



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Examensarbete, 15 hp.

Patientens upplevelser av symtom i samband med en akut hjärtinfarkt

En integrativ litteraturöversikt



Författare: Liza Alvelid & Katarina Stenvik

Handledare: Kristina Schildmeijer

Examinator: Gunilla Lindqvist

Termin: HT18

*Ämne: Självtändigt arbete i vårdvetenskap, 15
högskolepoäng*

Nivå: Grundnivå, kandidatexamen

Kurskod: 2VÅ61E



Abstrakt

Bakgrund: Hjärtinfarkt kan vara livshotande och kräver omedelbar sjukhusvård. För att reducera skada på hjärtat är det viktigt att patienten kommer till omedelbar reperfusionsterapi. Om symtom inte känns eller relateras till hjärtat, kan det göra att personen avvaktar med att söka vård och därmed försenas diagnosen och behandlingen vilket kan leda till ökad risk för att dö. För att öka kunskapen inom detta område vill vi med vår analys undersöka patienters upplevelse av symtom vid en akut hjärtinfarkt.

Syfte: Att undersöka patientens upplevelse av symtom vid en akut hjärtinfarkt.

Metod: En integrativ litteraturoversikt genomfördes vilken baserades på sökningar i Cinahl och Pubmed. Nio vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes ut.

Resultat: Studierna visade stor variation av patienternas upplevda symtom och symtomdebutens karaktär. Det fanns även skillnader mellan förväntade och upplevda symtom och resultatet visade att det råder en generell kunskapsbrist om AMI-symtom bland allmänheten. Detta sammantaget leder till fördröjning i patienternas beslutsprocess för att uppsöka vård och behandling.

Slutsats: Om tiden till behandling kortas, kan det leda till stora förbättringar vad gäller personens hälsa, välmående och livskvalitet. Det borde därmed finnas ett stort intresse att investera i strategier för att öka kunskapen om de olika och varierande symtom vid akut hjärtinfarkt hos allmänheten och även hos yrkesverksamma inom vård- och omsorg.

Nyckelord

Acute myocardial infarction, symptoms and experience

Tack

Ett stort tack till vår handledare Kristina Schildmeijer som har stöttat, hjälpt och handlett oss på ett alldeles utmärkt vis.



Innehållsförteckning

1	Inledning	5
2	Bakgrund	5
2.1	<i>Akuta koronara syndrom</i>	5
2.2	<i>Hjärtinfarkt</i>	6
2.2.1	Symtom	6
2.2.2	Undersökning	8
2.2.3	Behandling	8
3	Teoretisk referensram	9
4	Problemformulering	10
5	Syfte	10
6	Metod	10
6.1	<i>Vald metod</i>	10
6.2	<i>Urval och inklusionskriterier</i>	10
6.3	<i>Datainsamling</i>	11
6.4	<i>Kvalitetsgranskning</i>	11
6.5	<i>Dataanalys</i>	12
7	Forskningsetiska aspekter	12
8	Resultat	13
8.1	<i>Symtom som skapar lidande</i>	13
8.2	<i>Tankar, känslor och tolkningar av upplevda symtom</i>	14
8.3	<i>Symtomens betydelse för personer som drabbas av hjärtinfarkt och för en allmänhet.</i>	16
9	Metod diskussion.	16
10	Resultatdiskussion	18
11	Slutsats	20
12	Kliniska implikationer	21
13	Referenser	22



Bilagor

Bilaga 1 – Databassökning, tabellöversikt sökresultat

Bilaga 2 – Artikelmatris, tabellöversikt av analyserade artiklar

Bilaga 3 – Granskningsmall, tabellöversikt - kvalitetsbedömning av artiklar.



1 Inledning

Under år 2016 drabbades cirka 25700 personer av akut hjärtinfarkt och 25 % av alla fall av hjärtinfarkt ledde till döden inom 28 dagar på sjukhus i Sverige. Antal fall och dödlighet i befolkningen ökar kraftigt med stigande ålder. Skillnaderna mellan kvinnor och män minskar över tid men fortfarande insjuknar och dör fler män än kvinnor i akut hjärtinfarkt (1). I Europa ses en nedgång i dödligheten parallellt med att mer reperfusionsbehandling som PCI, modern antitrombotisk behandling och sekundär prevention används alltmer (2). Hjärtinfarkt kan vara livshotande och kräver omedelbar sjukhusvård. För att reducera skada på hjärtat är det viktigt att så fort som möjligt identifiera, observera och bedöma dessa patienter (3). Möjliga ischemiska symtom inkluderar olika kombinationer av bröst, övre extremiteter, hals eller epigastriska obehag under ansträngning eller vila, andnöd eller trötthet. Obehaget är ofta diffust utan klar lokalisation eller beroende av rörelse i regionen. Hjärtinfarkt kan även uppstå med atypiska symtom som hjärklappning eller hjärtstopp men kan även uppstå utan symtom (4). Upplevelsen av symtom vid akut hjärtinfarkt avgör om en person söker vård eller inte. Patientens beskrivning av sina symtom påverkar vidare den prioritering och bedömning patienter får i akut sjukvården (5). Från vår gemensamma yrkeserfarenhet med mångårig akutsjukvård och PCI-vård har vi mött många hjärtinfarktpatienter som varit påverkade av sina symtom på olika vis. Vi vill med vår analys undersöka patientens upplevelser av symtom i samband med en akut hjärtinfarkt.

2 Bakgrund

2.1 Akuta koronara syndrom

Begreppet akuta koronara syndrom (AKS), används när ett plack i ett kranskärl rupturerar och trombotisering gör att det leder till stenosering eller ocklusion i kärllumen (6). I begreppet AKS ingår, ostabil angina pectoris, STEMI (ST-höjningsinfarkt) och NSTEMI (icke-ST-höjningsinfarkt). Debut av myocardiemi är det initiala steget av hjärtinfarkt (MI) och är ett resultat av en obalans mellan



behovet av syre och syreförsörjning (4). Myocardischemi eller infarkt är den vanligaste orsaken till bröstobehag. Andra orsaker och differentialdiagnoser till bröstsmärta kan vara av annan karaktär. Det kan vara vaskulära såsom aorta dissektion och lungemboli. Det kan också vara pulmonella såsom pneumothorax och pneumoni eller muskulära och gastrointestinala diagnoser (6).

2.2 Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är den vanligaste enskilda dödsorsaken i Sverige även om dödligheten har minskat de senaste åren. De flesta infarktarna inträffar i 70-80 års ålder hos män och mellan 75-85 år hos kvinnor. En stor del av dödsfallen inträffar oftast utanför sjukhus under de första timmarna efter insjuknandet innan patienten hunnit få behandling. Den viktigaste faktorn är att patienten slår larm så fort som möjligt efter symtomdebuten (7).

Bröstsmärta är det mest vanliga symtomet hos kvinnor och män som insjuknar i hjärtinfarkt. Studier har visat att frånvaro av detta symtom kan medföra försenad diagnos och behandling. Den behandling som ges påverkas av de initiala symtomen som patienten upplever då bedömning och diagnos ofta baseras på dessa symtom från början (5). Hjärtinfarkt orsakas av att ett myokardavsnitt drabbas av lokal anoxi och vidare celldöd, det händer när ett kranskärl som försörjer detta avsnittet blir tilltäppt av en blodpropp och inte kan försörja området tillräckligt längre. Genom att blodet stockar sig framför en kärlocklusion kan tromben växa och därmed engagera flera kärlgrenar och orsakar att infarkten breder ut sig. Den viktigaste faktorn för prognosen är infarktens storlek och det är därför de terapeutiska ansträngningarna skall rikta sig mot att begränsa infarktutbredningen. En infarkt med helt okomplicerad förlopp har en god prognos (7). Det görs skillnader på hjärtinfarkt med ST-höjning (STEMI) på EKG och utan ST-höjning (NSTEMI). NSTEMI är mindre allvarligt i det akuta skedet (8).

