

Beteckning \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

En jämförelse av patienters upplevelser av delaktighet, livstillfredsställelse, arbetssituation och sjukvårdskonsumtion efter Strokescreening respektive traditionell vård.

*Eva Almén-Åström  
juni 2008*

Uppsats 15 hp avancerad nivå  
Vårdvetenskap

**Vårdvetenskap avancerad nivå**  
**Examinator: Anna Ehrenberg     Handledare: Ulla Johansson**

## Sammanfattning

Syftet med föreliggande studie var att med avseende på upplevelser av delaktighet och livstillfredsställelse samt arbetssituation och sjukvårdskonsumtion jämföra två grupper som deltagit respektive inte deltagit i ett Strokescreeningprogram. En strukturerad enkät skickades ut till konsekutivt, retroaktivt utvalda personer. Det inkomna resultatet analyserades med hjälp av Chi<sup>2</sup>-test, Mann Whitney test, T-test, linjär regressionsanalys och multivariat logistisk regressionsanalys. Några signifikanta skillnader mellan grupperna kunde inte påvisas även om vissa tendenser noterades.

Gruppen som deltagit i Strokescreeningprogrammet upplevde en mindre delaktighet i den personliga vården än gruppen som ej deltagit i Strokescreeningprogrammet. De strokedrabbade upplevde en signifikant lägre livstillfredsställelse än en referensgrupp bestående av en normalpopulation svenskar. Det fanns en markant skillnad mellan grupperna gällande sysselsättning före strokeinsjuknandet. Vid tillfället för studien var det en högre procent ur gruppen som deltagit i Strokescreeningprogrammet som återgått till arbete. Flera av deltagarna i gruppen som inte deltagit i Strokescreeningprogrammet hade en regelbunden, återkommande kontakt med primärvården. Föreliggande studies resultat väckte en del frågor gällande nyttan med Strokescreeningprogrammet i relation till kostnaden. Eftersom metoden att göra en enkätstudie hade en del svagheter både genom ett relativt högt bortfall och fråga om huruvida frågorna varit adekvata vore en uppföljande studie med intervjuer av studiens deltagare högst intressant. Intressant vore även en undersökning om frekvens av återinsjuknande i stroke i respektive grupp för att se om Strokescreeningprogrammet haft en sekundärpreventiv effekt.

Nyckelord: minor stroke, livstillfredsställelse, delaktighet, arbetssituation, sjukvårdskonsumtion.

## **Abstract**

The aim of this study was that, with focus on experiences of participation and life satisfaction, work situation and consumption of non institutional care, compare two groups that had participated versus not participated in a stroke program for Strokescreening. A questionnaire was sent retrospective to a consecutive group of people. The results were analyzed with Chi2-test, Mann Whitney-test, T-test, linear regression analyzes and multiple logistic analyze. No significant differences could be shown between the groups even though some tendencies were noted. The group who participated in the Strokescreening program experienced less participation in personal care than the group who did not participate. The strokepatients that participated in this study experienced a significant lower level of life satisfaction than a reference group of a normal population of Swedes. There was a prominent difference between the groups about occupation before the stroke. In time of this study there were some higher percentages in the group who participated in the Strokescreening program that had returned to work. Several of the participants in the group that had not participated in the Strokescreening program had a regular contact with the non institutional care. The results of the present study arouse some questions about the benefit with the Strokescreening program related to the expenses. The method of a questionnaire study had some weakness, both in a relatively high level of reduction of participants and a question about the relevance of the questions asked. Therefore, it would be of great interest to make an interview study of this population. It would also be of great interest to examine if there are any differences in the frequency of how many of the participants who get another stroke in respective group. The purpose of that would be to see if the Strokescreening program has any secondary preventive effect.

Key words: minor stroke, life satisfaction, participation, working situation, consumption of non institutional care

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion .....</b>	<b>1</b>
Allmän	1
Stroke	1
Kön	2
Kognitiva funktionshinder	2
Vård och rehabilitering	2
Prevention	3
Delaktighet	4
Livstillfredsställelse	5
Arbete	6
Sjukvårdskonsumtion	6
Strokescreening	7
Problemområde	8
Syfte	8
Frågeställningar	8
<b>Metod.....</b>	<b>9</b>
Design	9
Urval	9
Datainsamling	9
Tillvägagångssätt	10
Dataanalys	11
Etik	11
<b>Resultat .....</b>	<b>12</b>
Deltagare	12
Bortfall	14
Delaktighet	14
Livstillfredsställelse	15
Arbete	17
Sjukvårdskonsumtion	18
<b>Diskussion .....</b>	<b>19</b>
Huvudresultat	19
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	22
Allmän diskussion	23
<b>Referenser .....</b>	<b>24</b>

## **Introduktion**

### **Allmänt**

Stroke är en folksjukdom i Sverige idag. Det är den enskilda somatiska sjukdomsgrupp som står för flest vårddagar på svenska sjukhus (Socialstyrelsen; 2006). Vård och omsorg i kommunala boenden efter stroke står för över två miljoner vårddagar årligen. Stroke är även den kroppsliga sjukdom som kostar mest i Sverige, dryga 10 miljarder kronor per år och då är inte anhörigas vårdinsatser inräknade. Merparten av kostnaden hänförs till vård efter akutskedet på geriatriska kliniker och sjukhem samt insatser från kommunernas socialtjänst (Asplund och Stålhammar; 2005). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005 (2006) rapporteras att medianvårdtiden på strokeenheter med akut omhändertagande och efterföljande rehabilitering är 24 dagar (Socialstyrelsen; 2006). En sammanhållen vårdkedja från landsting till kommuner kan ge bättre livskvalitet för den enskilde och de närstående samt en bättre kostnadseffektivitet för samhället (Socialstyrelsen; 2004). Medelåldern vid insjuknandet är 73 år bland män och 77 år bland kvinnor (Asplund och Stålhammar; 2005). Två studier som kommit för 4 respektive 8 år sen visar dock en ökad incidens av stroke hos personer i yrkesverksam ålder (Johansson, Norrving & Lindgren; 2000 samt Medin, Nordlund & Ekberg; 2004).

### **Stroke**

Stroke är ett samlingsbegrepp för flera sjukdomstillstånd. Det vanligaste är hjärninfarkt som innebär att en blodpropp täpper till ett av hjärnans blodkärl (c:a 85%) eller hjärnblödning (c:a 15%) som innebär att ett blodkärl i hjärnan brister. Konsekvensen av stroke varierar mellan de lindrigaste formerna som kallas TIA (alla symtom borta inom 24 timmar) och minor stroke till mera allvarliga stroke som i sämsta fall har dödlig utgång (Socialstyrelsen; 2004). Någon tydlig definition av termen minor stroke har ej gått att finna. I föreliggande studie jämföras den med termen lindrig stroke som används när symtomen varar längre än 24 timmar men bedöms som lindriga, antingen redan vid insjuknandet eller på grund av snabb regress (Aquilonius och Fagius; 2000). Symtomen vid stroke varierar beroende på skadans omfattning och lokalisation. Vanliga symtom är halvsidig svaghet eller förlamning, känselstörning, språksvårigheter, perceptionsstörningar (varseblivning av både omvärld och den egna kroppen), sväljsvårigheter, synpåverkan samt kognitiva funktionsnedsättningar (inlärningsförmåga, logiskt tänkande), trötthet, förvirring och depression (Socialstyrelsen; 2004).

## **Kön**

Män under 75 år har en 40 % högre risk att drabbas av stroke än kvinnor i samma ålder (Socialstyrelsen; 2004). Flera studier har bekräftat att kvinnor är flera år äldre än män första gången de insjuknar i stroke (Wyller; 1999, Roquer, Campello och Gomis; 2003 och Glader m.fl.; 2003). Ingen skillnad har kunnat upptäckas mellan könen i fördelningen mellan blödning eller hjärninfarkt (Roquer m.fl.; 2003). Glader m.fl.(2003) fann i sin studie att, även efter justering utifrån ålder, blev kvinnor mera handikappade än män, både fysiskt och mentalt (Glader m.fl.; 2003). Sue-Min, Duncan, Dew och Keighley (2005) beskrev att två faktorer som påverkar återhämtningen efter en stroke är fysisk förmåga före stroke och depression. De menar att flera studier visat att depression är mera vanligt bland kvinnor än bland män. I studien av Sue Min m.fl. (2005) uppgav kvinnor att de hade en lägre fysisk förmåga än männen före stroke vilket gjorde att kvinnor har sämre förmåga till återhämtning efter stroke.

