stroke är den vanligaste orsaken till att patienterna söker vård att de blir uppmanade av sin maka/make.

Näst vanligaste att patienterna blev uppmanade av sitt barn, sina barn. Det var dubbelt så vanligt bland manliga jämfört med de kvinnliga patienterna att bli uppmanad av sin make/maka. När barnen uppmanade med att söka vård var det två gånger vanligare hos kvinnorna (Tabell 8).

**Tabell 8.** Fråga 12. Om uppmanad av någon, i så fall vem? (10)\*

---

	Alla	Kvinnor	Män	p
Min make/maka	49	33	63	<0.0001
Mitt/mina barn	30	44	19	<0.0001
Vän eller släkting	17	21	13	0.08
Arbetskamrat	6	5	6	
Främmande person i närheten	5	4	6	
Annan	16	21	11	0.02

---

\*Antal patienter med saknad information

## Hur länge hade du känt symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård

I studien framkommer det att kvinnorna med stroke fattade sitt beslut senare än männen, nästan en tredje del angav att de fattade beslut att söka sjukvård inom 15 minuter efter symtomdebuten (Tabell 9). Å andra sidan, nästan en tredjedel av patienterna fattade beslut att söka sjukvård mer än fyra timmar efter symtomdebuten.

**Tabell 9.** Fråga 14. Hur länge hade du känt av dina symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård? (31)\*

---

		Alla	Kvinnor	Män	p
< 15	min	28	25	30	0.01
15-29	min	15	12	18	
30-59	min	11	9	12	
60-119	min	6	9	4	
120-179	min	5	3	7	
180-239	min	6	7	5	
>239	min	29	35	25	

---

\*Antal patienter med saknad information

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

### Validitet

Den första frågan som måste diskuteras gäller om studien mäter det som avses, vilket bedömer resultatets validitet (Borg och Westerlund 2012). Frågorna utformades utgående från tidigare forskning och får därför betraktas svara på frågor runt strokeinsjuknandet, så långt som är möjligt att besvara med enkäter. Därför belyses här både fördelar och nackdelar med patientenkäter som skickas hem (Dahmström, 2005).

Fördelar med enkät är att det går att skicka till stora patientgrupper. Enkäten kan även besvaras när patienten har tid och patienterna kan tänka över frågorna i lugn och ro så svaren blir väl genomtänkta. Om patienten besvarar enkäten enskilt undviks påverkan från någon annan, därmed kan inte forskaren inverka på svarens innehåll eller utformning. Fördelar med fasta svarsalternativ är att det är lättare att besvara frågorna och en överskådlig överblick av patientgruppen erhålls (Dahmström, 2005).

En nackdel med en enkätundersökning kan vara att det blir ett stort bortfall. Orsaker som detta kan bero på kan vara att äldre ej förstår innehållet i frågeställningen och att frågorna kanske inte kan besvaras om frågorna är oklara. Dessutom, kan resultatet bli missvisande om patienterna har någon anhörig som hjälper till att besvara enkäten. Frågorna i enkäten kan även bli missvisande på grund av fasta svarsalternativ, då den enskilda patienten eventuellt tycker något annorlunda. En enkät bör inte vara allt för omfattande då risk för att patienterna inte orkar att svara på alla frågorna.

### Reliabilitet

Systematik och noggrannhet i hela forskningsprocessen underbygger reliabiliteten. Faktorer som påverkar reliabilitet kan orsakas av patientgruppen. I studien tillfrågas respondenterna hur insjuknandet i stroke upplevs och detta kan bli missvisande, det kan därmed bli svårt att uppnå en hög reliabilitet med studien. Kanske måste det till intervjuer med kontrollfrågor för att få veta hur patienters upplevelser i insjuknandet i stroke blir. Ett annat problem som kan uppstå är att respondenten kan avsiktligt svara fel på frågan eftersom han inte kan svaret på frågan i enkäten. Även om mätningarna frågar om symtomen kan respondenten missuppfatta och då ge en felaktig svarsfrekvens, detta innebär att även om man har hög reliabilitet det vill säga att det som efterfrågas är relevant så leder inte detta självklart till hög validitet.

## **Generaliserbarhet**

Med generaliserbarhet menas att undersökningens resultat kan appliceras på fler än det som studerats. För att kunna generalisera resultaten måste undersökningen ha hög validitet och reliabilitet (Olsson & Sörensen, 2007).

Totalt ingick 1300 patienter i studien och information från enkätsvar finns hos drygt en tredjedel. Vårt material är per definition selekterat. Orsaken till detta är enkel. De riktigt sjuka är oförmögna att svara. Studien ger en viss uppfattning om ställda frågeställningar bland den friskare populationen av strokepatienter. Studien genomfördes i VGR som har näst största befolkningmängden i Sveriges med 1 591 955 personer (Statistiska centralbyrån, 2012), vilket omfattar 20 procent av antalet personer som insjuknar i stroke i Sverige/år.