2.2.1 Symtom

Patientens symtombild vid akut hjärtinfarkt kan vara mycket skiftande; allt från symtomfrihet till plötslig död med ett mycket varierande symtomspektrum däremellan. Central bröstsmärta är det vanligaste debutsymtomet med mer än 30



minuters varaktighet och som är starkare än angina (7). Dessa symtombeskrivningar är dock inte tillgängliga för allmänheten eftersom befintlig litteratur inom området främst är riktad till personer som arbetar inom hälso- och sjukvård. Litteraturen beskriver att patienter upplever bröstsmärtan som sammandragande, krossande, tryckande eller komprimerande och de kan ha en känsla av tung vikt eller åstämning i bröstet. Obehaget kan beskrivas som knivhugg, knivliknande, molande eller brännande. Smärtan är oftast retrosternalt med utstrålning mot vänster arm. Den kan gå ned i armen och ger stickningar i arm, hand och fingrar. Vissa personer kan uppleva en molande värk eller domningar i handleden i samband med bröstsmärtan. Hos några patienter kan smärta vid STEMI börja i epigastriet och stimulera flera abdominala processer vilket kan göra att STEMI misstolkas som dålig matsmältning. Andra patienter kan uppleva att smärtan vid STEMI går upp i axlar, nacke, käke och är liknande angina smärtor men mera svår, varar längre och inte går över i vila eller med nitroglycerin. Både angina pectoris och STEMI smärta tros uppstå från nervändar i ischemisk eller skadat myocardium, men inte nekrotisk myocardium. Smärtan uppstår vid stimulering av nervfibrer i det ischemiska området i myocardiet som omger det nekrotiska området. Smärtan uppstår plötsligt och indikerar ischemi. Detta är viktigt att veta för att förstå betydelsen av att lindra ischemien som smärtan tyder på (6).

Andra symtom patienter kan uppleva vid STEMI är illamående och kräkningar, troligtvis genom aktivering av vagusreflexen. När smärtan känns i epigastriet och associeras med illamående och kräkningar kan det upplevas som att patienten har gastrointestinala besvär. Även diarré kan förekomma. Många upplever känslan av svaghet, yrsel, hjärklappning och hotande död (6). Om även svettningar förekommer är sannolikheten för att det är en hjärtinfarkt stor (9). Akut andnöd och även lungödem kan vara debutsymtom och kan hos äldre människor vara vanligare symtom vid hjärtinfarkt än bröstsmärta. Sviktande pumpfunktion, kardiogen chock och rytmrubbningar kan uppträda och bestäms av hjärtinfarktens storlek och lokalisering (7).



2.2.2 Undersökning

Vårdpersonalen ska utgå från att patienter som har pågående eller förvärrade ischemiska symtom, har ett pågående akut koronart syndrom (AKS). Akut koronart syndrom omfattar ostabil angina pectoris, angina pectoris, NSTEMI och STEMI (6). Patientens symtom och historia kommer att bidra till betydelsefull information och EKG skall tas inom 10 min. Patienten kan plötsligt få dödliga arytmier vid STEMI och bör därför vara uppkopplade till EKG övervakning med tillgång till defibrilleringsmöjligheter och ha intravenös access för att ge läkemedel. Vidare skall blodprover som inkluderar specifika hjärtmarkörerna t.ex. troponin och CK-MB tas och ekokardiografi utföras (6). Sjuksköterskan bedömer patientens upplevda symtom, tillstånd, sjukhistoria, EKG resultat, cirkulation (blodtryck, puls, temperatur), hudfärg och respiration (3). Om patientens andningsfrekvens är hög kan det bero på hjärtsvikt eller att hen upplever ångest eller rädsla. Även hosta eller blodigt expektorat kan bero på hjärtsvikt eller lungödem. Det kan hjälpa patienten att få sitta upprest i sängen eftersom det avlastar hjärtat och reducerar det venösa återflödet (3).

2.2.3 Behandling

Behandlingsmetoderna av hjärtinfarkt har utvecklats och är mer evidensbaserade och pådrivna av professionella riktlinjer och kvalitetsregister (6). I Europa finns riktlinjer från *European Society of Cardiology* (ESC) och i Sverige har vi en databas som heter Swedeheart, som baseras på ESC riktlinjer. För att reducera eventuell skada på hjärtmuskeln vid STEMI finns rekommendationer från ESC riktlinjer att det skall gå max 60-90 minuter till trombolys behandling och 120 minuter till PCI behandling från beslutsgrundande EKG. Swedeheart (2017) säger 30 minuter till trombolys och 90 minuter till PCI från att EKG visar ST-höjningar. Om PCI möjlighet inte finns inom 90-120 minuter skall trombolys övervägas om inte kontraindikationer föreligger. Generella behandlingsåtgärder (förutom snarast PCI eller trombolys) är blodförtunnande medicin och analgetika (morfin) mot smärta och ångest eller rädsla. Nitrater förbättrar flödet i hjärtat genom bland annat koronar vasodilatation. Betablockare och oxygen ges vid behov (6).



Patientens grundläggande behov kan vidare tillgodoses genom åtgärder som är inriktade på revaskularisering och avlastning av hjärtat. Glycerolnitrat (kärllvidgande) medför också att hjärtats arbetsbelastning sänks (3).

3 Teoretisk referensram

Denna studie utgår ifrån Erikssons lidandeteori. Lidande är något som alla människor upplever någon gång i livet. Hur människor uppfattar lidande är individuellt och ingen kan egentligen förstå någon annans unika upplevelse av lidande fullt ut. Vid plötslig sjukdom och när det självklara invanda livet rubbas och tas mer eller mindre ifrån en, uppstår ett lidande som innefattar hela hens livssituation (10). Inom vården beskriver Eriksson tre typer av lidande: Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande grundar sig i lidandet som orsakas av sjukdom eller behandling. Smärta, oftast kroppslig smärta, är en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Relationen smärta-lidande är central, lidandet kan lindras genom att vi som vårdpersonal försöker minska smärtorna. Smärtan är oftast fokuserad till en bestämd del av kroppen, vilket gör det svårt att koncentrera sig på något annat. Detta gör att det blir svårt att använda hela sin potential för att bemästra lidandet. Detta lidande kan uppfattas som outhärdligt och bör lindras. När en patient med akut hjärtinfarkt får starka smärtsamma symtom, eller känner rädsla och ångest är det viktigt att koppla detta till tanken kring hur människor uppfattar lidandet. Lidandet är individuellt och patienterna bör mötas med värdighet och uppmärksamhet på patientens egna behov av att få lindring. Vården får inte glömma bort att patienten alltid har frihet att välja själv och ska ha en naturlig fallenhet för att se och bedöma vad patienten behöver.

Livslidande är det lidande som kan orsakas när sjukdom, behandling, eller att plötsligt bli patient påverkar en människas liv. Vid en akut hjärtinfarkt sker allt väldigt fort, från att leva och vara människa till att det kan fullständigt välta omkull vardagen. Alla har kunskapen om, att slutar hjärtat slå så är livet slut. Detta berör inte enbart den drabbade utan även alla i ens närhet. Livslidande är det lidande som är relaterat till allt vad det kan innebära att leva, att vara människa bland andra



människor. När människan kan se orsak och mening i sitt lidande kan hen själv försöka lindra det genom att medvetet göra valet att kämpa sig igenom lidandet och det som orsakat det. Detta kan ske genom att försöka påverka eller förändra det som orsakar lidandet eller den egna inställningen till det (10).

4 Problemformulering

Hjärtinfarkt kan vara livshotande och kräver omedelbar sjukhusvård. För att reducera skada på hjärtat är det viktigt att symtom förmedlas och tolkas riktigt så att patienter som behöver omedelbar reperfusionsbehandling får detta utan fördröjning. Patientens symtombild vid hjärtinfarkt kan vara mycket varierande. Om inte patienter och sjukvårdspersonal har insikt i de varierande symtom som patienter kan uppleva vid akut hjärtinfarkt, kan det vara avgörande för patientens behandlingsresultat, med försämrad prognos, minskat välbefinnande och livskvalité.

5 Syfte

Syftet var att undersöka patientens upplevelser av symtom i samband med en akut hjärtinfarkt.

6 Metod

6.1 Vald metod

För att ge svar på studiens syfte genomfördes en integrativ litteraturöversikt enligt Friberg (2017). Det innebär att data har reducerats i vetenskapliga artiklar och litteratur till frågeställningar som handlar om syftet och problemformuleringen. Analysen och dokumentationen genomfördes enligt Friberg (2017).