## **Kognitiva funktionshinder**

Stroke kan medföra dolda handikapp, d.v.s. bortfall eller nedsättning av funktioner som ger svårigheter i samspillet med omgivningen och som ofta uppenbaras först i ett senare skede (Socialstyrelsen; 2004). Eftersom läkare och rehabiliteringspersonal tycks fokusera på patienternas fysiska funktionsbortfall så har kognitiva bortfall som kan ge trötthet, huvudvärk, oro, irritation och minnesproblem en tendens att ignoreras (Röding, Lindström, Malm och Öhman; 2003). För personer med dessa, mindre påtagliga, kognitiva funktionshinder kan problem, som personalen inte hinner upptäcka under den ofta mycket korta vårdtiden, uppträda (Sjuksköterskornas riksförening; 2005). Kognition definieras som en psykologisk samlingsterm för tankeprocesser, hjärnans bearbetning av inkommande information. Konkreta exempel på påverkan på en persons kognitiva förmåga kan vara påverkan på minne, uppfattnings- och inlärningsförmåga, problemlösning, beslutsfattande, medvetande och intelligens (Wikipedia; 2006). Tang m.fl. (2006) fann i sin studie att 18,4 % av de strokedrabbade hade kognitiva funktionshinder.

## **Vård och rehabilitering**

I en studie av Kersten, Low, Ashburn, George och McLellan (2002) framkom att 45 % av personerna med stroke i arbetsför ålder upplever att behovet av information om sjukdomen inte blivit tillfredsställt.

Detta bekräftar även av Röding, Lindström, Malm och Öhman (2003) som skrev att de yngre strokepatienterna, som troligen har kvarstående kognitiva symtom som är ”osynliga”, upplever att de saknar information, inte får sina behov tillfredsställda, känner en brist på delaktighet i rehabiliteringsprocessen och har svårt att engagera sig i vardagsaktiviteter.

Vård och rehabilitering efter stroke sker i det akuta skedet på akutsjukhus, numera ofta på speciella strokeenheter (Socialstyrelsen; 1997) som dock är ungefär 16 % dyrare än vården på en vanlig neurologisk vårdavdelning (Epifanov; 2006). En sammanställning av data från 23 randomiserade prövningar förstärkt av observationsstudier baserade på det svenska kvalitetsregistret Riks-Stroke visar på ett övertygande sätt att vård vid strokeenhet resulterar i lägre dödlighet, minskat funktionsberoende och minskat behov av institutionsboende vilket gör vård på strokeenhet kostnadseffektiv (Socialstyrelsen; 2006). I det subakuta stadiet av stroke kan rehabiliteringen vid behov fortsätta på geriatriska eller rehabiliteringsmedicinska enheter beroende på personens ålder (Socialstyrelsen; 1997). Patienter med minor stroke skrivs dock oftast ut till hemmet efter den akuta sjukhusvården och kommer inte alltid i kontakt med geriatriska eller rehabiliteringsmedicinska enheter (Pettersson; 2006).

## **Prevention**

Vestling, Tufvesson och Iwarsson (2003) beskriver att 15-20 % av strokepatienter är i arbetsför ålder. Incidensen av stroke ökade mellan år 1989-2000, enligt Medin, Nordlund och Ekberg (2004). Exempel på väldokumenterade faktorer som bidrar till denna ökning är övervikt, rökning och hög alkoholkonsumtion. Både antal överviktiga och överkonsumtion av alkohol hos personer i arbetsför ålder har ökat de senaste årtiondena. Antal rökare har minskat men just de åldersgrupper av kvinnor som här studerats hör till den grupp som har de flesta rökarna. Migrän och vissa preventivmedel är två andra riskfaktorer för kvinnor. Ökningen av strokeinsjuknanden medför stora konsekvenser både för Hälso- och sjukvården samt för övrig social service (Medin m.fl.; 2004). I Socialstyrelsens rapport ”Livssituationen två år efter stroke” (2004) beskrevs att hjälpbehoven hos de drabbade fortfarande efter två år var mycket stora. Detta ställer höga krav på både hälso- och sjukvården i form av rehabilitering och uppföljning i öppen vård och på kommunernas omsorgsverksamhet. Kostnader för produktionsbortfall orsakad av förtidspension och för tidig död ökar också (Socialstyrelsen;

2004). Åtgärder för att bromsa denna utveckling krävs därför, både i form av att studera riskfaktorer och att arbeta med preventiva åtgärder (Medin m.fl.; 2004).

I Socialstyrelsens rapport "Livssituationen två år efter stroke" (2004) skrevs att de mest kostnadseffektiva primärpreventiva åtgärderna är adekvat blodtrycksbehandling, rökstopp och blodförtunnande behandling av patienter med förmaksflimmer.

Även kostrådgivning och sänkning av alkoholkonsumtionen har effekt. För patienter med minor stroke är sekundärprevention exempelvis att undersöka halskärlen med ultraljud för ställningstagande till operation av förträngningar i halspulsådren samt behandling med acetylsalicylsyrepreparat (Socialstyrelsen; 2004). Råd om livsstilsfaktorer, behandling av högt blodtryck och höga blodfetter är andra sekundärpreventiva åtgärder som har dokumenterad god effekt på kostnader (Socialstyrelsen; 2006).

### **Delaktighet**

Målet för rehabilitering är att personen ska kunna återgå till ett aktivt liv i samhället i största möjliga mån. Delaktighet i olika livssituationer finns med som en central del i WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, och har allt oftare använts som ett utfallsmått på rehabilitering under senare år. I ICF ersätter delaktighet det gamla handikappbegreppet (WHO; 2001). Socialstyrelsen (2006) beskriver att principer för rehabiliteringsarbete karaktäriseras av delaktighet från patient och närstående.

Anpassning till livet efter en stroke sker gradvis och är en lång process. Processen kan indelas i fyra faser varav den initiala präglas av överraskning och anspänning då den insjuknade överlåter mycket åt hälso- och sjukvårdspersonalen.

Nästa fas består av hård träning för att återfå förlorade funktioner. Patienten kan då vara mycket mera delaktig i processen. Den tredje och längre fasen handlar om att anpassa sig till livet hemma och gradvis öka cirkeln utåt. Först efter ett halvår eller längre inträder den sista fasen då den insjuknade skapar eller återskapar gränser för en relevant värld (Kirkevold; 2002). I rehabiliteringen ska patienten vara delaktig i vårdplanering och personal och patient diskutera och vara överens om mål och aktiviteter (Svensk sjuksköterskeförening; 2005).

Teasell, McRae och Finestone (2000) som studerat 55 yngre strokepatienters resultat av strokerehabilitering skrev att det i rehabiliteringen av unga strokepatienter uppdragas många, för dem unika, problem. Förlust av självständighet i kombination med högre grad av beroende av föräldrar är ett problem för de yngsta strokepatienterna. I gruppen unga strokepatienter framkom även många sociala problem, t.ex. skilsmässa, ansvar för barn och svårigheter att återgå till arbete, vilket betraktas som mycket viktigt för denna grupp (Teasell m.fl.; 2000).



Rodriguez, Exposito, Salvador, Ferrand, Perez och del Pino (2004) fann i sin studie av 111 patienter mellan 15 och 55 år att 22,5 % av patienterna uppgav att de förlorat vänner efter sin stroke. I en studie av Johansson, Högberg och Bernspång (2007) framkommer att mer än hälften av studiens 157 deltagare, med antingen stroke eller traumatisk hjärnskada, upplever en begränsad delaktighet i samhället och dess aktiviteter. Detta undantaget parametrarna egenvård och rörlighet där en högre grad av delaktighet rapporterades.

### **Livstillfredsställelse**

Mätning av livstillfredsställelse har visat att patienter med stroke har lägre tillfredsställelse än normalpopulationen. En stor andel av dem som har kvarstående symtom har en nedsatt livstillfredsställelse (Gallien m.fl.; 2005, Johansson; 2003). Den relativt låga livstillfredsställelsen hos patienter med stroke kan orsakas av att de inte lyckats finna sig tillrätta i livet med konsekvenserna efter insjuknandet (Bränholm, Lundmark, Månsson och Fugl-Meyer 1996).