## **Resultatdiskussion**

### **Förvarning innan stroke och genusperspektiv**

I föreliggande studie framkom det ingen skillnad mellan kvinnor och männen med avseende på förvarning innan stroke. Detta skulle kunna jämföras med situationen vid hjärtinfarkt där det är välkänt att det finns könsskillnader mellan kvinnor och män vid insjuknade. Hjärtinfarkt är vanligare hos män, medan så inte är fallet vid stroke. Många studier har visat att kvinnor som insjuknar i akuta hjärtinfarkter fördröjer längre med att söka vård än män vilket överensstämmer med Chen, Woods, Wilkie och Puntillo (2005).

När det gäller stroke finns det begränsad forskning om det föreligger några skillnader i strokesymtom mellan kvinnor och män. I en studie av Labiche, Chan, Saldin och Morgenstern (2002) framkom det att kvinnorna hade en högre procent av att insjukna i ”icke traditionella symtom” än vad männen hade. I en studie av Jerath, Reddy, Freeman, Jerath och Brown (2011) visades att kvinnorna mera ofta hade allmän svaghet och förändringar i det mentala hälsotillståndet medan männen mera ofta hade dubbelseende och ataxi vid stroke. Baret, Brott, Brown, Frankel, Worall, Silliman, Case, Risch och Meshia (2007) rapporterade att det finns mer svaghet hos kvinnorna än hos männen.

De vanligaste symtomen som svaghet i armar eller ben bekräftas i flera tidigare studier (Donnan et al., 2008; Herlitz et al., 2010).

### **Symtom som gjorde att sjukvård söktes**

I studiens resultat framkommer att patienterna i första hand sökte när de insjuknat med svaghet i arm eller ben följt av balanssvårigheter och yrsel. Detta överensstämmer med Rathore, Hinn, Cooper, Tyroler och Rosamond (2002) som påvisade att 80 procent av strokepatienterna hade någon form av förlamning, oftast i armarna följt av pares i

ansiktet. Författarna kunde se att det fanns en liten variation på strokesymtom. Männerna hade en större tendens till gångsvårigheter medan kvinnorna upplevde facialispareser och huvudvärk. Dessa data styrks delvis av studien av Howard, Lackland, Lichtman, McClure, Howard, Wagner, Pulley och Gomez (2008), som visade att domningar var de vanligaste rapporterade symtomen.

### **Upplevelse av symtom**

Studien visar att upplevelsen av symtomen är lika mellan kvinnor och män vid strokeinsjuknandet. De vanligaste symtomen var att patienterna kände ett obehag följt av att patienterna kände sig oroande och trötta. Detta står i kontrast till en studie av Jerath et al. (2011) som fann att det skilde sig hur patienterna upplevde sina strokesymtom mellan kvinnor och män. Kvinnorna var allmänt tröttare, desorienterade och kände en mental förändring. Männerna upplever oftare pareser, ataxi och dubbelseende. En intressant iakttagelse var att kvinnorna oftare hade feber än männen. Feber är ju inte ett ”traditionellt” tecken på stroke. Enligt Jerath et al. (2011) har patienter som insjuknar i stroke i kombination med feber en sämre prognos.

Föreliggande studie påvisar vidare att patienterna kände sig oroande (Tabell 3) i samband med strokeinsjuknandet, vilket kan relateras till att akutsjukvård inte kontaktas med en gång. Patienterna som avvaktade med att ringa direkt kände en rädsla och ”oro” för vilka följder det kan bli när man drabbats av en stroke. Detta styrks av tidigare studierna (Mackintosh et al., 2012; Lundman & Jansson, 2007; Bendz, 2003).

Trötthet är ur ett vårdvetenskapligt perspektiv en totalupplevelse som omfattar hela kroppen, från topp till tå, och utgör därför ett stort hinder i det dagliga livet (Dahlberg & Segesten, 2010). Forskning har tydliggjort betydelsen av att förstå sjukdomen som den ”levs” och erfars av den sjuka personen själv. Med hjälp av patienters beskrivningar kan vårdare lära sig och förstå patienters lidande, men också hur lidandet kan lindras och välbefinnande kan stödjas och stärkas.

Lidandet handlar inte bara om observerbara symtom utan också om en inre process. Det kan vara ett hot eller en känsla av att förlora kontrollen (Wiklund, 2003). Dahlberg och Segesten (2010) skriver att det vårdvetenskapliga intresset för symtom tar idealt sett sin utgångspunkt i ett livsvärldsperspektiv. Det är genom patienters ”levda” erfarenhet som man kan förstå hur symtomen gör sig gällande i olika livssammanhang, det vill säga hur patienters liv och vardag påverkas.

### **När uppstod det första symtomen som gjorde att du sökte vård?**

Resultatet visar att patienter som drabbas av stroke kan insjukna när som helst på dygnet. Vanligast var dock insjuknande på morgonen. Detta är i överensstämmelse med



tidigare studier (Beal 2010; Ueshima 2009), som också beskrivit att insjuknandet i stroke oftare förekommer på morgonen. Hög förekomst av insjuknande på morgonen beror på många olika faktorer, som förändringar i patientens kärntonus, koagulationsfaktorer och blodtrycket.