6.2 Urval och inklusionskriterier

Urvalet har baserats på ett systematiskt val av artiklar som är relevant för frågeställningen. Artiklarna skulle:

- Komma från vetenskapliga databaser



- Vara Peer Reviewed
- Vara publicerade under åren 2000-2019
- Ha fokus på patientperspektiv
- Vara kvalitativa och kvantitativa
- Vara skrivna på engelska
- Patienter inkluderade i studierna skulle vara över 18 år

6.3 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed se bilaga 1. CINAHL är en databas som innehåller information inom omvårdnadsvetenskap och är relevant för denna studies syfte. PubMed innehåller information inom främst medicin men också omvårdnadsrelaterade artiklar. I studien användes både kvalitativa och kvantitativa studier, för att få ett bredare utbud. Sökningar gjordes under perioden 2018-11-05 - 2019-01-18, Den första databassökningen gjordes i CINAHL. Först gjordes en fritextsökning på orden Myocardial infarction, acute myocardial infarction, heart attack, acute coronary syndrome, vilket sammanfogades till ett block med den booleska sökoperatören OR. Därefter skrevs ordet symptom* in med en trunkering. Ytterligare ett block byggdes med sökorden experience*, perception och attitude, och slutligen gjordes en sökning med första blocket AND andra blocket AND symptom* vilket resulterade i 485 artiklar. Vi läste samtliga titlar och utifrån dessa valdes relevanta abstrakt ut. Utav dessa lästes sjuttio abstrakt, och femton artiklar valdes ut som svarade an mot studiens syfte. Dessa lästes i fulltext. De artiklar som exkluderades var de som inte var ur ett patientperspektiv och sådana artiklar som jämförde symtom mellan könen. Då återstod slutligen nio som användes till studiens resultat. Utav dessa nio artiklar var sex kvalitativa och tre kvantitativa. En sökning i PubMed genomfördes också. Samma kombinationer av sökord användes som tidigare i CINAHL. Endast några dubletter som fanns i CINAHL upptäcktes, och därmed framkom inga andra i PubMed.

6.4 Kvalitetsgranskning

När artiklarna valts ut var det dags att granska kvaliteten för att avgöra om de kunde inkluderas eller om det skulle exkluderas på grund av för låg kvalitet. Det finns flera olika granskningsmallar för artiklar och oavsett vilka granskningsmallar som väljs,



så gäller det att alltid ha ett kritiskt förhållningssätt. Kvalitetsgranskningen som genomfördes i detta arbete utgick från granskningsfrågor enligt Friberg, 2017. Artiklarna kan vara av hög kvalitet, medelhög kvalitet eller av låg kvalitet. Granskningsmallen innehåller flera frågor som berör bland annat syfte, urval, metod, etiskt resonemang, diskussion och ska svara på frågorna ja eller nej. Valda artiklar kvalitetsgranskades enligt en granskningsmall, se bilaga 3. Samtliga artiklar som valdes ut var av hög kvalitet.

6.5 Dataanalys

Informationen som framkom från de valda artiklarnas resultat analyserades enligt Friberg (2017). Vi läste materialet i sin helhet flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang. Artiklarna översattes till svenska för att underlätta läsningen. Artiklarnas resultat kontrollerades så att det motsvarade valt syfte och därefter sammanfattades varje artikel i ett par sidor för att få en överblick inför den fortsatta analysen. Därefter gjordes en översiktstabell, se bilaga 2, med aspekter som syfte, metod och resultat vilket reducerade materialet ytterligare. Tolkningar utfördes om vissa mönster och aspekter återkom i artiklarna som kunde bilda ett sammanhang eller en röd tråd i materialet genom uppsatsen. Analysprocessen bidrog till att tre teman skapades. Dessa tre teman var, symtom som skapar lidande, tankar och känslor om upplevda symtom och symtomens betydelse för personer som drabbas av en hjärtinfarkt och för en allmänhet.

7 Forskningsetiska aspekter

Materialet som har valts ut är analyserat och har etiskt resonemang, varav åtta av nio artiklar är etiskt granskade i form av färdigställda forskningsartiklar som är publicerade i akademiska tidskrifter. Den nionde artikeln är en kvantitativ artikel som är kopplad till studier som är initierade och finansierade av två tyska forskningsinstitutet för hälsa- och forskningsdepartementet i München och därmed ansågs den vara av tillräcklig god kvalitet för att kunna ingå i denna studie, se bilaga 3. Avsikten var att reflektera över alla moment i uppsatsen gällande etiskt hänsynstagande. Ett etiskt övervägande var om studien handlade om väsentliga frågor och om studiens resultat kunde komma till nytta för allmänheten, patienter



och sjukvårdspersonal. Har studien god vetenskaplig kvalitet? Vi har försökt vara objektiva i våra resonemang och inte förvränga eller välja bort relevant fakta. Vi har försök undvika förutfattade meningar och kritiskt granska så att information blir så sanningsenlig som möjligt. Vidare har intentionen varit att basera uppsatsen på respekt för alla människor, göra gott och inte skada, samt att värna alla människors grundläggande värden och rättigheter.

8 Resultat

Analys av nio artiklar om patienters upplevelser av symtomen vid hjärtinfarkt, resulterade i tre teman till vårt resultat: symtom som skapar lidande, tankar, känslor och tolkningar av upplevda symtom och symtomens betydelse för personer som drabbas av hjärtinfarkt och för en allmänhet.

8.1 Symtom som skapar lidande

Tiden fram till hjärtinfarktsdebut kan ha varit präglad av symtom som i början var milda och intermittenta vid olika aktiviteter. Det kunde vara symtom som börjar med yrsel eller illamående och som slutade med bröstsmärta (12). Symtomen innan hjärtinfarkten kan ha varit präglad av trötthet, mindre energi, svullna ben och andfåddhet (13). En del människor upplevde en kroppslig svaghet och en avsaknad av sin fysiska styrka (14). Sextiofem procent av patienter som hade AKS och trettiosju procent av patienterna med STEMI hade en sakta, mild och atypisk symtomdebut som kunde göra det svårt för både patient och personal att tolka som en hjärtinfarkt (15). Flera studier pekade på att av patienter som upplevde flera oklara symtom, var det hälften av patienterna som inte kopplade det till hjärtat (15, 16, 17, 18).

Vid insjuknande i AMI kunde de symtom som uppstod variera kraftigt. Det kunde vara bröstsmärta, halsspänningar, känsla av täthet och ont, andfåddhet, illamående, matsmältningsbesvär och trötthet (12). Även om patienterna upplevde signifikanta symtom på flera ställen i kroppen som obehag, stickningar, smärta, stramhet, värk, kramp, domningar och brännande känsla så hade patienterna svårt att koppla samman det med en hjärtinfarkt (18). Det var endast trettiofem procent av



patienterna som upplevde en snabb och plötslig symtomdebut, med intensiva och ihållande bröstsmärtor som anses som ”typiska förväntade symtom”. Dessa patienter var oftast patienter som hade fått en STEMI (15). Dock säger Fox-Wasylyshyn (17) att sjuttio procent hade starkt obehag vid insjuknande av AMI. Patienter som haft tidigare STEMI och tidigare AMI hade mer symtom och typiska symtom (19). Upplevda symtom vid STEMI karakteriseras av mer smärtor i käke, kallsvettningar och svimning. Smärtan och obehaget upplevdes som plötslig, intensivt och nådde max intensitet inom några minuter och med varaktighet mer än 20 minuter (16). Däremot uttryckte Isaksson et al., (18) att upplevelsen av symtomen var liknande mellan NSTEMI/STEMI. Vid ihållande och alarmerande bröstsmärta med ökad intensitet, varaktighet, pressande smärta och oförutsägbarhet orsakade det en rädsla, panik och dödsångest (14, 16, 18). När smärtan var stark, situationen blev för illa, personerna kände sig väldigt dåliga och rädslan hög, insåg patienterna att symtomen var allvarliga, och sökte vård (14, 15, 18, 20). Hos personer som upplevde denna typ av smärta var den prehospitalla fördröjningstiden och tiden till behandling kortare (14, 15, 18, 20).