Fugl-Meyer, Bränholm och Fugl-Meyer (1991) jämför tillfredsställelse med livet som helhet med att vara lycklig. Detta relaterar de till i hur stor utsträckning personen kan uppfylla sina individuella, personliga, vitala mål. Syftet med rehabilitering bör därför vara att mobilisera patientens resurser så att de, genom att sätta upp realistiska mål, kan uppnå en optimal livstillfredsställelse (Fugl-Meyer m.fl.; 1991). Neuropsykologiska kvarstående symtom som depression och kognitiva nedsättningar bidrar till en lägre livskvalitet ännu fyra år efter insjuknandet (Haacke, Althaus, Spottke, Siebert, Back och Dodel; 2006).

I Bays sammanställning av 39 publicerade studier om strokedrabbades livskvalitet framkommer att det framförallt är tre variabler som påverkar den insjuknades livskvalitet: mental hälsa, funktionella övre extremiteter och deltagande i fritidsaktiviteter (Bays; 2001). I en studie av 303 strokedrabbade personer angående hälsorelaterad livskvalitet fann Kwok, Lo, Wong, Wai-kwong, Mok och Kai-Sing (2006) att depression generellt har en mera ogynnsam effekt på livskvaliteten än en funktionsnedsättning. I en studie av Dam (2001) uppfyllde 20 % av strokepatienterna kriterierna för depression eller liten depression jämfört med 11 % av personerna i kontrollgruppen. Att tidigt identifiera och behandla depression och trötthet såväl som fysiska nedsättningar kan således förbättra livskvaliteten för strokepatienter (Naess, Waje-Andreassen, Thomassen, Nyland och Myhr; 2006).

## **Arbete**

Prognosen för återhämtning efter motoriska bortfall är god för unga strokedrabbade men kognitiva brister kan förhindra återgång till arbete (Malm, Kristensen, Carlberg, Fagerlund och Olsson; 1999). Vestling Tufvesson och Iwarsson (2003) visade i sin studie att återgång till arbete är av signifikant betydelse för livskvalitet och livstillfredsställelse för den unga strokepatienten. Vestling m.fl (2003) fann liksom Kappelle, Adams, Heffner, Torner, Gomes och Biller (1994) att 41 % respektive 42 % av strokepatienterna återgår till arbete även om förändringar har skett avseende arbetsgivare, arbetstid och arbetsuppgifter. I studier av Teasell och medarbetare (2000) och Röding m.fl (2003) framkommer däremot att endast 20 % respektive ett fåtal av de unga strokepatienterna återgick till arbete. Uppgivna orsaker till detta låga antal är ospecifika symtom som huvudvärk, trötthet, oro och irritation samt minnesproblem. Eftersom läkare tycks fokusera på fysiska funktionsbortfall finns en tendens till att sådana kognitiva skador ignoreras (Röding m.fl.; 2003). Johansson (2004) skriver att arbete har flera funktioner för människor. Dels är det en del av vår identitet och dels ger det struktur genom att tiden delas upp i arbetstid och fritid. Arbetet tillfredsställer även sociala behov och ger oss en grupptillhörighet.

I sin studie av långtidsprognos för 296 unga vuxna med ischemisk stroke konstaterar Kappelle m.fl. (1994) att majoriteten av de insjuknade även har kvarstående känslomässiga, sociala eller fysiska funktionsnedsättningar som kan förhindra anställning och sänka livskvaliteten.

## **Sjukvårdskonsumtion**

Efter en stroke får flertalet patienter någon form av resttillstånd som medför att de har behov av en långsiktig kontakt med primärvården. Detta gäller för såväl sekundärprevention och rehabilitering som för tillkomst av nya neurologiska symtom och komplikationer (Socialstyrelsen; 2004). Planerat återbesök till primärvårdsläkare och uppföljande telefonsamtal från samordningsansvarig efter vårdtillfället på sjukhus medför trygghet för patienten och kan minimera oplanerade akutkontakter och minska stressrelaterade symtom (Socialstyrelsen; 2006).

I en långtidsuppföljning av 198 patienter efter TIA och minor stroke (medel 15,6 år) konstaterade van Wijk m.fl. (2006) att en tredjedel av populationen hade kvarstående besvär och behövde någon form av professionell vård. En av orsakerna till detta var ofta återinsjuknande i stroke. I studien framkom att den professionella vården kunde bestå av

fysisk träning, hjälp och stöd i personlig vård, psykosocialt stöd och/eller anpassning/ utprovning av hjälpmedel.

Långtidsprognosen när det gäller stroke generellt är bättre för yngre patienter med stroke än för äldre strokedrabbade men för unga vuxna med stroke är dödligheten generellt sett mycket högre jämfört med den generella befolkningen i samma ålder (Varona, Bermejo, Guerra och Molina; 2004). I en studie av Neau m.fl. (1998) framkommer att 48,31 % av patienterna är klassificerade som deprimerade. Poststrokedepressionen hade samband med stokens lokalisation, grad av funktionsnedsättning och oförmåga till att återgå till arbete. Vid uppföljning av strokepatienter behövs dock inte bara kontroll av poststrokedepression och neuropsykologiska brister utan även patientutbildning om riskfaktorer som högt blodtryck, diabetes mellitus, hjärtarytmier (Haass; 2005).

Sjukdomens olika förlopp medför krav på väl fungerande samarbete mellan akutvård och primärvård, mellan rehabiliterande kliniker och den kommunala vården. Primärvården förväntas ansvara för den långsiktiga uppföljningen. Generellt kan sägas att en mängd olika faktorer har betydelse för sjukdomens allvarlighetsgrad och vilka konsekvenser den medför för den enskilde (Socialstyrelsen; 2004).

### **Strokescreening**

På en svensk rehabiliteringsklinik tas patienter med minor stroke emot för en s.k. screening/rehabiliteringsbedömning där de under en vecka träffar läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator. Rehabiliteringskliniken erbjuder sig att följa upp medicinsk utredning och behandling, utreda och kartlägga behov av träning och behandling, ge information till patient och närstående samt att, om behov finns, slussa vidare i vårdkedjan. Med screening avses test av personer för att identifiera dem med speciella egenskaper (Die net; 1996). Under den period då Strokescreeningprogrammet startades upp erbjöds endast patienter från närliggande kommuner att delta.

Övriga patienter i samma landsting fick traditionell behandling/handläggning. Den traditionella behandlingen/handläggningen innebar att en del av patienterna erbjöds ett uppföljande polikliniskt besök på sjukhusets medicinmottagning medan andra inte erbjöds någon planerad uppföljning. Inga uppgifter om hur urvalet gick till finns att tillgå.

För att inkluderas i Strokescreeningprogrammet på aktuell rehabiliteringsklinik krävs att patienten haft en lindrig hjärninfarkt, ej har afasi, förväntas kunna återgå till arbete och i samband med insjuknandet ej har varit inneliggande på akutklinik mer än 21 dygn. En mindre

motorisk påverkan har kunnat förekomma men patienterna har under den akuta vårdtiden självständigt skött sin personliga vård. De ska även ha skrivits ut till eget boende.

Målen med Strokescreeningprogrammet är att patienterna ska känna sig informerade och ha kunskap om den egna situationen. Dessutom ska en grund ha lagts för att patienterna ska kunna gå vidare med återhämtning/rehabilitering. Sekundärpreventiva åtgärder ska ha följts upp. I screeningprogrammet innefattas en systematisk undersökning/kartläggning av kvarstående problem/behov orsakad av minor stroke samt information om skadan och dess följder. Även anhöriga/närstående inbjuds att delta.

Screeningen/rehabiliteringsbedömningen sker tidigast 2-4 veckor efter utskrivning från sjukhus eftersom det ofta är efter hemkomsten som problemen uppenbarar sig.

### **Problemområde**

Idag ställs krav på att vård och behandling ska vara både evidensbaserad och kostnadseffektiv (Socialstyrelsen 2004). Det är därför av största vikt att empiriskt undersöka om någon skillnad finns mellan personer som deltagit respektive inte deltagit i Strokescreeningprogrammet, både gällande upplevelser av delaktighet och livstillfredsställelse samt ekonomiska faktorer som förändringar i arbetssituation och konsumtion av sjukvård.

### **Syfte**

Att, med avseende på upplevelser av delaktighet och livstillfredsställelse samt arbetssituation och sjukvårdskonsumtion, göra en jämförelse mellan två grupper av personer med stroke som deltagit respektive inte deltagit i ett Strokescreeningprogram.