Eftersom vårt material är begränsat så blir den statistiska styrkan också begränsad. Att just kvinnor insjuknar oftare i stroke på eftermiddagen framkommer i resultatet (Tabell 5) men skall tolkas med försiktighet mot bakgrund av ovanstående. Beal (2010) däremot påvisar och bekräftar i sin studie tidpunkterna på dygnet när stroketopparna inträffar som mest respektive lägst. Mellan 06:00 och middag är det vanligast att bli drabbad av stroke medans mellan midnatt och 06:00 är risken minst att få en stroke. En rimlig orsak är att blodtrycket är lägre under nattsömnen samt att vid uppvaknandet så stiger blodtrycket och risken att få en blödning ökar i och med detta.

### **När slog tanken dig att söka sjukvård?**

I resultatet framkom att den vanligaste orsaken till att patienterna sökte vård var att en familjemedlem uppmanat personerna att söka sjukvård (Tabell 7 och 8). Beal (2010) bekräftar resultatet att kvinnor tar längre tid på sig att komma in till sjukhusvård än vad männen gör. Vad detta beror på vet man ej men en gissning kan vara att männen ofta har sina fruar i närheten och vid liv. Kvinnorna är däremot i större utsträckning ensamstående, därför att de i regel lever längre än männen. Det framkommer även att kvinnorna vill vänta och se om symtomen går över. Det framkommer vidare i Beals arbete (2010) att kvinnor har mer icke traditionella symtom och detta sin tur leder till längre tid till sjukhusvård.

Dahlberg och Segesten (2010) understryker att det finns många anledningar till att se den närstående som en person i fokus för vårdvetenskaplig uppmärksamhet. Människor är beroende av samspel med varandra, och de närmaste är vanligtvis allra viktigast.

### **Hur länge hade du känt symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård?**

Föreliggande studie påvisar att kvinnorna med stroke fattade sitt beslut senare än männen, nästan en tredje del angav att det fattade beslut att söka sjukvård inom 15 minuter efter symtomdebuten. Detta överensstämmer med två andra studier (Lisbeth et al. 2009; Labiche et al., 2002), som såg att kvinnorna med strokesymtom hade större förseningar än männen.

Det finns flera olika faktorer som påverkar till varför kvinnorna väntar med att kontakta sjukvården. Eftersom kvinnor lever längre än männen är många kvinnor ensamboende. När äldre ensamboende kvinnor insjuknar i stroke kan det bli svårt att komma in och få behandling i tid. Denna studie visar att kvinnor i mycket högre grad blev uppmanad av

sina barn att söka vård medans männen i sin tur blev uppmanad av sin maka att söka vård.

Orsakerna kan vara att kvinnorna tar sämre hand om sig själva på grund av sin ålder vilket kan göra att det blir svårt att kontakta sjukvården och det blir svårare att påvisa när de insjuknar i stroke Turtzo och McCullough (2008). Orsaken till skillnaderna var oklara, men en möjlig förklaring till att kvinnorna väntar med att kontakta sjukvården är att kvinnorna har en annan symtombild än vad männen har. Även om patienten inte får vård i rätt tid så måste vårdkedjan fungera optimalt. Intressant är att även vårdpersonalen kan vara en avgörande faktor, som gör att inte patienterna kommer in till sjukhuset i tid. I en studie av Larsson, Herlitz och Wireklint Sundström (2012) framkommer det att ambulanspersonalen miksstänker stroke i *"lägre utsträckning hos kvinnor än män"* (sid, 20). Kontentan av ambulanspersonalens misstankar gör att kvinnorna inte får samma utnyttjandegrad av snabbspåret Hjärnvägen.

## **SLUTSATSER**

En mindre andel patienter har förvarningssymtom innan det definitiva insjuknandet i stroke. Mer än hälften av patienter med stroke misstänker själva sin diagnos. Den vanligaste kunskapskällan är vänner eller anhörig som tidigare haft stroke. Patienterna kan insjukna när som helst under dygnet, men allra vanligast är insjuknande under morgontimmarna. Fördröjningen från symtomdebut till ankomst till sjukhus är kritisk och uppvisar en stor variabilitet. Medan en tredjedel tar kontakt med sjukvården inom den första kvarten så dröjer en tredjedel mer än fyra timmar från symtomdebut. Vanligaste orsaken till att patienter med misstanke på stroke tar kontakt med sjukvården är uppmaning från anhöriga. Kvinnor skiljer sig från män, så tillvida att de tycks dröja längre med att ta kontakt med sjukvården. När barnen uppmanade att söka var det två gånger vanligare hos kvinnorna. Resultatet understryker de närståendes betydelse för att påskynda tiden till vård och behandling.

## REFERENSER

Andersson, Å. & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, vol.65 (10), ss.2038–2045

Backe, M. Larsson, K. & Fridlund, B. (1996). Patients' conceptions of their life situation within the first week after a stroke event: A qualitative analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.12, ss. 285-294.