8.2 Tankar, känslor och tolkningar av upplevda symtom

Bröstsmärta är väl känd av allmänheten som symtom på AMI och överensstämmer bra med patienters förväntningar och med upplevda symtom (=kongruens) i samband med AMI. Patienter som upplevde att bröstsmärta hade hög grad av kongruens och tolkade symtomen till hjärtat genom tankar, resonemang, uppfattning och förväntningar om AMI symtom sökte vård utifrån det (17, 18, 19). Förekomst av bröstsmärta är det mest vanliga symtomet vid AMI (15). Symtom som var tvetydiga försvårar tolkningen, förståelsen och resonemang kring symtomen och i förlängningen ökade därmed också den prehospitalla fördröjningen (12, 14, 17, 18). Abed et al., (19) menar att patienters föreställning om vilka symtom vid AMI de skulle ge akt på, var lägre bland kvinnor, äldre, ogifta och vid låg utbildningsnivå, medan Fox-Wasylyshyn et al., (17) fann att sjuttio procent av både kvinnor och män hade symtom som skilde sig från vad det förväntade sig vid en AMI.

Symtomen vid AMI ledde patienterna in i beslutsprocess som börjar med symtom, själv-bedömning och beslut att söka vård. Många hoppades att symtomen var



ofarliga och skulle försvinna som de kanske gjort tidigare. En del anpassade sig till symtomen genom att vila, gå långsammare, undvika trappor och att cykla. Strategier för att klara av symtomen kunde vara att försöka upprätthålla normalt liv och uppträda som vanligt (18, 20). Att ses som fysisk stark och odödlig av andra var viktigt för en del personer som ett sätt att upprätthålla imagen (14). Många patienter hade också försökt att behandla symtomen med själv-massage, övningar, själv-medicinering med smärtstillande och magmedicin (15, 18, 20). Personer som drabbas av MI tror att symtomen beror på olika orsaker. En del kopplade symtomen till något de ätit, att de slagit emot en muskel, andra sjukdomar såsom gallsten, gastrit, njursten och även en allergisk reaktion (20). Dålig liggställning i sängen, att armen somnat, att smärtan inte kom från bröstet och att smärta är en del av livet var andra funderingar kring de upplevda symtomen (18).

En studie pekade på att åttiofyra procent av patienterna informerades någon annan innan de sökte hjälp (20), t.ex. spelar släktingar en viktig roll när det gäller att tolka symtom, utbyta erfarenheter av att få en hjärtinfarkt, ordna transport och komma till beslut (12, 14). Dock påpekar Abed et al., (19) att patienter som kontaktade sina anhöriga om frågor kring sina symtom, resulterade i att det inte bidrog till någon ökad kunskap då patienten och släktingar generellt delade samma kunskapsnivå. Det tog även tid när patienter skall kontakta anhöriga för tolkning av symtom, vilket innebär ytterligare fördröjning till behandling. Förnekelse förekom hos patienter i flera studier där man trodde att smärtan var för mild för en AMI. Många förväntade sig stark smärta, andnöd, illamående, kallsvettningar och det var inte det som patienterna upplevde. Underskattning av egen risk att drabbas då man är för ung för att få en hjärtinfarkt, fel kön, lever ett hälsosamt liv med bra livsstil ryms inom förnekelsen (12, 17, 18, 20).

När den interna förhandlingen med sig själv var gjord, när alla kompensationsmekanismer är ineffektiva och punkten är nådd att söka vård har det redan tagit mycket tid. Trots att personerna då kommit fram till ett beslut om att söka vård vill många förbereda avfärden till sjukvården. Många vill duscha, byta kläder, packa väskan, avsluta pågående aktiviteter, organisera för husdjur, nycklar, jobb och praktiska saker som i sin tur orsakar ytterligare fördröjning och behandling



(18, 20). En del ville undvika uppmärksamhet och tyckte det var pinsamt att åka med ambulans (14). Flera studier visade att de flesta patienter blev förvånade, överraskade och chockade när de fick veta att de haft en AMI (12, 13, 14) och att det inte upplevdes som de förväntade sig att en AMI skulle vara (12, 17, 18).

8.3 Symtomens betydelse för personer som drabbas av hjärtinfarkt och för en allmänhet

Det har visat sig i studier att patienter och allmänhetens kunskap och information i stor grad hämtas från Internet, mediekanaler, TV och historier från släktingar och familj med tidigare hjärtinfarkt (13, 14). Att öka patienters och allmänhetens kunskap om AMI är viktig för att reducera prehospital fördröjning (19). Tyvärr har hälsoupplýsning och kunskapshöjning inte visat sig ge ett önskat resultat (15). Det är viktigt att förbättra kunskapen om AMI, så att föreställningar om symtom är mer precisa och mer realistiska vid en akut hjärtinfarkt vilket i sin tur underlättar förståelsen så att patienter snabbare söker vård. Fördröjningstiden från symtom till behandling har inte ändrats de senaste åren. Medel fördröjningstid på STEMI är 2 timmar, NSTEMI 2,7 timmar, men nästan femtio procent av de personer som drabbats av hjärtinfarkt dröjer mer än 4 timmar innan de får behandling (17). Effektiviteten av reperusionsbehandling för att återföra blodflödet är tidsberoende och bör administreras så fort som möjligt efter symtomdebut då behandlingseffekt och fördröjning påverkar prognos och ökar dödligheten (15, 17, 18, 20). Två tredjedelar av kardiologisk död sker utanför sjukhus och hjärtstopp i hemmet har sämre överlevnad än någon annanstans. Patienter behöver information om att det är både bättre och säkrare att åka ambulans på grund av en betydlig snabbare transport och behandlingsmöjligheter under färd till sjukhus än att på annat sätt försöka ta sig till sjukhus (20).

9 Metod diskussion

Detta examensarbete var en integrativ litteraturöversikt. Metoden valde vi för att detta var första gången som vi gjorde denna typ av examensarbete. Enligt Friberg är det mer relevant för ett examensarbete på kandidatnivå att välja artiklar publicerade



i vetenskapliga tidskrifter för att få en bild av vad som finns publicerat och för att träna ett systematiskt arbetssätt. Vi tyckte att det kändes svårare med analys av rådata som intervjuer, observationer och enkäter.

I vår första sökning i CINAHL valde vi att artiklarna skulle vara peer reviewed, detta valde vi för att avgränsningen kan sortera ut vilka artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter (11). Peer reviewed stärker trovärdigheten då studierna är bedömda som vetenskapliga (21). Initialt valde vi artiklar som var publicerade mellan 2007-2019 för vi tänkte att artiklar som var publicerade tidigare än 2007 kunde upplevas som att det inte helt och hållet avspeglar dagens sjukvård då den medicinska utvecklingen stadigt utvecklas och förbättras. Vi fick dock inte tillräckligt med artiklar och diskuterade därför med varandra om upplevelsen av symtom verkligen hade förändrats genom åren och kom fram till att vi inte ansåg att det skulle vara av större betydelse. Därför utökade vi vår tidsbegränsning och valde artiklar som var publicerade mellan åren 2000 till 2019, och fann då ett större urval. Artiklarnas text har varit på engelska och då detta inte är vårt modersmål har vi tagit hjälp av översättningsprogram, ordböcker och diskuterat med varandra om svårtolkat material, för att minska risken för feltolkning av materialet. Studierna vi använde var av både kvalitativ och kvantitativ ansats. Vi ansåg att det kunde vara en styrka med kvalitativa artiklar för de bidrar mer till förståelsen av patienters upplevelser och erfarenheter. De kvalitativa artiklarna består oftast av färre personer med olika erfarenheter och ger rika beskrivningar av fenomenet. Kvantitativa studier presenterades utifrån statistiska beräkningar av data. En styrka i de kvantitativa studierna är den stora mängden deltagare då resultaten baseras på många rapporterade och upplevda symtom. En stor förståelse för symtom vid hjärtinfarkt kommer från kvantitativa studier, både för oss i vårt arbete och för artiklarnas författare som vi har inkluderat i vårt resultat. Kvalitativa och kvantitativa artiklar är av olika art, men det var inget problem att använda båda, då informationen kunde sorteras under teman ändå. En svaghet med artiklarna var att de baserades på patienter som har överlevt en hjärtinfarkt eller kan förmedla sig. Kanske kunde andra upplevelser skilja i symtom hos de som inte överlevde eller inte kunde bli intervjuade av någon anledning.