### **Frågeställningar**

1. Finns det någon skillnad mellan de båda grupperna i hur hög utsträckning man upplever delaktighet i olika livssituationer ?
2. Finns det någon skillnad mellan de båda grupperna i hur man upplever sin livstillfredsställelse ?
3. Finns det någon skillnad mellan de båda grupperna i hur mycket sjukvård, relaterat till stroke, som har konsumerats efter insjuknandet ?
4. Finns det någon skillnad mellan de båda grupperna i hur arbetssituationen har förändrats efter stroke ?

## **Metod**

### **Design**

Denna studie är pre-experimentell med en icke likvärdig kontrollgrupp där studien endast utförts efter interventionen.

### **Urval**

Ett konsekutivt, retroaktivt urval gjordes av dels 54 personer som deltagit i Strokescreeningprogrammet och dels 54 personer som erhållit traditionell behandling/handläggning.

Genom att starta med de patienter som i september 2005 var aktuella på den medicinska rehabiliteringsklinik som genomför Strokescreeningprogrammet och därefter konsekutivt gå bakåt i tiden och välja ut de cirka 50 först funna patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna inleddes urvalsförfarandet. På rehabiliteringskliniken hittades 54 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. De var mellan 37 och 64 år vid vårdtillfället. Det var 21 kvinnor och 33 män. De hade insjuknat under tiden maj 2003 – sept 2005. På en akutklinik i en annan del av samma landsting inkluderades de 54 första patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna.

Inklusionskriterier i båda grupperna var att de skulle ha insjuknat i minor (lindrig) stroke i september -05 eller tidigare, vara i arbetsför ålder, inte ha vårdats mer än 21 dygn på akutklinik, vara självständiga i personlig vård, klara att bo i eget boende och inte ha afasi. Med minor stroke avses i denna studie att patienten under vårdtiden på akutklinik fått någon av diagnoskoderna I60.2, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.4, I61.9, I63.3, I63.4, I63.5, I63.8, I63.9, I66.4, I69.1, I69.3, G45.0, G45.1, G45.9, Z50.9 som innefattar sjukdomar i hjärnans kärl, sjukdomar i nervsystemet och vård för rehabiliteringsåtgärder (Socialstyrelsen 1997). En mindre motorisk påverkan skulle ha kunnat förekomma men patienterna skulle självständigt ha skött sin personliga vård vid utskrivningen från akutklinik. Med arbetsför ålder avsågs att patienten är född år 1940 eller senare. Tidpunkten sept -05 eller tidigare d.v.s. insjuknande för minst ett år sedan valdes därför att personen skulle ha en längre tids erfarenhet av att bo hemma efter sjukdomen och av att vara tillbaka till sin vardagsmiljö.

### **Datinsamling**

En strukturerad enkät skickades till var och en av personerna i grupperna.

Enkäten innehöll bakgrundsfrågor, frågor om upplevelse av delaktighet och livstillfredsställelse, sjukvårdskonsumtion och sysselsättning. Frågorna var dels strukturerade med svarsalternativ och dels öppna frågor. Frågor gällande sysselsättning har tidigare använts i en studie innefattande personer med hjärnskador och då befunnits vara både valida och reliabla (Johansson och Bernspång 2003). Vid frågor om delaktighet används frågeformuläret Reintegration to Normal Living (RNL) (Wood-Dauphinee & Williams, 1987). Detta instrument är utvecklat för att mäta övergripande funktionsstatus på patienter under rehabiliteringsperioden. Det kan användas för att mäta i hur stor utsträckning patienten har kunnat återgå till normalt liv. Instrumentet har befunnits ha god validitet och reliabilitet. RNL berör 11 frågeområden. För att öka känsligheten vid analysen uppdelas instrumentets frågeområden i två subskalor, daglig funktion och självuppfattning. I daglig funktion innefattas: förflyttning i bostad, förflyttning i samhället, resa bort, personlig vård, sysselsättning/arbete, rekreation/hobbies, sociala aktiviteter, roll i familjen. I självuppfattning innefattas: personliga relationer, mig själv i sällskap med andra samt förmåga att hantera händelser i livet (Wood-Dauphinee, Opzoomer 1988). Frågorna ställs i form av påståenden. Deltagaren svarar på en fyrgradig skala på i hur hög utsträckning påståendet stämmer in på dennes situation. Det har befunnits fungera väl som självskattningsinstrument (Carter, Buckle, Ferraro, Rordorf och Ogilvy; 2000 samt Johansson, Högberg och Bernspång; 2007). Vid frågor om livstillfredsställelse används frågeformuläret LiSat-9. Även detta instrument har befunnits ha god validitet och reliabilitet. Instrumentet mäter grad av livstillfredsställelse i 9 olika domäner där de svarande på en sexgradig skala skattar sin tillfredsställelse med livet i allmänhet, förmåga att klara egenvård, fritidssituation, arbetssituation, ekonomisk situation sexliv, relation till partner, familjeliv och vänner (Fugl-Meyer och medarbetare; 1991). Resultaten dikotomiseras i analysen till tillfredsställd respektive icke tillfredsställd. Tudelningen som gjordes mellan tillfredsställd respektive ganska tillfredsställd (skalstegen 4 och 5) har funnits vara valid och adekvat för att ge en ögonblicksbild av situationen (Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A 1996 samt Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS 2002).

### **Tillvägagångssätt**

Tillstånd att få tillgång till erforderliga journalhandlingar inhämtades av verksamhetschef på respektive klinik. Urval av presumtiva studiedeltagare gjordes genom att sekreterare på respektive klinik ombads att identifiera patienter med diagnosen minor stroke i datasystemet Vanja.

Därefter gick ansvarig för föreliggande studie in manuellt i varje patients journal för att se om övriga inklusionskriterier uppfylldes. Detta upprepades tills 54 individer hittats på varje klinik. Frågeformulär skickades till de utvalda personerna. Frågeformulären kodades med en siffra för att ev. telefonkontakt skulle kunna tas senare.

Den projektansvariga förvarade kodlistan som förstördes så snart studien var genomförd. Till frågeformuläret bifogades ett missivbrev där information om studien gavs, samt frivillighet att delta betonades. Ett frankerat svarskuvert bifogades.

Om svar ej inkommit 14 dagar efter utskicket skickade projektansvarig ut en påminnelse om studien. Efter ytterligare 14 dagar togs en telefonkontakt med dem som fortfarande inte svarat och dessa erbjöds då möjlighet att svara muntligt på frågorna. Detta för att öka svarsfrekvensen. Efter första utskicket inkom 53 svar. En skriftlig påminnelse skickades ut till 46 personer. Då inkom ytterligare 6 svar. Därefter söktes telefonkontakt med dem som inte svarat. Då erhöles 18 stycken muntliga avböjanden.

Vid telefonkontakterna framkom irritation över att bli uppringda eftersom man ansåg att man redan tagit ställning genom att välja att inte svara på enkäten. Telefonkontakterna avslutades trots att 22 personer inte blivit uppringda eftersom det, efter den framkomna irritationen över samtalen, inte bedömdes som moraliskt rätt att fortsätta.

### **Dataanalys**

Bearbetning av data skedde i statistikprogrammet SPSS. Signifikansprövning enligt frågeställningarna gjordes med olika tester: Chi2 test användes för att se om skillnad fanns mellan grupperna gällande data på nominalskalenivå, Mann Whitney test användes för data som rangordnas, exempelvis frågorna om livskvalitet och delaktighet och T-test för frågorna om sjukvårdskonsumtion och arbetssituation. Linjära regressionsanalyser har gjorts för att se om variabler som tid efter insjuknande, kön och ålder har påverkat resultaten i jämförelsen av de medianvärden som framkom i RNL. För att pröva om variablerna tid efter insjuknande, kön och ålder hade betydelse för det dikotomiserade resultatet i LiSat 9 användes en multivariat logistisk regressionsanalys. Resultaten presenteras både deskriptivt och i form av signifikansvärden. Svaren på de öppna frågorna kategoriserades i efterhand och presenteras deskriptivt.

### **Etik**

Deltagande i studien byggde på frivillighet. Alla strokedrabbade kan i allmänhet anses vara i beroendeställning emot vårdpersonal.

Eftersom ansvarig för denna studie dock inte är anställd på den klinik där strokescreeningen genomförts och inte heller har haft kontakt med övriga i populationen tidigare kan man inte anse att dessa personer var beroende av studieansvarig trots att denna arbetar inom vården. Enkäterna avidentifierades och behandlades med sekretess. Resultaten presenteras på gruppnivå och inga enskilda personer kan identifieras. Studien har godkänts hos högskolans forskningsetiska råd.