Barett, M.K., Brott, G.T., Brown, D.R., Frankel, R.M., Worrall, B.B., Silliman, L.S., Case, D.L., Rich, S.S., & Meschia, F.J. (2007). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 16, (1), ss. 34-39.

Beal, C.C. (2010). Gender and Stroke Symptoms: A Review of the Current Literature: *journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, Vol. 42, ss. 80 - 87

Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after a stroke – From two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol.17, ss. 215-222.

Berg, A., Palomäki, H., Lönnqvist, J., Lehtihalmes, M. & Kaste, M. (2005). Depression Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Heart Association*, vol. 36, ss. 639–643.

Borg, E. & Westerlund, J. (2012) Statistik för beteendevetare. Liber AB. Malmö. ss.6-552.

Bäckström, B. & Sundin, K. (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *Journal of Nursing Studies*, vol.46, ss. 1475-1484.

Cameron, I.J., Cheung, M.A., Streiner, L.D., Coyte, C.P. & Stewart, E.D. (2006). Stroke Survivors' Behavioral and Psychologic Symtoms Are Assoiated With Informal Caregivers' Experiences of Depression. *Arch Phys Rehabil* vol. 87, ss. 177-183.

Chen, W., Woods, S.L., Wilkie, D.J., & Puntillo, K.A. (2005). Gender Differences in Symptom Experiences of Patients with Acute Coronary Syndromes, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 30, (6), ss. 553-562.

Cronin, A.C., Weisman, J.C. & Llinas, H.R. (2008). Stroke treatment: Beyond the Three – Hour Window and in the Pregnant Patient, vol. 1142, ss. 159-178.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). Hälsa & Vårdande: I Teori och Praxis. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahmström, K. (2005) Från datainsamling till rapport- att göra en statistisk undersökning: Studentlitteratur Lund.

Datortomografi -1177 (2012). Hämtad 28 mars, 2013, från 1177.

<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Undersokningar/Datortomografi/>

DeLaune, M. & Brown, S.C. (2001). Spousal Responses to Role Changes Following a Stroke. *Medsurg Nursing*, vol. 10 (2), ss. 79-88.

Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M. & Warlow, C. (1998). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Journal of American Heart Association*, vol. 29, ss. 1867-1872.

Donnan, G.A., Fisher, M., Macleod, M. & Davis, S.M. (2008). Stroke. *Lancet*, vol. 371, ss. 1612 – 1623.

Erikson, A., Park, M., & Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol.42. (9). ss. 831-838.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB. ss. 7-115.

Forsberg-Wärleby, G. Möller, A. & Blomstrand, C. (2004). Spouses of first-Ever stroke patients. Psychological well-being in the first phase after stroke. *Clinical Rehabilitation*, vol. 18, no 4, ss. 430-437.

Frankel, M., Hinchey, J., Schwamm, L.H., Wall, H., Rose, K.M., George, M.G., Mc Gruder, H.F. & Liban, A. (2007). Prehospital and Hospital Delays After Stroke Onset- United States, 2005-2006. vol. 56. ss. 474-478. *Morbidity and Mortality Weekly Report*.

Gaete, J.M. Bogousslavsky, J. (2008). *Post-stroke depression Neurotherapeutics*, vol. 8(1) ss.75-92.

Glader, E-L., Stegmayr, B., Norrving, B., Terent, A., Hulter-Åsberg, K., Wester, P-O., Asplund, K. (2003). Sex differences in management and outcome after stroke: A Swedish national perspective. *Stroke*. vol.34, ss. 1970 –1975.

Green, L.T. & King, M.K. (2007). The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal: literatur review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 58, (6), ss. 517-531.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Wilson, N. (2009). Managing uncertainty in life after stroke: A qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. volym.46, ss.1122-1133.

Herlitz, J., Wireklint Sundström, B., Bång, A., Berglund, A., Svensson, L. & Blomstrand, C. (2010). Early identification and delay to treatment in myocardial infarction and stroke: differences and similarities. *Scandinavian Journal of Trauma*, vol. 18, ss. 2-13.

Hjelmblick, F., Holmström, I. & Kjeldmand, D. (2010). Stroke patients' delay of emergency treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 24, ss. 307-311.

Hjärt- Lungfonden (2012) Hämtad 7 februari, 2013, från mynewsdesk:  
<http://www.mynewsdesk.com/se/pressroom/hjart-lungfonden/pressrelease/view/ny-rapport-fraan-hjaert-lungfonden-kostnaden-foer-en-stroke-741-000-kronor-763971>

Howard, V.J., Lackland, D.T., Lichtman, J.H., McClure, L.A., Howard, G., Wagner, L., Pulley, L., Gomez, C.R., (2008) Care Seeking after Stroke Symptoms. Vol. 63. ss.466-472.

Jerath, N.U., Reddy, C., Freeman, W.D., Jerath, A.U. & Brown, R.D. (2011). Gender Differences in Prestiting Signs and Symptoms of Acute Ischemic Stroke: A Population-Based Study. *National Institutes Of Health Gend Med*. Vol.5, (8), ss. 312-319.