För att inte missa artiklar valdes två olika databaser, CINAHL och PubMed. I ett tidigt skede i kursen tog vi hjälp av bibliotekarier på universitetets bibliotek för att underlätta sökningen och minimera risken för att relevant data missades. CINAHL var den databasen vi lärde oss hitta bäst i. Vi ser det som en styrka att alla artiklar blev funna i denna då den innehåller mycket information inom omvårdnadsvetenskap. Sökningen i PubMed resulterade inte i andra artiklar som bidrog ytterligare till vårt syfte, vi fann dock dubletter och därför inkluderade vi enbart artiklar från CINAHL. De inkluderade artiklarna i examensarbetet har inte någon begränsning vad det gäller kön och land, då studiens syfte var att undersöka upplevelsen av symtom. Vi tror inte att dessa faktorer har någon påverkan på upplevelsen, möjligtvis på reaktionsmönster, vidare behandling och omvårdnad, vilket inte har med vårt syfte att göra.

Vid analysen av resultatet från våra artiklar hade vi fokus på patientens upplevelser av symtomen vid en hjärtinfarkt, det var viktigt att identifiera nyckelfynd i varje studies resultat. Vi såg många likheter i resultaten men med fokus på olika aspekter, såsom orsaken till varför beslutsprocessen fördröjs till att söka vård och behandling, kunskapsbrist och skillnaderna mellan förväntade och upplevda symtom. En styrka i arbetet kan vara att vi är två personer som har gjort analysen tillsammans genom att diskutera innehåll och tolkning av artiklarna. Genom många år inom yrket har vi mött många patienter med akut hjärtinfarkt och fått beskrivet flertalet av de symtom som de har upplevt. Vi har också fått beskrivet deras tankar och resonemang i beslutsprocessen innan de sökte vård. Vi känner igen mycket av patient upplevelserna i studiens resultat, så en viss förståelse har vi med oss i detta arbete. Vi har dock försökt att vara objektiva till funnen forskning och inte ändrat resultatet utifrån egna värderingar.

10 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa patienters upplevelser av symtom vid akut hjärtinfarkt.



Resultatet visar att patienterna upplevde en mycket varierande symtombild, det kunde skilja från oklara och oförväntade symtom till starka ”klassiska hjärtinfarkt symtom”. För patienter som upplevde vaga och oväntade symtom innebar det att de blev osäkra och sökte andra orsaker och förklaringar till symtomen än just hjärtinfarkt, vilket fördröjde beslutsprocessen. Detta styrks av Zegre-Hemsey (22) som säger att om symtom inte känns eller relateras till hjärtat, kan det göra att personen inte söker sjukvård så tidigt och därmed försenas diagnos, behandling och ökar risken för att dö. Patienter som upplevde intensiv eller oförutsägbar smärta, som var mer förväntad vid en akut hjärtinfarkt sökte vård snabbare. Detta styrktes ytterligare av en studie från O’Donnell et al., (15) som menade att om patientens symtom överensstämde med förväntade och upplevda symtom underlättade det för patienterna i beslutsprocessen att söka vård.

Enligt Erikssons lidandeteori uppfattar människor lidande individuellt och ingen kan förstå någon annans unika upplevelse av lidande fullt ut. Smärta, oftast kroppslig smärta, är en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Smärtan kan vara outhärdlig och driva människor till en själslig och andlig död. Den kroppsliga smärtan bör lindras med smärtlindring och behandling (10). Patienter med akut hjärtinfarkt upplever lidande i varierande grad, för att lindra lidandet är smärtlindring och snabb väg till behandling den viktigaste åtgärden. Vi inser att symtomen har stor betydelse för patientens upplevelser och tankar kring hur det är att få en hjärtinfarkt. Patienterna förväntar sig stark ihållande bröstsmärta och letar andra förklaringar till atypiska symtom. Dessa förklaringar söker de ofta efter genom att kontakta anhöriga eller vänner, leta på sociala medier eller internet eller genom att ta kontakt med sin allmänläkare. Resultatet i vår studie visar att kunskapsnivån om AMI symtom generellt behöver höjas bland allmänheten, då många patienter kontaktar anhöriga eller någon annan i sin närhet för rådgivning. Enligt Fox-Wasylyshyn (17) är det viktigt med utbildning till patienter som tidigare haft AMI, så att de inte gör för många jämförelser och därmed misstolkar symtomen vid ett annat tillfälle, då nittio procent av AMI patienterna inte känner igen sina tidigare symtom. Det har även visat sig att hälsokampanjer har haft mindre framgångsrika resultat (15). Vår teori är att detta kan bero på att de hälsokampanjer som utförts har fokuserat på de ”klassiska” symtomen vid en AMI, medan vårt



resultat indikerar att merparten av patienter som insjuknar i en AMI upplever andra symtom (15, 16). Vi tycker därför att den information som ges till allmänheten bör fokusera på både klassiska och atypiska symtom för att människor ska förstå vikten av att söka vård i tid, då prognosen och överlevnaden förbättras. En studie om patienters kunskap om symtom (23) visar att de som får störst fördel av kunskap om symtom vid AMI är personer med atypiska symtom. Detta är, enligt vår åsikt, rimligt då patienter som upplever atypiska symtom i mindre utsträckning tror att deras symtom beror på hjärtinfarkt och väntar längre med att söka vård.

Resultatet av vår studie visade att patienter ofta körde bil själva till sjukhus eller bad en anhörig ordna transport istället för att åka ambulans. Vi anser att det bör upplysas nationellt om vikten av att ringa sjukvårdsupplysning vid oklara symtom och även om vikten av att åka ambulans om transport till sjukhus krävs. Negligering av symtom kan vara en dödlig kombination med riskbeteende som att köra egen bil till sjukhus (24).

11 Slutsats

Studien visade stor variation av patienternas upplevda symtom och symtomdebutens karaktär. Det fanns skillnader från oklara och oförväntade symtom till starka förväntade "klassiska hjärtinfarktssymtom". Patienter som upplevde intensiv eller oförutsägbar smärta, som var mer förväntad vid en akut hjärtinfarkt, sökte vård snabbare. Då symtomen var milda och intermittenta vid olika aktiviteter försvårade de tolkningen kring symtomen. Detta ledde patienterna in i en beslutsprocess där de ofta kontaktade anhöriga eller andra närstående för att finna förklaringar eller orsaker till symtomen, de sökte också information via sociala medier eller internet. Allt detta sammantaget fördröjde beslutsprocessen hos patienterna till att söka vård, vilket därmed försenade diagnosen, behandlingen och ökade risken för att dö. Att en stor del av patienter inte tolkade deras symtom till hjärtat visar ett behov av att förbättra allmänhetens kunskap om symtom som associeras med AMI. Effektiva strategier bör utvecklas för att öka informationen och minska kunskapsbristen



gällande komplexiteten och den dynamiska symtomdebuten som kan förekomma vid AMI så att tid till behandling reduceras.

12 Kliniska implikationer

Det är viktigt att tänka på att symtomdebut förmodligen inträffar tidigare än när patienten slår larm eller söker vård. Noggrann information om hjärtinfarktssymtom gör att dessa kan upptäckas tidigare och därmed reducera försenad vård och behandling, sämre prognos, död eller lägre livskvalitet. Patientens tolkning av symtom är med stor sannolikhet influerad av sociala faktorer, media, upplysningssajter och böcker som kan vara flera decennier gamla. Det kan därför övervägas om vikten av att uppdatera böcker, upplysningssidor och utbildningsmaterial. Fokus bör läggas på mer varierande symtombeskrivning och mindre fokus på att det skiljer sig i symtom mellan könen vilket kan misstolkas av individer.

Det är också viktigt att informera om att inte alla hjärtinfarkter har en dramatisk och plötslig bröstsmärta som symtom utan även kan vara mildare än förväntat. Det är viktigt att patientutbildning både sker individuellt men även ges till utsatta riskgrupper, med noggrann information om att söka vård så fort som möjligt vid misstanke om hjärtinfarkt. Informationen måste vara förståelig för patienterna. Utifrån vår studies resultat kan sjukvårdspersonal som är uppmärksamma på atypiska symtom komma att mer skyndsamt och exakt diagnosticera och behandla hjärtinfarkt.