## **Resultat**

Resultatet kommer att inledas med en beskrivning av studiens deltagare och en bortfallsanalys. Därefter presenteras resultatet under varje frågeställning.

De som har deltagit i Strokescreeningprogrammet kommer fortsättningsvis att benämnas som grupp 1 och gruppen som ej deltagit i Strokescreeningprogrammet kommer fortsättningsvis att benämnas som grupp 2.

## **Deltagare**

Av 108 utskickade enkäter varav 54 till vardera gruppen har totalt 59 svar inkommit. I grupp 1 erhöles 27 svar och i grupp 2 inkom 32 stycken svar. Av de 108 utskickade enkäterna hade 9 stycken returnerats p.g.a. att adressaten varit okänd på adressen. Detta ger ett deltagande på 60 %. Det var 69,5 % av de 59 deltagarna i studien som var män. Fördelningen mellan könen var olika mellan grupperna (se tabell 1) men skillnaden var dock inte statistiskt signifikant ( $p=0,066$ ). I grupp 1 var deltagarnas medelålder 59,7 år jämfört med 59,2 år i grupp 2. Skillnaden i tid efter insjuknandet mellan de båda grupperna var statistiskt signifikant ( $p = 0,003$ ) se tabell 2. Det var 72,9 % som var sammanboende och 23,7 % som bodde ensamma. Andelen ensamboende var högre i grupp 2 än i grupp 1 (31,3 % jämfört med 14.8 %).



Tabell 1. Fördelning av deltagare och bortfall mellan kön, åldersgrupper och tid efter insjuknande i respektive grupp. Presenterat i antal och (%) av respektive grupp.

	<b>Grupp 1</b>		<b>Grupp 2</b>	
	<b>Deltagare</b>	<b>Bortfall</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Bortfall</b>
Män	22 (82 %)	12 (44 %)	19 (59 %)	15 (68 %)
Kvinnor	5 (18 %)	15 (56 %)	13 (41 %)	7 (32 %)
41-50 år		7 (26 %)	4 (13 %)	3 (14 %)
51-60 år	14 (52 %)	14 (52 %)	11 (34 %)	4 (18 %)
61-70 år	13 (48 %)	6 (22 %)	17 (53 %)	15 (68 %)
Insjuknat för 12-24 månader sen	8 (30 %)	7 (26 %)	14 (44 %)	10 (46 %)
Insjuknat för 25-36 månader sen	11 (40 %)	14 (52 %)	12 (37 %)	8 (36 %)
Insjuknat för 37-48 månader sen	8 (30 %)	6 (22 %)	6 (19 %)	4 (18 %)

Tabell 2. Antal månader efter insjuknande i medeltal fördelat på grupper och kön.

<b>Kön</b>	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2</b>
Man	31	24
Kvinna	30	22
Totalt	31	23

I grupp 1 hade 88,9 % av deltagarna körkort medan 84,6 % körde bil. Motsvarande siffror i grupp 2 är att 90,6 % hade körkort och 86,7 % körde bil.

Vad gäller utbildning så hade knappt hälften av deltagarna grundskola som högsta utbildningsnivå medan en dryg fjärdedel angav gymnasieutbildning som högst. Fördelningen mellan de som hade högskoleutbildning och annan utbildning var jämn. Övriga 10,3 % uppgav olika kombinationer som högsta utbildningsnivå (se diagram 1). Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

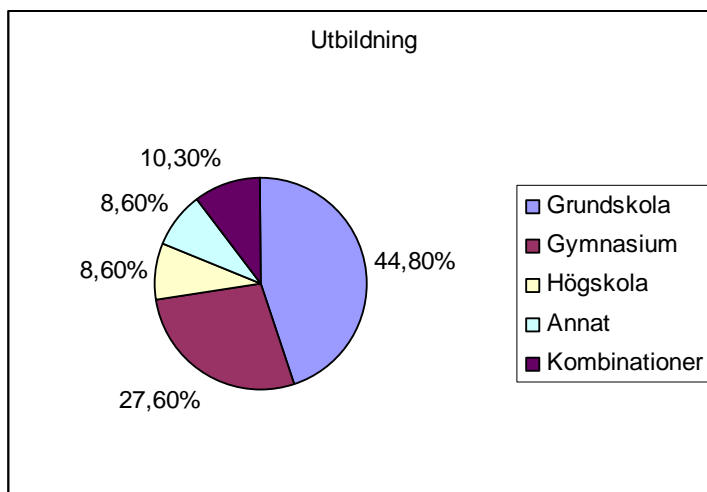


Diagram 1. Fördelning av deltagarnas utbildningsnivåer.

### Bortfall

De som valt att inte svara fördelade sig enligt följande (se tabell 1). Bortfallet var högre i grupp 1 (50 %) än i grupp 2 (40 %). I grupp 2 var det övervägande andel män som valde att inte svara medan det i grupp 1 var något flera kvinnor som ej svarade. Åldersmässigt var det i grupp 1 mestadels de mellan 51-60 år som ej svarade medan det i grupp 2 var mestadels personer mellan 61- 70 år som valde att inte delta. I grupp 1 var det övervägande de som insjuknat för 25-36 månader sen som valde att inte delta medan det i grupp 2 var mestadels de som insjuknat för 12-24 månader sen som valde att avstå från deltagande i studien.

### Delaktighet

Svaren på frågeformuläret om upplevelsen av delaktighet, RNL, delades i två subskalor till daglig funktion och självuppfattning (Wood-Daughnee, Opzoomer 1988). För att de båda grupperna skulle kunna jämföras med Chi2 test beräknades sedan medianvärdet i varje kategori i de båda subskalorna (se tabell 3 och 4). Någon signifikant skillnad mellan grupp 1 och 2 kunde inte påvisas. Därefter prövades varje frågeområde för sig med hjälp av Mann-Whitney test. Då fann man en tendens till skillnad mellan grupperna i subskalan daglig funktion i frågeområdet personlig vård. Skillnaden visade att grupp 1 upplevde en lägre delaktighet än grupp 2 ( $p = 0,059$ ).

Tabell 3. RNL: Daglig funktion. Antal personer i respektive grupp under varje medianvärde. Skala från 1-4 där 1 = beskriver inte alls min situation och 4 = beskriver till fullo min situation.

<b>Medianvärden</b>	<b>1,00</b>	<b>1,50</b>	<b>2,00</b>	<b>2,50</b>	<b>3,00</b>	<b>3,50</b>	<b>4,00</b>	<b>Totalt antal Personer</b>
Grupp 1	6	3	2	1	1	1	13	27
Grupp 2	5	0	1	2	3	1	16	28
Totalt	11	3	3	3	4	2	29	55

Tabell 4. RNL: Självuppfattning. Antal personer i respektive grupp under varje medianvärde. Skala från 1-4 där 1 = beskriver inte alls min situation och 4 = beskriver till fullo min situation.

<b>Medianvärden</b>	<b>1,00</b>	<b>1,50</b>	<b>2,00</b>	<b>2,50</b>	<b>3,00</b>	<b>3,50</b>	<b>4,00</b>	<b>Totalt antal Personer</b>
Grupp 1	1	0	3	0	11	0	12	27
Grupp 2	0	0	1	1	8	0	19	29
Totalt	1	0	4	1	19	0	31	56

En linjär regressionsanalys som gjordes för att pröva om variablerna tid efter insjuknande, kön och ålder påverkade resultatet visade att vare sig resultatet i daglig funktion eller självuppfattning påverkades av dessa variabler.

### **Livstillfredsställelse**

En öppen fråga ställdes om hur deltagarna upplevt att livet förändrats efter strokeinsjuknandet. Det inkom totalt 78 svar på denna fråga. Det var 23 personer i grupp 1 och 27 personer i grupp 2 som besvarade frågan. Detta innebär att samma person kunde svara med flera meningar som sen sorterades in i 10 olika kategorier, se tabell 5. Det var fysisk påverkan som av många upplevdes som den största förändringen i livet. Betydelse hade även kognitiv påverkan, minskad stresståligheten och, framför allt i grupp 2, trötthet. I grupp 1 upplevde man även att förändring i arbetssituationen påverkar livet.

Tabell 5. Fördelning i kategorier över deltagarnas upplevelser av hur livets förändrats.