Jones, P.S., Dickinson, A.H., Ford, A.G., Gibson, M.E.J., Leathley, J.M., McAdam, J.J., McLoughlin, A., Quinn, T. & Watkins, L.C. (2012). Callers' experiences of making emergency calls at the onset of acute stroke: a qualitative study: Vol.29, ss.502-505.

Jönsson, A.C. (2012). Stroke Patienters, Närståendes och Vårdarens Perspektiv. Lund: Studentlitteratur AB.

Kim, Y.S., Park, S.S., Bae, H.J., Cho, A.H., Cho, Y.J., Han, M.K., Heo, J.H., Kang, K., Kim, D.E., Kim, B.C., Kim, G.M., Kwon, S.U., Kwon, H.M., Lee, B.C., Lee, K.B., Lee, S.H., Lee, S.H., Lee, Y.S., Nam, H.S., Oh, M.S., Park, J.M., Rha, J.H., Yu, K.H. & Yoon, B.W. (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea, vol.11, (2), ss .1-4.

Kurz, M.W., Kurz, K.D. & Farbu, E. (2013). Acute ischemic stroke – from symptom recognition to thrombolysis: *Acta Neorol Scandinavica*, vol. 127, ss. 57-64.

Labiche, L.A., Chan, W., Saldin, K.R. & Morgenstern, L.B. (2002). Sex and Acute Stroke. *Presentation*, vol. 40, ss. 453-460.

Larsson, E., Herlitz, J. & Wireklint Sundström, B. (2012). The early chain of stroke with particular focus on prehospital setting. *University of Gothenburg*, ss. 1-20.

Lundman, B. & Jansson, L. (2007). The meaning of living with a long-term disease. To revalue and be revalued. *Journal of Nursing and Healthcare of chronic Illness in Association with Journal of Clinical Nursing*, vol.16, ss. 109-115.

Lisabeth, L.D., Brown D.L., Hughes R., Majersik J.J. & Morgenstern L.B. (2009) Acute Stroke Symptoms: Comparing Women and Men. *Stroke*. (2009) vol. 40, ss. 2031-2036.

Ly, J.V., Arakawa, S., Ma, H. & Donnan, G.A. (2007). Future advances in the treatment of acute ischemic stroke: *Future Neurol*. vol. 2, (1), ss. 51-58.

Mackintosh, J.E., Murtagh, M.J., Rodgers, H., Thomson, R.G., Ford, G.A. & White, M. (2012). Why People Do, or Do Not, Immediately Contact Emergency Medical Services following the Onset of Acute Stroke. *Qualitative Interview Study*, vol.7, (10), ss.1-8.

Medfield diagnostics (2012) Strokefinder. Hämtad 5 januari, 2013, från <http://www.medfielddiagnostics.com/applications/>

Moser, D.K., Kimble, L.P., Alberts, M.J., Alonzo, A., Croft, J.B., Dracup, K., Evenson, K.R., Go, A.S., Hand, M.M., Kothari, R.U., Mensah, G.A., Morris, D.L., Pancioli, A.M., Riegel, B. & Zerwic, J.J. (2006a). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and stroke Council. *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 22 (4), ss. 326-343.

Moser, D.K., Kimble, L.P., Alberts, M.J., Alonzo, A., Croft, J.B., Dracup, K., Evenson, K.R., Go, A.S., Hand, M.M., Kothari, R.U., Mensah, G.A., Morris, D.L., Pancioli, A.M., Riegel, B., & Zerwic, J.J. (2006b). Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Syndrome and Stroke. *Journal of the American Heart Association*, vol. 114, ss. 168-182.

Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Patrick, I. & Dewey, H. (2007a). Stroke Symptoms and the Decision to Call for an Ambulance, *Journal of the American Heart Association*, vol. 38, ss. 361-366.

Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Patrick, I & Dewey, H. (2011). Family physician decisions following stroke symptom onset and delay times to ambulance call, vol. 12, ss. 1471-2296.

Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Patrick, I., Kerr, F. & Dewey, H. (2007b). The Impact of Ambulance Practice on acute Stroke Care, (2007).vol.38, ss. 2765-2770.

Olofsson, A., Andersson, S.O. & Carlberg, B. (2005). If only I manage to get home I'll get better – Interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clinical rehabilitation*, vol.19, ss.433-440.

Olsson, H., & Sörensen, S., (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2:a rev. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rathore, S. S., Hinn, A.R., Cooper, L.S., Tyroler, A.H. & Rosamond, W.D. (2002) Characterization of Incident Stroke Signs and Symptoms: Findings From the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Journal of the American Heart Association*, vol. 33, ss. 2718-2721.

Reeves, M.J. (2012). Reducing the Delay Between Stroke Onset and Hospital Arrival: It is an Achievable Goal? *Journal of the American Heart Association*, vol. 1 ss. 1-3.

Rochette, A., Bravo, G., Desrosiers, J., St-Cyr/Tribble, D. & Bourget. (2007) Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clinical Rehabilitation*, vol. 21, ss. 554-562.

Roquer, J., Campello, A.R, Gomis, M. Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke*. (2003) vol. 34, ss.1581–1585.