13 Referenser

1. Socialstyrelsen (2016). Statistik om hjärtinfarkter 2016. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-23>
2. European Society of Cardiology (2017). ESC Guidelines. Hämtad från:
<https://www.escardio.org/>
3. Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R. (2011). Klinisk omvårdnad
2. Stockholm: Liber AB
4. Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Chaitman, B.R., Bax, J.J.,
Morrow, D.A., White, H.D. (2018). Fourth Universal Definition of
Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of
Cardiology* Oct 2018, 72 (18) 2231-2264; DOI:
10.1016/j.jacc.2018.08.1038
5. DeVon, H.A., Ryan, C.J., Ochs, A.L., & Shapiro, M. (2008). Symptoms
across the continuum of acute coronary syndromes: differences between
women and men. *American Journal of Critical Care*. 2008;17(1):14-25.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105987456&site=ehost-live>. Hämtad 2018-11-28
6. Mann, D.L., Zipes, D.P., Libby, P., Bonow, R.O., & Braunwald, E.
(2015). *Braunwald's Heart disease, volume 2. Elsevier Saunders*.
7. Persson, J., & Stagmo, M. (2017). *Perssons Kardiologi*. Lund:
Studentlitteratur AB
8. Swedeheart Annual report (2017). ISSN: 2000-1843.
9. Bruyninckx, R., Aertgeerts, B., Bruyninckx, P., & Buntinx, F. (2008).
Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute
coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. *British Journal of
General Practice*, 58(547), 105–111. Hämtad från:



<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105795752&site=ehost-live>

10. Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (2 upplagan). Stockholm: Liber AB.
11. Friberg, F. (2017). *"Dags för uppsats"*. Lund: Studentlitteratur AB.
12. *Gallagher, R., Marshall, A.P., & Fisher, M.J. (2010). Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time. *Heart & Lung, 39*(6), 477–484.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.10.019>
13. *Bowles, J. R., Mcewen, M. M., & Rosenfeld, A. G. (2018). Acute Myocardial Infarction Experience Among Mexican American Women. *Hispanic Health Care International, 16*(2), 62–69.
<https://doi.org/10.1177/1540415318779926>
14. *Nielsen, S., Falk, K., Gyberg, A., Määttä, S., & Björck, L. (2015). Experiences and Actions During the Decision Making Process Among Men With a First Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing, 30*(4), 332–339.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000137>
15. *O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., O'Brien, F., & Moser, D. K. (2014). Slow-onset and Fast-onset Symptom Presentations In Acute Coronary Syndrome (ACS): New Perspectives on Prehospital Delay in Patients with ACS. *Journal of Emergency Medicine (0736-4679), 46*(4), 507–515. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.08.038>
16. *Kirchberger, I., Meisinger, C., Heier, M., Kling, B., Wende, R., Greschik, C., ... Kuch, B. (2011). Patient-reported symptoms in acute myocardial infarction: differences related to ST-segment elevation: The



- MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Journal of Internal Medicine*. 2011;270(1):58-64. doi:10.1111/j.1365-2796.2011.02365.x.
17. *Fox-Wasylyshyn, S. (2012). Predictors of symptom congruence among patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(4), 325–333. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108132062&site=ehost-live>
 18. *Isaksson, R.-M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U., & Zingmark, K. (2011). Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction: a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 787–797. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00896.x>
 19. *Abed, M. A., Ali, R. M. A., Ras, M. M. A., Hamdallah, F. O., Khalil, A. A., & Moser, D. K. (2015). Symptoms of acute myocardial infarction: A correlational study of the discrepancy between patients' expectations and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1591–1599. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.003>
 20. *Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M. (2007). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 280–286. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105840213&site=ehost-l>
 21. Henricson, M. (2017) ”*Vetenskaplig teori och metod*”. Lund: Studentlitteratur
 22. Zègre, H. J. K., Burke, L. A., & DeVon, H. A. (2018). Patient- reported symptoms improve prediction of acute coronary syndrome in the



emergency department. *Research in Nursing & Health*, 41(5), 459–468.

<https://doi.org/10.1002/nur.21902>

23. Albarqouni, L., Smenes, K., Meinertz, T., Schunkert, H., Fang, X., Ronel, J., & Ladwig, K.-H. (2016). Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time: Findings from the multicentre MEDEA Study. *Patient Education & Counseling*, 99(11), 1845–1851.
- <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.007>

24. Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R. (2002). To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded theory study of symptom perception and care-seeking behaviour. *Journal of Health Psychology*, 7(5), 533–543. Retrieved from
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106606501&site=ehost-live>



Bilaga 1

Databas sökning

Tabellöversikt							
Databasens namn: CINAHL							
Datum för sökning: 2019-01-16							
Sökning	Sökord & Kombinationer	Avgränsningar	Antal träffar	Lästa i abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
S1	Myocardial infarction	English language Peer Reviewed All adult 2000-2019	21024				
S2	Acute myocardial infarction		5943				
S3	Acute coronary syndrome		4441				
S4	Heart attack		21283				
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		23826				
S6	Symptom*		298808				
S7	Perception		127365				
S8	Experience*		341322				
S9	Attitude*		271801				
S10	S7 OR S8 OR S9		627123				
S11	S5 AND S6 AND S10		485	70	12	9	(12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)