<b>Grupp</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Beroende av andra	1	1
Stress	4	3
Fysisk påverkan	11	14
Kognitiv påverkan	6	7
Depression	2	2
Livsåskådning	2	1
Sociala hinder	1	1
Sexuella hinder		2
Trötthet	3	6
Oförmögen till arbete	7	4

Svaren på upplevd livstillfredsställelse dikotomiserades till tillfredsställd (skalsteg 5-6) respektive inte tillfredsställd (skalsteg 1-4). I alla domäner utom ”kontakt med vänner” var andelen tillfredsställda något högre i grupp 1. Någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna fanns dock inte.

Tabell 6. Upplevelse av livstillfredsställelse i grupperna. P-värden avser signifikansprövning mot referensgrupp.

	<b>Grupp 1</b> Andel tillfredsställda (p-värde)	<b>Grupp 2</b> Andel tillfredsställda (p-värde)	<b>Referensgrupp</b> Andel tillfredsställda
Livet i allmänhet	48,1 % (0,014)	44,8 % (0,003)	70 %
Klara egenvård	96,3 % (ns)	86,7 % (ns)	96 %
Fritidssituation	59,3 % (ns)	41,9 % (ns)	58 %
Arbetsituation	37,5 % (ns)	29,6 % (0,008)	53 %
Ekonomisk situation	51,9 % (ns)	38,7 % (ns)	39 %
Sexliv	34,6 % (0,039)	28,6 % (0,005)	56 %
Relation med partner	66,7 % (ns)	65,2 % (ns)	79 %
Familjeliv	73,1 % (ns)	70,4 % (ns)	81 %
Vänner	44,4 % (ns)	64,5 % (ns)	67 %

För att säkerställa att inte skillnader i ålder, könsfördelning och tid efter insjuknande påverkade resultatet gjordes en multivariat logistisk regressionsanalys. Analysen visade att ingen av faktorerna påverkade tillfredsställelsen med livet i allmänhet.

I jämförelse med en referensgrupp bestående av en normalpopulation svenskar (Fugl-Meyer 1996) är studiens deltagare, i båda grupperna, signifikant mindre tillfredsställda med livet i allmänhet. Deltagarna i grupp 2 är signifikant mindre tillfredsställda med sin arbetssituation ( $p = 0,008$ ) i jämförelse med referensgruppen. När det gäller sexliv är båda grupperna signifikant mindre tillfredsställda än referensgruppen (Grupp 1:  $p = 0,039$ , grupp 2:  $p = 0,005$ ).

### Arbetssituation

Vad gäller förändring av arbetssituation har en person i grupp 2 avstått från att svara. Vid tidpunkten för studien är den totala situationen följande:

Tabell 7. Översikt över arbetssituation före insjuknande och vid studietillfället.

Före strokeinsjuknandet				Vid studietillfället	
Grupp 1	Arbetar	27	—————>	Arbetar	17
				Arbetar ej	7
				Pension	3
Grupp 2	Arbetar	19	—————>	Arbetar	11
				Arbetar ej	1
				Pension	7
	Arbetar ej	10	—————>	Arbetar ej	10
	Förtidspension	2	—————>	Förtidspension	2

I grupp 1 arbetade alla deltagare före strokeinsjuknandet. Vid tidpunkten för studien var två tredjedelar av dessa tillbaka i arbete. Av de personer som inte var tillbaka i arbete hade 3 personer uppnått ålderspension.

I grupp 2 arbetade knappt två tredjedelar av de svarande personerna före strokeinsjuknandet. Av dem som ej arbetade var 5 personer arbetslösa och 2 sjukpensionerade. Övriga har ej angivit orsak till varför de ej arbetade. Av dem som ej angivit orsak var 4 kvinnor och 1 man. De var mellan 52 och 66 år gamla. Vid studietillfället arbetade hälften av de möjligt arbetsföra personerna.

Vid jämförelse av hur stor andel av möjligt arbetsföra personer i respektive grupp som faktiskt arbetade vid studietillfället fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

Prövningen gjordes med Chi2 test.

Därefter prövades med samma test hur stor andel av dem som arbetade i respektive grupp som arbetade heltid. Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

### **Sjukvårdskonsumtion**

Alla deltagare har svarat på vilka kontakter de haft med primärvården efter strokeinsjuknandet. Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna. Det var något fler i grupp 1 som har haft kontakt med läkare jämfört med i grupp 2.

När det gäller kontakt med distriktssköterska är det omvänt något flera i grupp 2 än i grupp 1.

När det gäller kontakt med primärvårdens rehabiliteringspersonal har i grupp 1 en tredjedel haft kontakt med sjukgymnast och en femtedel med arbetsterapeut. I grupp 2 har flera än i grupp 1 haft kontakt med sjukgymnast och något färre har haft kontakt med arbetsterapeut. Se tabell 8.

Tabell 8. Antal personer som haft kontakt med primärvård.

<b>Kontakt med Primärvård</b>	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2</b>
Läkare	23 (85,2 %)	26 (81,3 %)
Distriktssköterska	10 (37 %)	14 (43,8 %)
Sjukgymnast	9 (33 %)	13 (40,6 %)
Arbetsterapeut	5 (18,5 %)	5 (15,6 %)
Kurator	4 (14,8 %)	5 (15,6 %)
Psykolog	4 (14,8 %)	1 (3,1 %)

På den öppna frågan om hur många gånger och av vilken orsak kontakt har tagits med primärvårdens yrkesgrupper har svaren kategoriserats enligt tabell 9 och 10. Tabell 9 visar att flera av deltagarna i grupp 1 tycks ha endast sporadiska kontakter med primärvården medan flera av deltagarna i grupp 2 har en mera regelbunden kontakt flera ggr/år.

Tabell 9. Antal kontakter med primärvård

<b>Antal kontakter med primärvården</b>	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2</b>
1-2 ggr	11	7
3-4 ggr	5	6
5-6 ggr	0	5
7-8 ggr	3	2
9-10 ggr	0	1
Regelbundet flera ggr/år	5	11
<b>Summa antal svar</b>	<b>27</b>	<b>32</b>

I tabell 10 har en person ibland uppgivit flera orsaker till kontakterna med primärvården. En del personer har också avstått från att svara på frågan.

Tabell 10. Orsaker till kontakt med primärvården

<b>Orsaker till kontakt med Primärvården</b>	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2</b>
Blodtryckskontroll/provtagning	7	9
Medicinställning	5	3
Träning	2	3
Medicinsk uppföljning/information	10	10
Körkortsfråga		1
Sjukskrivning	1	1

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Jämförelsen mellan de som deltagit respektive inte deltagit i Strokescreeningprogrammet visar inga signifikanta skillnader. Vissa tendenser till skillnader kunde dock urskiljas.

Gällande delaktighet upplevde grupp 1 en lägre delaktighet i framförallt den personliga vården än grupp 2. I frågeställningen om livstillfredsställelse fanns en tendens till att grupp 1 upplevde en högre livstillfredsställelse än grupp 2. De strokedrabbade upplevde en signifikant lägre livstillfredsställelse inom vissa domäner än en referensgrupp bestående av en normalpopulation svenskar.

Vid jämförelse av återgång till arbete vid studietillfället arbetade något fler i grupp 1. Gällande sjukvårdskonsumtionen hade något fler i grupp 2 en regelbunden kontakt med primärvården.

### **Resultatdiskussion**

I jämförelsen av upplevelse av delaktighet rapporterade grupp 1 en lägre delaktighet än grupp 2 i båda subskalorna. Skillnaden, som inte var statistiskt signifikant, framkom framförallt i frågeområdet personlig vård. Delaktighet används som ett utfallsmått på rehabilitering (WHO 2001). Enligt Kirkevold (2002) tar det minst ett halvår innan man nått den sista fasen i anpassningen till livet efter en stroke. Eftersom studiens deltagare drabbats av stroke minst ett år före undersökningen bör inte skillnaden mellan grupperna i tid efter insjuknande ha påverkat utfallet vilket den statistiska prövningen också visade.

I rehabiliteringen av de yngre strokepatienterna uppdagas andra problem än hos de äldre (Teasell m.fl. 2000). I grupp 2 var 4 av deltagarna yngre än 51 år men det var även 4 personer flera än i grupp 1 som var äldre än 61 år. Därmed väcktes en tanke om huruvida åldersfördelningen i grupperna kan ha påverkat resultatet. Den linjära regressionsanalysen visade dock att åldersfördelningen inte påverkat resultatet.