Sahlgrenska.se. (2012) Hämtad 27 mars, 2013:

[http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade\\_molndal/ambulans/Strokev%C3%A5rdkedja%20ppt%20mars%202009.pdf](http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_molndal/ambulans/Strokev%C3%A5rdkedja%20ppt%20mars%202009.pdf)

Salottolo, K.M., Fanale, C.V., Leonard, K.A., Frei, D.F. & Bar-Or, D. (2011). Multimodal Imaging Does Not Delay Intravenous Thrombolytic Therapy in Acute Stroke. Vol. 32, ss. 864-868.

Sandercock, P. (2012). The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke: a randomized controlled trial. *Lancet*, vol. 379, ss. 2352-2363.

Santos, C.O., Caeiro, L., Ferro, J.M., Albuquerque R. & Figuera, M.L. (2006). Anger, hostility and aggression in the first days of acute stroke. *European Journal of Neurology*, vol.13 (4). ss. 351-358.

Saver, J.L. (2006). Time Is Brain – Quantified. *Journal of the American Stroke Association*, vol. 37, ss. 263-266.

SFS 1998:204. Personuppgiftslagen. Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen. (2009). Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-4/Sidor/default.aspx>

Stegamy, B. & Asplund, K. (2003). Ökad överlevnad vid stroke men oförändrad risk att insjukna: *Läkartidningen*, vol. 44, ss. 3492-3497.

Svenaesus, F. (2003). Sjukdomens mening: Stockholm: Natur & Kultur.

Strokekampanjen (2012a) Hämtad 5 januari, 2013, från Strokekampanjen:

<http://strokekampanjen.se/?gclid=CLfU85eypLcCFbKXcAodeFcAiw>

Strokekampanjen (2012b) Hämtad 4 januari, 2013, från Strokekampanjen:

<http://www.mynewsdesk.com/se/pressroom/strokekampanjen/pressrelease/view/allt-fler-faar-propploesande-behandling-807480>

Turtzo, L.C. & McCullough L.D (2008). Sex Differences in Stroke: *Department of Neurology and Neuroscience, University of Connecticut Health Center*, vol. 26, ss. 462-474.



Ueshima, H (2009). Morning surge in circadian periodicity of ischaemic stroke is independent of conventional risk factor status: findings from the Takashima Stroke Registry 1990-2003. *European Journal of Neurology*, vol. 16, ss. 843-851.

Wallengren, Gustafsson, C. (2009). De kan, de vill och de orkar, men. Doktorsavhandling. Fakulteten för samhälls-och livsvetenskaper vid Karlstads Universitet. Västra Frölunda: Intellecta Infolog AB. ss.7-62

Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow on becoming a strokevictims relative. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, (1), ss. 48-55.

Walter, S., Kostopoulos, P., Haass, A., Keller, I., Lesmeister, M., Schlechtriemen, T., Roth, C., Papanagiotou, P., Grundwald, I., Schumacher, H., Helwig, S., Viera, J., Körner, H., Alexandrou, M., Yilmaz, U., Ziegler, K., Schmidt, K., Dabew, R., Kubulus, D., Liu, Y., Volk, T., Kronfeld, K., Ruckers, C., Bertsch, T., Reith, W. & Fassbender, K. (2012). Diagnosis and treatment of patients with stroke in a mobile stroke unit versus in hospital: a randomized controlled trial. *Lancet neural*, vol. 11, ss. 397-404.

Westerby, R. (2011). Stroke and TIA: Practice Nurse, vol. 41, (13), ss. 30-37.

Vetenskapsrådet (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. MFR-rapport 2, Uppsala.

Widegren, B.R. & Jourak, M. (2008). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine, *The journal of Emergency Medicin*, vol. 40, (6), ss. 623-628.

Wiklund, L. (2003). Vårdvetenskap i klinisk praxis: Stockholm: Natur & Kultur.

Wikström, J. (2012). Akutsjukvård omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada. Studentlitteratur AB, Lund.

Vårdguiden Stockholms läns landsting (2012) Hämtad 10 Maj 2013

<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Stroke/>

Wojner-Alexandrov, A.W., Alexandrov, A.V., Rodriguez, D., Persse, D. & Grotta, J.C. (2005). Houston Paramedic and Emergency Stroke Treatment and Outcomes Study. *Journal of the American Heart Association* vol.36, ss. 1512-1518.

World Health Organization. (2013) Hämtad den 16 juni 2013.

<http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

Västra Götalandsregion. (2012). Anvisningar och tillämpningar av ESS i METTS/RETTS beslutsstöd. Hämtad 14 mars, 2013, från vregion.se: <http://www.vgregion.se/upload/AmbuLink/Metts-Pre/Microsoft%20PowerPoint%20-%20ESS%20METTS-RETTS-A%201.0.pdf>

Zimmermann, M. (2012). Narrating stroke: the life – writing and fiction of brain damage. *Medical Humanities*, vol. 38, pp. 73-77.