Bilaga 2

Artikelmatris

Författare:	Gallagher, R., Marshall, A.P., & Fisher, M.J.
Titel:	Symptoms and treatment-seeking responses in women experiencing acute coronary syndrome for the first time
Tidskrift:	Heart & Lung vol. 39. NO. 6
Årtal:	2009
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	Many women do not recognize their risk for coronary heart disease, or identify and respond to cardiac symptoms by seeking medical assistance when symptoms occur. These factors contribute to delays in presentation at hospital, which means that women then have fewer treatment options. This study aimed to describe women`s symptom experiences and treatment-seeking responses to first-time acute coronary syndrome (ACS).
Metod:	Tio kvinnor som hade upplevt sitt första akuta koronar syndrom, och som hade behandlats med PCI inom 24 timmar samtyckte till medverkan i en semistrukturerad intervju med fokus på deras upplevelse. Dessa kvinnors berättelser om deras symtom och hur dom sökte sjukhusvård för behandling blev schematiskt analyserade.
Resultat:	Flera problem beskrivs i beslutsprocessen från symtom start till att söka vård. Symtomen var många och diffusa. I början kom dom gick, men eskalerade till slut. Kvinnorna kopplade till andra sjukdomar dom hade. Dom trodde inte att dom hade risk för AKS. Nästa alla kontaktade sin allmänläkare som också hade svårt att koppla symtomen till AKS.
Konklusion:	Effektiva strategier måste utvecklas för att ta itu med dessa frågor, inklusive offentliga utbildningskampanjer och särskild utbildning om kvinnor för vårdpersonal.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Nielsen, S., Falk, K., Gyberg, A., Määttä, S., & Björck, L.
Titel:	Experiences and actions during the decision making process among men with a first acute myocardial infarction
Tidskrift:	Journal of cardiovascular nursing
Årtal:	2015
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	Previous studies have shown that people hesitate to seek medical attention when experiencing the initial symptoms of acute myocardial infarction (AMI), but the reasons why and the events underpinning the decision-making process are unclear. The aim of this study was to describe the actions and experiences involved in the process of seeking medical attention in men with a first AMI
Metod:	Studien bestod av 21 men i åldern 39 till 73 år, som var inlagda på sjukhus med en akut hjärtinfarkt för första gången tiden mellan maj 2011 och mars 2013. Alla blev intervjuade på hjärtintensiven före utskrivning, förutom en. Data samlades in och analyserades och genomfördes samtidigt i enlighet med en grounded theory metod.
Resultat:	Processen att ta beslutet att agera var komplext och innefattade erfarenheter och åtgärder som underlättar eller hindrar det. Det finns tre sammanlänkande begrepp såsom 1. kroppsliga förändringar, 2. upprätthålla det dagliga livet och 3. eftersöka svar. 1. Alla kände förändringar i kroppen, symtomen beskrevs från allvarliga och plötslig stark bröstsmärta till mer diffusa. Man kände en känsla av rastlöshet, vilket orsakade svårigheter att koppla av och sömnproblem. 2. De hoppades symtomen skulle vara ofarliga och försvinna som de kanske hade gjort tidigare. Dom kände stort ansvar för andra, som sina familjemedlemmar, vänner och kollegor och ville inte uppröra, skrämna eller oroa någon även om symtomen var svåra eller smärtsamma. 3. Att ha förklaring till obehagen, att få sin misstanke bekräftad och bli medveten om svårighetsgraden av symtomen.
Konklusion:	Att uppleva klassiska symtom och att symtomen var starka och att ha erfarenhet av sjukdom gjorde att beslutsprocessen snabbades på. Att bevara jaget och vara stark inför andra var en stor önskan, att få förklaringar till obehagen och få sin misstanke bekräftad gjorde att beslutsprocessen tog längre tid.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Bowles, J.R., McEwen, M.M., & Rosenfeld, A.G.
Titel:	Acute Myocardial Infarction Experience Among Mexican American Women
Tidskrift:	Hispanic Health Care International
Årtal:	2018
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	Health disparities in cardiovascular disease risk factors affect a burgeoning segment of the U.S. population—Mexican American (MA) women. MAs experience disparities in the prevalence of heart disease risk factors. However, there are no studies describing acute myocardial infarction (AMI) symptoms unique to this Hispanic subgroup. The aim of the study was to describe MA women's AMI symptom experience.
Metod:	En kvalitativ beskrivande design guidad studie. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med åtta mexikanskamerikanska kvinnor som hade rapporterat med en AMI inom dom senaste 18 månaderna. Data var analyserade genom kvalitativ innehållsanalys.
Resultat:	I resultatet framkom fyra kategorier, Uppfattningar om AMI, Att ha en hjärtattack, AMI symtom och vidtagna åtgärder. Det blev subkategorier under varje kategori. Uppfattningar om AMI – Vad jag vet om hjärtinfarkt, det var förutfattade idéer som dom fått från TV och historier från vänner. Att ha en hjärtattack- Dom trodde inte att det var en hjärtattack för symtomen var inte som dom hade trott att det skulle vara och dom var förvånade när dom blev informerade om att det var en hjärtattack, då dom inte tolkat det som det själva. AMI symtom- Symtom innan en AMI var trötthet, andnöd, ont i benen eller svullna ben. Symtom som var akuta vid AMI var andnöd, tryckande bröstsmärta och arm/axel smärta. Vidtagna åtgärder- agerande relaterat till deras ovanliga känslor före och under en AMI, förseningar som inträffade i samband med symtom och söka sjukvård, familjemedlemmar och vänner som initierade att dom skulle söka vård.
Konklusion:	Upplevelsen av symtom under en AMI reflekterar över skillnaden i deras verkliga symtom och vilka förutfattade idéer dom hade om symtomen vid en AMI, olika termer användes för att beskriva symtomen och försening att söka sjukvård. Fynden i studien gör att dom föreslår att utbildning inom området för dessa kvinnor och deras familjer skulle göra att det räddar liv, ökar hälsan i dessa områden och ökar förståelsen och kunskapen om symtom vid AMI.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Abed, M.A., Ali, R.M.A., Ras, M.M.A., Hamdallah, F.O., Khalil, A.A., & Moser, D.K.
Titel:	Symptoms of acute myocardial infarction: A correlational study of the discrepancy between patients' expectations and experiences
Tidskrift:	International Journal of Nursing Studies
Årtal:	2015
Perspektiv:	Patienternas reaktion på akut hjärtinfarkt symptom påverkas av symptom inkongruens, vilket är skillnaden mellan de symptom som de förväntar sig att uppleva och de symptom som de faktiskt upplevde under en akut hjärtinfarkt (bristande överensstämmelse).
Problem/syfte:	To examine the relationship of patients' demographics, clinical characteristics and sources of information about acute myocardial infarction with their symptom expectations, actual experiences and symptom incongruence. Design: Descriptive correlational study. Setting: Patients were recruited from ten hospitals in the two most populated cities in Jordan (Amman and Al Zarqa). Participants: Jordanian patients with acute myocardial infarction were recruited. Inclusion criteria were age 18 years or older, diagnosis of acute myocardial infarction, oriented, mentally competent and fluent in Arabic. Exclusion criteria were experiencing acute myocardial infarction during a hospitalization or having severe psychiatric illnesses.
Metod:	"Morgan Incongruence of Heart Attack Symptoms Index" användes för att kvantifiera symptom inkongruens och identifiera patienternas förväntade och tidigare upplevda akut hjärtinfarkt symptom. Patienternas informationskällor om akut hjärtinfarkt och demografiska och kliniska egenskaper samlades in genom intervju och medicinsk journal genomgång.
Resultat:	Patienter (N = 299) var mestadels män (80%) och gifta (92%). Medelåldern var 56 +/- 12,3 år. Patienterna förväntade sig ett begränsat antal akut hjärtinfarkt symptom och dessa förväntningar var i hög grad begränsade till typiska symptom och matchade deras erfarenheter. Patienter som var kvinnliga, äldre, icke-rökare, dåligt utbildade, med låg inkomst och de som var normolipidemiska, hade ingen personlig eller familjär hjärthistoria och informerades om akut hjärtinfarkt av släktingar förväntade sig färre symptom (mest typiska och atypiska) än deras motsvarigheter. Äldre patienter och patienter med hyperlipidemi upplevde färre typiska symptom än deras motsvarigheter. Patienter med hjärtinfarkt med ST-höjning eller tidigare hjärtinfarkt upplevde mer symptom än deras motsvarigheter, men endast de förstnämnda hade mer typiska klagomål. Kännetecknen som förbättrade patienternas medvetenhet om hjärtinfarkt symptom var mest liknade dem som minskade symptom inkongruens.
Konklusion:	Patienternas förväntade och erfarna akuta hjärtinfarkt symptom och symptom inkongruens varierade beroende på deras demografiska och kliniska egenskaper. Informationskällor som patienterna brukar lära sig om akut hjärtinfarkt kan bidra till symptom inkongruens.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Henriksson, C., Lindahl, B., & Larsson, M.
Titel:	Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction
Tidskrift:	European Journal of Cardiovascular Nursing 6 (2007) 280–286
Årtal:	2007
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	The aim of this study was to gain deeper understanding of how AMI patients and their relatives think and act during and after onset of symptoms.
Metod:	Sex fokuserade grupp intervjuer utfördes med AMI-patienter (N = 13) och släktingar (N = 14). Manifest innehållsanalys användes för att analysera data
Resultat:	AMI-patienterna upplevde en mängd olika symtom, och både patienter och anhöriga kände sig ofta osäkra om ursprunget till symtom, tolkade dem som mindre allvarliga och försökte lindra obehaget på olika sätt. När symtomen fortsatte konsulterade patienterna en anhörig, som ofta bestämde sig för att söka vård. Många ansåg att väntan på en ambulans skulle ta för lång tid och anhörig körde patienterna till sjukhuset.
Konklusion:	Patienter och släktingar var osäkra gällande AMI-symtom och hur man agerade. Alla patienter kontaktade en släkting, som var mer ivrig än patienten att söka hjälp. Många föredrog att åka egen bil till sjukhuset och trodde att det var snabbare än en ambulans. Information om AMI-symtom och rekommenderad åtgärd bör ges till allmänheten och till AMI-patienter och deras släktingar.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Isaksson, R-M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U., & Zingmark, K.
Titel:	Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction: a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA study
Tidskrift:	Scandinavian Journal of Caring Sciences;2011;25;787-797
Årtal:	2011
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	The delay between the onset of symptoms to the initiation of medical care is a major determinant of prognosis in MI. The majority of people experiencing MI are men. But few studies have been conducted solely on men's experiences before seeking medical care for MI. The objective of this study was to explore older men's experiences of symptoms and their reasoning during the prehospital phase of their first MI.
Metod:	Datainsamling blev utförd genom individuella intervjuer med 20 män i åldern 65-80 (medel 71) år. Deltagarna blev intervjuade 3 dagar efter inläggning för en bekräftad första MI. Intervjuerna var gjorda så att deltagarna beskrev deras symptom och tankesätt fram till dom beslutade att söka vård. En kvalitativ innehållsanalys blev använd för att analysera intervjuerna.
Resultat:	Den prehospitala fasen bland äldre män visade sig att vara en komplex och långvarig resa. Symtomen uppfattades från diffus sjukdomskänsla till en rad alarmerande symptom. Deltagarna handskades med uppfattningar om MI symptom som inte motsvarade deras förväntningar om MI, och om de skulle söka vård. Dom hade svårigheter att ta beslut om att söka vård och försökte upprätthålla ett normalt liv. I början försökte dom att förstå, dämpa eller behandla symtomen själva. Beslutet att söka vård förgicks av en utveckling från osäkerhet till övertygelse.
Konklusion:	Att förstå äldre mäns prehospitala upplevelser av MI är viktig för att reducera deras fördröjning i beslutet. Detta kräver kunskap om komplexiteten och dynamiska utvecklingen av symtomen, tro/övertygelser och strategier för att upprätthålla ett normalt liv.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Kirchberger, I., Meisinger, C., Heier, M., Kling, B., Wende, R., Greschik, C., von Scheidt, W., & Kuch, B.
Titel:	Patient-reported symptoms in acute myocardial infarction: differences related to ST-segment elevation
Tidskrift:	Journal of Internal Medicine/ Volume 270, Issue 1
Årtal:	2011
Perspektiv:	Patientens symptom vid STEMI & NSTEMI Patientens förståelse för symtomen och varifrån dom kommer.
Problem/syfte:	The early recognition of symptoms of myocardial infarction (MI) is crucial for patients with both ST-segment elevation (STEMI) and non-STEMI (NSTEMI). However, to date, only a few studies have examined the differences between patient with STEMI and NSTEMI with regard to the range of presenting MI symptoms.
Metod:	Studiens population innefattade 889 individer med STEMI och 1268 med NSTEMI, ålder 25-74, inneliggande på sjukhus med en hjärtinfarkt första gången mellan januari 2001 och december 2006 skaffade från en populations baserad hjärtinfarkts register. Förekomsten av 13 symtom var inspelade under en standardiserad patient intervju.
Resultat:	Patienter med STEMI var signifikant yngre, och oftare rökare och hade mindre historia av högt blodtryck eller sömnproblem innan hjärtinfarktshändelsen ändom med NSTEMI.
Konklusion:	Igenkännande av symtomen och vetskapen av förväntade och verkliga symtom är grundläggande komponent av beslutet att söka sjukhushjälp, där av vikten av att informera patienter som har hög risk för hjärtinfarkt om dessa symtom, så att chansen ökar att komma i tid för sjukhusvård. Studien har visat på skillnader i symtom mellan STEMI och NSTEMI patienter.
Kvalitet:	Hög