Deltagarnas kön skulle kunna ha betydelse för upplevelsen av delaktighet. Sue-Min m.fl. (2005) fann att kvinnor drabbades av depression efter stroke i högre utsträckning än män. Depression kan medföra ett minskat intresse för omgivning, inåtvändhet och passivitet (Sjukvårdsrådgivningen 2007) som skulle kunnat innebära att den enskildes krav på delaktighet sjönk och personen skulle nöja sig med mindre möjlighet till delaktighet. Enligt Neu och medarbetare (1998) är 48 % av de yngre strokedrabbade deprimerade. Grupp 2 bestod av 41 % kvinnor medan endast 18 % i grupp 1 var kvinnor. Således skulle andelen deprimerade kunna vara högre i grupp 2 och de skulle då vara mera nöjda med sin delaktighet. Detta överensstämmer med resultatet i föreliggande studie där en tendens till att grupp 2 är mera nöjda med delaktighet finns. Någon statistisk signifikans för detta framkommer dock ej. En annan aspekt är att skillnader i livsmönster mellan de två landskapen som deltagarna tillhör med exempelvis grupp 2's högre arbetslöshet än grupp 1 skulle kunna påverka upplevelsen av delaktighet.

Mätningen av livstillfredsställelse visade att deltagarna i föreliggande studie upplever en signifikant lägre tillfredsställelse med livet i allmänhet än en normalpopulation svenskar. Deltagarna i grupp 1 upplever en högre livstillfredsställelse än grupp 2. Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant.



I domänen kontakt med vänner upplever dock grupp 2 en högre tillfredsställelse än grupp 1. Det skulle kunna förklaras av att endast hälften av deltagarna i grupp 2 arbetade medan ca 70 % av grupp 1 arbetade. Man skulle då kunna anta att de som inte arbetar har mera tid att ha kontakt med vänner.

I en tidigare studie av Bränholm och medarbetare (1996) framkommer att patienter som drabbats av stroke upplever en ännu lägre tillfredsställelse med livet i allmänhet än deltagarna i föreliggande studie. Detta gör den aktuella studiens resultat trovärdiga eftersom deltagarna i denna studie haft minor stroke och således kan antas ha mindre kvarstående besvär än de med stroke i studien av Bränholm m.fl. (1996).

Skillnaden i könsfördelning och åldersspridning i grupperna skulle ha kunnat påverka livstillfredsställelsen eftersom det finns skillnader både mellan könen och olika åldersgrupper när det gäller återhämtning efter stroke (Socialstyrelsen 2004, Wyller 1999, Roquer m.fl. 2003, Glader m.fl. 2003 och Sue-Min m.fl. 2005). Enligt Sue-Min m.fl. 2005 har kvinnor lägre fysisk förmåga än män vilket ger en sämre förmåga till återhämtning efter stroke. Eftersom det var betydligt större andel kvinnor i grupp 2 jämfört med i grupp 1 borde resultatet i grupp 2 ha varit sämre än i grupp 1. Den multivariata logistiska regressionsanalysen visade dock att könsfördelning och åldersspridning inte signifikant har påverkat resultatet när det gäller tillfredsställelsen med livet i allmänhet.

I båda grupperna upplever deltagarna att den största förändringen i livet är den fysiska påverkan som stroken fört med sig. Man upplever sig dock ändå inte beroende av andra. Detta överensstämmer inte med Socialstyrelsens uppföljning av livssituationen två år efter stroke (2004) där det framkom att 58,1 % av deltagarna uppgav sig vara beroende av stöd/hjälp från anhöriga. Förklaringen kan dock vara att deltagarna i föreliggande studie haft minor stroke och Socialstyrelsens uppföljning gällt stroke generellt.

Kognitiva bortfall har en tendens att ignoreras (Röding m.fl. 2003). Kan deltagande i strokescreeningprogrammet göra så att fokus på den kognitiva problematiken ökar medvetenheten om detta hos deltagarna. Det skulle då kunna förklara att grupp 1 upplever en högre livstillfredsställelse eftersom de är mera medvetna om varför de ej är delaktiga i allt som erbjuds och då kan acceptera det ?

Livstillfredsställelse påverkas av hur väl individen kan uppfylla sina egna individuella, personliga mål (Fugl-Meyer m.fl. 1991). Kan Strokescreeningprogrammet göra så att deltagarna sätter upp mera realistiska mål än de annars skulle ha gjort och därmed upplever en högre tillfredsställelse ?

Vestling och medarbetare (2003) visade i sin studie att återgång till arbete är av signifikant betydelse för livstillfredsställelsen. Skulle då skillnaden mellan gruppernas arbetssituation kunna förklara den tendens till skillnad i livstillfredsställelse som fanns mellan grupperna och fanns skillnaden redan före strokeinsjuknandet ?

I tidigare studier har uppgivits att 40 % av strokepatienterna (Vestling m.fl. 2003. Kappelle m.fl. 1994) återgår till arbete även om förändringar har skett avseende arbetsgivare, arbetstid. I föreliggande studie har 71 % respektive 50 % av deltagarna återgått till arbete. Skillnaden mellan tidigare studier och den föreliggande skulle kunna förklaras av att deltagarna i denna studie drabbats av minor stroke.

När det gäller sjukvårdskonsumtion fanns en tendens att deltagarna i grupp 1 haft ett fåtal kontakter med primärvård medan deltagarna i grupp 2 haft mera regelbundna, återkommande kontakter. Efter en stroke får flertalet patienter någon form av restillstånd som medför att de har behov av en långsiktig kontakt med primärvården (Socialstyrelsen 2004). Eftersom det ingår i Strokescreeningprogrammet att utreda och kartlägga behov av träning och behandling, ge information till patient och närstående samt att, om behov finns, slussa vidare i vårdkedjan är det rimligt att anta att sjukvårdskonsumtionen i grupp 1 skulle ha varit högre än i grupp 2. Samtidigt framkom i en studie av Kersten m.fl (2002) att 45 % av strokedrabbade upplevde informationsbehovet som otillfredsställt. Om man kan anta att detta behov tillfredsställs genom deltagandet i Strokescreeningprogrammet bör istället sjukvårdskonsumtionen varit lägre i grupp 1. Detta överensstämmer med resultatet i föreliggande studie då deltagarna i grupp 1 haft färre kontakter med primärvården än grupp 2.

### **Metoddiskussion**

Metoden att använda enkäter valdes för att nå så många som möjligt av dem som deltagit i Strokescreeningprogrammet och dessutom nå en jämförbar grupp i samma del av landet. En svaghet i studien är att underlaget är så litet att stora signifikanta skillnader inte kan förväntas. Dessutom kan enskilda avvikande observationer påverka resultatet i högre utsträckning än i en större grupp. Bortfallet uppgår till 40 % vilket gör att inga säkra slutsatser kan dras eftersom ingen kontroll finns över hur representativa de svarande är för målgruppen. En annan svaghet i studien är att man endast mäter vid ett tillfälle vilket gör att man endast får en ögonblicksbild (Polit, Hungler 1995).

Vid resultatsammanställningen upptäcktes att flera av svaren på frågor i LiSat och RNL inte tycktes överensstämma vilket väckte en fråga om hur valida och reliabla instrumenten är i denna grupp av personer.

En närmare granskning visade dock att det finns en skillnad i vad instrumenten mäter på det sättet att LiSat tycks mäta ett vidare begrepp som visar på om individens behov blir tillfredsställda medan RNL mäter mera hur nöjd individen är med det sätt som behoven tillfredsställs på. Detta bekräftas av Wood-Dauphinee & Williams (1987) som beskriver att RNL är begränsat till individens status medan livstillfredsställelseinstrument mäter större perspektiv. Som exempel kunde noteras att 91 % av studiens deltagare har i Lisat svarat att deras möjlighet att klara sin egenvård (hygien, på och avklädning samt förflyttningar) är tillfredsställande. Samtidigt var det 35 % av de svarande som i RNL inte förflyttar sig i sin bostad och i samhället i den mån de känner är nödvändigt. Dessutom har 31 % svarat att de inte är nöjda med hur deras behov av personlig vård tillgodoses.

Det kan antas att grupperna av personer med minor stroke i den aktuella studien inte avviker så mycket från Bränholms referensgrupp ur en normalpopulation svenskar (Bränholm1996). Det kan därför inte förväntas att utfallet i LiSat blir statistiskt signifikant i den föreliggande studien.