Ängslycke, M. (2013). Reaktionsskalan RLS 85. Hämtad 13 April, 2013, från Doktorerna. com. <http://doktorerna.com/status/rls-85/>

## **Bilaga 1.**

### **Forskningspersonsinformation**

”Hjärnvägen 2 – kartläggning av den tidiga vårdkedjan och hälsoekonomi vid misstänkt stroke i Västra Götalandsregionen”

”Med den här enkäten vill vi skapa förutsättningar för att patienten med misstänkt stroke i farmtiden ska komma tidigare till sjukhuset”.

### **Bakgrund**

Stroke är en av våra vanligaste sjukdomar, ungefär lika vanlig som hjärtinfarkt. Minst 30 000 personer insjuknar varje år i stroke i Sverige. Att tidigt upptäcka och vårda patienter med misstänkt stroke är en viktig uppgift för larmcentralen och ambulanssjukvården. Stroke är en av de enskilda sjukdomar som svarar för flest vård dagar på svenska sjukhus och medför även stora behov av insatser från primärvården.

Målsättningen med denna studie är i första hand, att kartlägga den tidiga vårdkedjan vid akut stroke, för att synliggöra hur sjukdomen upptäcks och diagnostiseras. Genom denna kartläggning kan svaga förbättringsbara länkar identifieras.

Dessutom kommer omhändertagandet av patienter som insjuknar med akut stroke och vårdas/transporteras av ambulanssjuksköterskor direkt till en strokeavdelning att jämföras med de som insjuknar i akut stroke och vårdas/transporteras av ambulanssjuksköterskor till en akutmottagning.

### **Förfrågan om deltagande**

De som tillfrågas om att delta i denna undersökning är patienter som insjuknat i stroke alternativt i symtom som ger misstanke om akut stroke. Namnen har erhållits via patientjournalssystemet.

### **Hur går studien till?**

Samtliga patienter som sjukhusvårdats i Göteborg (Sahlgrenska Universitetssjukhuset), Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och NU-Sjukvården under perioden 2010-12-01 – 2011-03-31 på grund av stroke eller misstanke om stroke blir tillfrågade om att delta. Dessutom kommer intervjuer att genomföras. Detta urval görs strategiskt och deltagarna blir i så fall kontaktade via telefon.

Studien är en utvärdering av strokevården i Västra Götalandsregionen som innebär en kartläggning av journaldata från larmcentralen i Göteborg, journaldata från

ambulanssjukvården och sjukhusen vid de tre berörda sjukhusgrupperna samt patienternas utvärdering via en patientenkät.

Larmcentralens data, ambulansdata och sjukhusdata dokumenteras i Register för utvärdering av strokevården i Västra Götalandsregionen. Dessa data utvärderas utan tillstånd från patient/anhöriga.

Patienternas utvärdering dokumenteras också i registret. Patienten alternativt närstående fyller i bifogad Patientenkät. Tillstånd från patient/närstående krävs för denna utvärdering.

Kunskap från denna utvärdering avser att öka andelen strokedrabbade patienter som får tidig behandling genom förbättrade rutiner på larmcentral och sjukhus samt inom ambulanssjukvården. Patientenkätens resultat ska bidra till att förändringarna av strokevården görs utifrån patienternas synpunkter.

### **Vilka är riskerna?**

Det finns inga risker med deltagande i denna undersökning.

### **Finns det några fördelar?**

Det är sannolikt att man får ökad kunskap om stroke genom att fylla i Patientenkäten.

### **Hantering av data och sekretess?**

Patientuppgifter från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. Svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid databearbetning kommer namn och personnummer att ersättas med en kod så att en enskild individ inte kan urskiljas.

Endast den som är ansvarig för studien har tillgång till kodnyckel. Då data från studien eventuellt publiceras kommer den enskilda individen inte att kunna identifieras. Hanteringen av personuppgifter regleras av personuppgiftslagen (SFS 1998-2004).

Personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (PuL) (SFS 1998:2004) är Västra Götalandsregionen. Personuppgiftsombud är Bengt-Göran Olausson, mobil 0705 570 560, [bengt-goran.olausson@vgregion.se](mailto:bengt-goran.olausson@vgregion.se).

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

En sammanställning av alla data från denna studie kommer att publiceras i en medicinsk tidskrift. De som deltagit i studien är alltid välkomna att ta kontakt med någon av dem som undertecknat denna patientinformation för ytterligare information om resultat som framkommit av undersökningen.

## **Försäkring och ersättning?**

Är inte relevant.

## **Frivillighet**

Deltagandet är helt frivilligt så man kan när som helst avbryta utan förklaring och utan att det påverkar övrigt omhändertagande. Om man så önskar kan de uppgifter som inhämtats tas bort från registret.

Vid eventuella frågor är man välkommen att ringa någon av nedanstående personer.

## **Informerat samtycke**

Jag har informerats om studien, fått ställa frågor, fått frågorna besvarade, och samtycker till att delta i studien.

Jag har informerats om och samtycker till att en person, som inte ingår i forskargruppen, vid behov får jämföra de i studien rapporterade uppgifterna med de som finns i min patientjournal (detta får ske under förbehåll att den information som då blir tillgänglig inte förs vidare).