Författare:	Fox-Wasylyshyn S.
Titel:	Predictors of symptom congruence among patients with acute myocardial infarction.
Tidskrift:	Journal of cardiovascular nursing Vol.27, No 4, pp 325-333
Årtal:	2012
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	The extent of congruence between one`s symptom experience and preconceived ideas about the nature of myocardial infarction symptoms (symptom congruence) can influence when acute myocardial infarction (AMI) patients seek care. Lengthy delays impede timely receipt of medical interventions and result in greater morbidity and mortality. However, little is known about the factors that contribute to symptom congruence. Hence, the purpose of this study was to examine how AMI patients`symptom experiences and patients`demographic and clinical characteristics contribute to symptom congruence.
Metod:	Dataanalys av intervjuer blev insamlad från 135 AMI patienter. Hierarkiska multipla regressions analyser blev använd för att utforska hur olika symtomkännetecken och befolknings och kliniska egenskaper bidrar till symtom överensstämmelse. Bröstsmärta/obehag och andra symtom (typ och lokalisation) var inkluderade i steg 1 av analysen, och där symtom intensitet och befolknings och kliniska faktorer var inkluderade i steg 2.i en andra analys, kvalitativa beskrivare av obehag ersatte bröstsmärta/obehag i steg 1.
Resultat:	Även att bröstsmärta/obehag , och kvalitativa egenskaper som tyngd och skärning var signifikant i steg 1 i deras respektive analyser, blev alla icke-signifikanta när variablerna i steg 2 blev tillagt i analysen. Svårt obehag, historia av AMI och manligt kön var signifikanta förutspådda symtom som överensstämde med symtomen i den första analysen. Bara svårt obehag och historia av AMI var förutsägande av symtom-överensstämmelse i den andra analysen.
Konklusion:	Även att lokalisation och graden på obehag var viktiga komponenter i samsvarigheten med symtom som förväntades, så var intensiteten på symtomen viktigare. Lite lättare symtom var lättare att tolka som att de inte var relaterade till AMI hos dom som upplevde detta. De som inte hade en historia av tidigare AMI upplevde också en lägre grad av överensstämmelse med tankar om AMI symtom. Slutsatser avseende dessa resultat är omdiskuterade.
Kvalitet:	Hög



Författare:	O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., O'Brien, F., & Moser, D.K.
Titel:	Slow-onset and fast-onset symptom presentations in acute coronary syndrome (ACS): New perspectives on prehospital delay in patients with ACS.
Tidskrift:	The Journal of Emergency Medicine, Vol. 46, No. 4, pp. 507–515, 2014
Årtal:	2014
Perspektiv:	Patient
Problem/syfte:	Patient decision delay is the main reason why many patients fail to receive timely medical intervention for symptoms of acute coronary syndrome (ACS). Study Objectives: This study examines the validity of slow-onset and fast-onset ACS presentations and their influence on ACS prehospital delay times. A fast-onset ACS presentation is characterized by sudden, continuous, and severe chest pain, and slow-onset ACS pertains to all other ACS presentations
Metod:	Ursprungsdata avseende medicinska profiler, prehospitala fördröjningstider och ACS-symtom registrerades för alla ACS-patienter som deltog i en stor multisite randomiserad kontrollprovs studie (RCT) i Dublin, Irland. Patienter intervjuades 2-4 dagar efter deras ACS-händelse, och data samlades in med hjälp av ACS-svaret till Symptom Index
Resultat:	Endast ursprungsdata från RCT, N = 893 patienter analyserades. Totalt 65% (n = 577) av patienterna upplevde långsam ACS-presentation, medan 35% (n = 316) upplevde ACS med snabb start. Patienter som upplevde långsamma ACS presentationer var signifikant mer benägna att ha längre prehospitala förseningar än patienter med snabbstart ACS (3,5 h mot 2,0 h, t = 5,63,df 890, p <0,001). En multivariat analys av fördröjning avslöjade att, i närvaro av andra kända fördröjningsfaktorer, var den enda oberoende prediktor för fördröjning långsam start och snabb debut av ACS symtom (b = .096, P <0,002) och andra faktorer associerade med patientbeteende.
Konklusion:	Långsam start vid ACS och ACS-presentationer med snabb start är kopplade till distinkta beteendemönster som påtagligt påverkar prehospitala tidsfördröjningar. Som sådan, är långsam start på ACS och snabb start på ACS legitima ACS-presentationensfenomen som bör beaktas allvarligt vid granskning av faktorerna som är associerad med prehospital fördröjning.
Kvalitet:	Hög



Bilaga 3

Granskningsmall

Tabellöversikt - kvalitetsbedömning av artiklar.

Författare, årtal	Tydligt Syfte?	Beskrivna inklusion- & exklusions kriterier?	Etiskt resonemang	Relevant och tydligt beskrivet urval?	Tydligt beskriven metod?	Trovärdigt resultat?	Är resultatet tydligt och lätt att förstå?	Bedömd kvalitet
Gallagher et al., 2010 (12)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Bowles et al., 2018 (13)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Nielsen et al., 2015 (14)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
O'Donnell et al., 2014 (15)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Kirchberger et al., 2011 (16)	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Fox-Wasylyshyn, 2012 (17)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Isaksson et al., 2011 (18)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Abed et al., 2015 (19)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög
Henriksson et al., 2007 (20)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Hög