När det gäller sjukvårdskonsumtion fanns många icke kontrollerade variabler som förhindrade att slutsatser kunde dras t.ex. om kontakterna med sjukvården initierats av deltagarna eller av sjukvården. Skillnader i samhällets struktur kan också ha betydelse för konsumtionen av sjukvård. Hur många gånger deltagarna haft kontakt med respektive yrkeskategori i sjukvården och av vilken orsak sjukvården kontaktats ställdes som öppna frågor vilket genererade ett otal svar som endast med svårighet kunde kategoriseras. Att frågorna var öppna upplevdes som en osäkerhetsfaktor när slutsatser skulle dras från resultatet.

### **Allmän diskussion**

Föreliggande studie väcker en del frågor gällande nyttan med Strokescreeningprogrammet. Eftersom metoden att göra en enkätstudie har en del svagheter både genom ett relativt högt bortfall och svårigheter att ställa adekvata frågor skulle det vara högst intressant med kompletterande intervjuer av några av studiens deltagare ur varje grupp.

Åtgärder behövs enligt både Socialstyrelsen (2004) och Medin m.fl. (2004) för att arbeta med preventiva åtgärder. Detta eftersom det ökande antalet strokeinsjuknanden medför stora konsekvenser både för hälso- och sjukvård, social service och kostnader för produktionsbortfall. I föreliggande studie framkommer ingen signifikant skillnad mellan de som deltagit i Strokescreeningprogrammet och de som inte deltagit. Intressant vore att studera i hur hög utsträckning studiens deltagare i respektive grupp återinsjuknat i stroke för att följa upp om screeningen haft en sekundärpreventiv effekt.

## Referenser

- Asplund K, Stålhammar J (2005). Läkemedelsboken 2005/2006. *Cerebrovaskulära sjukdomar* (s. 290-295). Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Aquilonius S-M, Fagius J (2000). *Neurologi*. Stockholm: Liber.
- Bays CL (2001). Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *Journal of Neuroscience Nursing* 33(6):310-316.
- Bränholm I-B, Lundmark P, Månsson M, Fugl-Meyer A.R (1996). On life satisfaction in subjects with neurological disorders. *Neurol Rehabil* 2 (1996) 63-67.
- Carter BS, Buckley D, Ferraro R, Rordorf G, Ogilvy CS. (2000). Factors associated with reintegration to normal living after subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery* . Jun; 46 (6):1326-33;discussion 1333-4.
- Dam H. (2001). Depression in stroke patients 7 years following stroke. *Acta Psychiatr Scand*. Apr;103 (4): 287-93.
- Epifanov Y, Dodel R, Haacke C, Schaeg M, Schoffski O, Hennerici M m.fl. (2006). Costs of acute stroke care on regular neurological wards: A comparison with stroke unit setting. *Health Policy*. Aug 21; [Epub ahead of print].
- Fugl-Meyer A., Bränholm I-B., & Fugl-Meyer K.S. (1991). Happiness and domain specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clin Rehabil*, 5, 25-33.
- Fugl-Meyer A., Melin R., Fugl-Meyer K.S. (2002). Life Satisfaction in 18- to- 64-year- old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *J. Rehabil Med* 2002: 34; 239-246.
- Fugl-Meyer K., Helmius G., Lalos A., Månsson S. A. (1996). Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Kap 12. Uppsala universitets förlag.

- Gallien P, Adrien S, Petrilli S, Durufle A, Robineau S, Kerdoncuff V m.fl. (2005). Home care and quality of life three years after stroke. *Ann Readapt Med Phys. Jun; 48(5): 225-30 [Epub 2005 Mar]*.
- Glader EL, Stegmayr B, Norrving B, Terent A, Hulter-Åsberg K, Wester PO m.fl (2003); Riks-Stroke Collaboration. Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. *Stroke;34:1970*.
- Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. (2006). Long-term outcome after stroke: Evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke.Jan; 37(1): 193-8. [Epub 2005 Dec 8]*
- Haass A. Basics of acute stroke treatment.(2005). *Radiologe. May; 45(5):430-8*.
- Johansson, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2000). Increased stroke incidence in Lund-Orup, Sweden, between 1983 to 1985 and 1993 to 1995. *Stroke, 31, 481-486*.
- Johansson U, Bernspång B. (2003). Life satisfaction related to work re-entry after brain injury: a longitudinal study. *Brain injury, Nov; 17(11): 991-1002*.
- Johansson U, Högberg H, Bernspång B. (2007). Participation in everyday occupations in a late phase of recovery after brain injury. *Scand J of Occupational Therapy; 2007; 14(2)*.
- Jonsson H, Andersson L. (1999). Attitudes to work and retirement: generalization or diversity ? *Scand J Occup Ther 6:29-35*.
- Kappelle LJ, Adams HP Jr, Heffner ML, Torner JC, Gomez F, Biller J. (1994). Prognosis of young adults with ischemic stroke. A long-term follow-up study assessing recurrent vascular events and functional outcome in the Iowa Registry of stroke in young adults. *Stroke Jul; 25 (7): 1360-5*.

- Kersten P, Low JT, Ashburn A, George SL, McLellan DL. (2002). The unmet needs of young people who had a stroke: results of a national UK survey. *Disabil Rehabil. No 10;24 (16): 860-6.*
- Kirkevold M (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and rehabilitation 24 (17),887-898.*
- Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. (2006). Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil. Sept; 87 (9): 1177-82*
- Malm J, Kristensen B, Carlberg B, Fagerlund M, Olsson T. (1999). Clinical features and prognosis in young adults with infratentorial infarcts. *Cerebrovasc Dis. Sep-Oct;9(5):282-9.*
- Medin, J., Nordlund, A., & Ekberg, K. (2004). Increasing stroke incidence in Sweden between 1989 and 2000 among persons aged 30 to 65 years: Evidence from the Swedish hospital discharge register. *Stroke, 35 (5), 1047-1051*
- Naess H, Waje-Andreassen U, Thomassen L, Nyland H, Myhr KM. (2006). Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke May;37(5):1232-6. [Epub 2006 Apr 6].*
- Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A m.fl. (1998). Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis. sep-Oct; 8 (5):296-302.*
- Pettersson Åsa (2006). Muntlig uppgift baserad på personlig klinisk erfarenhet.
- Polit DF, Hungler BP (1995). *Nursing Research; principles and methods*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Roquer J, Campello AR, Gomis M. (2003). Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke Jul; 34 (7):1581-5. (Epub 2003 Jun 12].*

Röding J, Lindström B, Malm J, Öhman A. (2003). Frustrated and invisible – younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disabil Rehabil. Aug 5;25 (15): 867 -74.*

Screening 1996. *Die net.* <http://www.die.net>

Sjukvårdsrådgivningen ( 2007).

<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=25891>

Socialstyrelsen, (1997). *Stroke (State of the art).* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning.* Almqvist & Wiksell 1996.

Socialstyrelsen, (2004). *Livssituationen två år efter stroke.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006). *Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård 2005, Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Sue-Min L, Duncan PW, Dew P, Keighley J (2005). Sex differences in stroke recovery. *Prev Chronic Dis July;2(3): A13.*

Svensk sjuksköterskeförening (2005). *State of the art; Omvårdnad vid stroke:* Gothia.

Tang WK, Chan SS, Chiu HF, Ungvari GS, Wong KS, Kwok TC m.fl. (2006). Frequency and clinical determinants of poststroke cognitive impairment in nondemented stroke patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol. Jun; 19 (2): 65-71*

Teasell RW, McRae MP, Finestone HM. (2000). Social issues in the Rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil Vol 81, February.*

- Van Wijk I, Lindeman E, Kappelle LJ, van Gijn J, Koudstaal PJ, Gorter JW m.fl.(2006). Functional status and use of healthcare facilities in longterm survivors of TIA or minor ischaemic stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* May 30;[Epub ahead of print].
- Varona JF, Bermejo F, Guerra JM, Molina JA. (2004). Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. Study of 272 cases. *J Neurol. Dec; 251 (12):1507-14.*
- Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *J Rehabil Med; 35: 127-131.*
- WHO, W.H.O. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*. Geneva: author.
- Wikipedia, den fria encyklopedin. (2006). <http://sv.wikipedia.org/wiki/kognition>
- Wood-Dauphinee, S., & Williams,J. (1987). Reintegration to Normal Living Index. *Journal of Chronical Disability, 40 (6), 491-499.*
- Wood-Dauphinee S, Opzoomer A. (1988). Assesment of global function: The reintegration to normal living index. *Arch Phys Med Rehabil. 69:583-590.*
- Wyller TB. (1999). Stroke and gender. *J Gend Specif Med May-Jun; 2 (3): 41-5.*