Jag erbjuds att delta i Patientenkäten och vid ett senare tillfälle eventuellt även i Patientintervjun, men jag kan välja att enbart delta i Patientenkäten.

Jag har informerats om att det uppskattningsvis tar 20 minuter, maximalt 30 minuter, att fylla i Patientenkäten.

## **Studieansvariga personer;**

Universitetslektor Birgitta Wireklint Sundström

Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, Allég. 1, 501 90 Borås

birgitta.wireklint.sundstrom@hb.se      Tel: 033/435 47 77

Professor Johan Herlitz, Medicinska Institutionen, Avd för molekylär och klinisk medicin/kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

johan.herlitz@gu.se      Tel: 031/ 342 75 48

Docent Helle Wijk, Sahlgrenska Akademin, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, 405 30 Göteborg

helle.wijk@gu.se      Tel: 031/786 61 09

## Bilaga 2.

Kod □□□□□□

### Patientenkät Strokevården i Västra Götalansregionen

**Det finns två svarsalternativ, Ja eller Nej. Vi är tacksamma för att du använder något av dessa.**

*Kan fyllas i med hjälp av närstående eller sjuksköterska.*

#### 1. Patientens födelsedata

År            Mån    Dag  
□ □ □ □    □ □    □ □ - □ □ □ □

#### 2. Kön

Kvinna

Man

#### 3. Sjukhus

**Flera alternativ kan vara möjligt!**

SU/Sahlgrenska Universitetssjukhuset

SU/Östra sjukhuset

SU/Mölnadalssjukhus

SÄS/Borås

Alingsås

NU Sjukvården/NÄL

**4. Datum för inläggning på sjukhusvård**

*t.ex. 2010-12- 03*

□ □ □ □ - □ □ - □ □

Kod □ □ □ □ □ □

**5. Fick du någon förvarning innan du fick stroke?**

**Ja**

**Nej**

Om Ja, i så fall vad?

Övergående synbortfall ena ögat

Övergående svaghet arm/ben

Övergående talsvårighet

.....

Annat

Om JA, i så fall vad? \_\_\_\_\_

**6. Vilket/vilka symptom gjorde att du sökte sjukvård nu?**

**Ja**

**Nej**

Svaghet i arm eller ben

Talsvårigheter

Sned i ansiktet

Yrsel

Balanssvårigheter

Synbortfall

Domningar/Känselpåverkan

Illamående/kräkning

.....  
Annat

Om JA, i så fall vad? \_\_\_\_\_

Kod

### 7. Hur upplevde du dina symtom?

**Flera alternativ kan vara möjligt!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Tröttande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obehagliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Oroande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------

Ångestfyllda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Outhärdliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

.....  
Annat

Om JA, i så fall vad? \_\_\_\_\_



**8. Vad trodde du att de symtom som du sökte för berodde på?**

**Ja**

**Nej**

Stroke

Om Nej, annat?

I så fall vad? \_\_\_\_\_

Kod □□□□□□

**9. Du som misstänkte att dina symtom orsakades av stroke.  
Vad var orsaken till denna misstanke?**

**Flera alternativ kan vara möjligt!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Har haft stroke tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Några jag känner har haft stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har läst i dagstidningarna om stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhållit information om stroke via radio eller TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informerad av läkare om symtom vid stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informerad av sjuksköterska eller annan vårdpersonal om symtom vid stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Annan informationskälla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja, i så fall vilken? \_\_\_\_\_

**10. När uppstod de första symtomen som gjorde att du sökte vård?**

**Flera alternativ kan vara möjliga!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Tidig morgon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förmiddag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kväll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknade med symtomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minns inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kod □□□□□□

**11. När slog tanken dig att söka sjukvård?**

**Flera alternativ kan vara möjligt!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Omedelbart efter de första symtomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När symtomen förvärrades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När min familj uppmanade mig till det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När jag blev uppmanad av någon annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När symtomen inte ville gå över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Annan orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja, i så fall vad? \_\_\_\_\_

**12. Vad fick dig att fatta beslut att söka sjukvård?**

**Flera alternativ kan vara möjliga!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Symtomen var så svåra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trodde att jag fått stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände mig mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blev rädd att jag drabbats av en allvarlig sjukdom

Blev uppmanad av någon

**Kod**

Om Ja, i så fall av vem?

**Flera alternativ kan vara möjligt!**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Min make/maka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vän eller släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt/mina barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Främmande person i närheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetskamrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja, vilken? \_\_\_\_\_

**14. Hur länge hade du känt av dina symtom innan du beslutade dig för att söka sjukvård?**

**Kryssa ett alternativ!**

Mindre än en kvart (15 minuter)

Mer än en kvart men mindre än en halvtimme

Mer än en halvtimme men mindre än en (1) timme

Mer än en timme men mindre än två (2) timmar

Mer än två timmar men mindre än tre (3) timmar

Mer än tre timmar men mindre än fyra (4) timmar

Mer än fyra timmar

Om mer än fyra timmar, ange timmar\_\_\_\_\_