

Høgskolen
i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Marianne Cocozza

Masteroppgave

«Hvis je skar åt dåkter`n da vil je vara sjuk. Itte rese dit på antagelser»

Et kvalitativt studie om pasient-delay ved hjerteinfarkt

“If I am going to see a physician, I want to be sick. Not just go there based on a hunch”

A qualitative study on patient-delay in acute myocardial infarction

Master i folkehelsevitenskap

1MFV202

2022

Forord

Da er målstreken med to års videreutdanning i Folkehelsevitenskap nådd med denne mastergraden. Det har vært to spennende, intensive og svært lærerike år med studier og arbeidet med denne oppgaven.

Først og fremst ønsker jeg å takke Victor Chimhutu for gode innspill og veiledning. Jeg vil også takke sykehuset Innlandet for samarbeidet og en spesiell takk til medisinsk sengepost og overlegen for bistand og villighet til å stille som gatekeeping-team under rekrutteringsprosessen.

Jeg vil rette en helt spesiell takk til hver og en av mine informanter. «Martin», «Hans», «Morten», «Kjell Ivar» og «Leif». Jeg er utrolig takknemlig for at dere var villig til å dele deres opplevelser med meg. Uten dere hadde jeg ikke kommet i mål.

En takk til mine medstudenter for oppmuntring, latter, innspill og forståelse.

Sist men ikke minst,

Emrik og Isa, takk for tålmodigheten.

Christer, jeg hadde ikke kommet i mål nå uten din fleksibilitet, støtte, tålmodighet og oppmuntring. Tusen takk for hjelpen!

Hamar, oktober 2022

Marianne Cocozza

Innhold

Forord	I
Liste over figurer.....	IV
Liste over vedlegg	IV
ABSTRAKT	V
ABSTRACT	VI
1.0 INNLEDNING	- 1 -
2.0 BAKGRUNN OG TEMA	- 3 -
2.1 KARDIOVASKULÆR SYKDOM	- 3 -
2.2 NASJONALE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV HJERTEINFARKT	- 4 -
2.3 EPIDEMIOLOGI FOR INNLANDET	- 5 -
2.4 SATISTIKK FOR INNLANDET	- 6 -
2.5 PASIENT-DELAY	- 8 -
2.6 PROBLEMSTILLING	- 9 -
2.8 STUDIETS BEGRENSNINGER	- 10 -
2.9 STRUKTURERING AV OPPGAVEN	- 10 -
3.0 LITTERATUROVERSIKT	- 12 -
3.1 SOSIODEMOGRAFISKE FAKTORER	- 12 -
3.2 KOGNITIVE, EMOSJONELLE OG KONTEKSTUELLE FAKTORER	- 14 -
3.2.1 Media	- 16 -
3.3 KJØNNSTEREOTYPI	- 18 -
3.4 FORSKNINGSGAP	- 20 -
4.0 TEORETISK RAMMEVERK	- 22 -
4.2 FORTOLKNINGSRAMMER	- 22 -
4.1 FRA FORNEMMELSE TIL SYMPTOM, EN TEORETISK ARBEIDSMODELL	- 24 -
4.3 MASKULINITET	- 27 -
5.0 METODISK TILNÆRMING	- 30 -
5.1 FORSKNINGSPERSPEKTIVER OG FORSKNINGSDSIGN	- 30 -
5.2 UTVALG	- 31 -
5.3 REKRUTTERING	- 32 -
5.4 SEMISTRUKTURERTE INTERVJU	- 33 -
5.4.1 Pilotstudie	- 33 -
5.4.2 Intervjuene	- 34 -
6.0 BEHANDLING AV DATA	- 36 -
6.1 TRANSKRIBERING OG ANALYSE	- 36 -
6.2 STUDIETS PÅLITELIGHET	- 39 -

6.3 FORSKERROLLEN	- 41 -
6.4 ETIKK.....	- 44 -
7.0 RESULTATER	- 46 -
7.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE.....	- 46 -
7.2 KONTEKST	- 46 -
7.2.1 Symptomdebut	- 46 -
7.2.2 Forsinket behandling.....	- 50 -
7.3 SYK VS. FRISK.....	- 51 -
7.3.1 Innsikt og forståelse	- 51 -
7.3.2 Reparasjoner.....	- 53 -
7.3.3 Tidligere erfaringer	- 56 -
7.4 LOKALE BESKRIVELSER	- 57 -
7.4.1 Atferd.....	- 57 -
7.4.2 Lite påvirket av media	- 59 -
7.4.3 «Si’-rompa og godhjertet»	- 59 -
8.0 DISKUSJON	- 62 -
8.1 DELAY	- 62 -
8.2 SUBJEKTIV FORTOLKNING AV EGEN HELSE	- 63 -
8.4 SOSIAL VIRKELIGHET	- 66 -
8.5 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET I RESULTATET	- 69 -
9.0 KONKLUSJON	- 71 -
9.1 PROLOG	- 72 -
LITTERATUR.....	- 73 -
Vedlegg	- 85 -
Vedlegg nr. 1 Informasjons- og samtykkeskjema	- 85 -
Vedlegg nr. 2 Informasjonsskriv til sykepleierne på medisinsk avdeling	- 89 -
Vedlegg nr. 3 Revidert intervjuguide	- 91 -
Vedlegg nr. 4 Godkjennelse fra Regionale Ethiske komiteer	- 94 -
Vedlegg nr. 5 Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata	- 98 -
Vedlegg nr. 6 Godkjenning fra personvernombudet sykehuset Innlandet	- 100 -

Liste over figurer

Figur nummer 1.

Dødsårsaksregisteret.....s. 7

Figur nummer 2. Faser ved pasient-delay.....s. 8

Figur nummer 3. Fortolkning og atferd.....s. 23

Figur nummer 4. Teoretisk arbeidsmodell.....s. 25

Figur nummer 5. Presentasjon av informantene og delay-tid.....s. 46

Liste over vedlegg

Vedlegg nummer 1. Informasjons- og samtykkeskjema.....s. 85

Vedlegg nummer 2. Revidert intervjukskjema.....s. 89

Vedlegg nummer 3. Informasjonsskriv til sykepleierne på medisinsk avdeling.....s. 91

Vedlegg nummer 4. Godkjenning fra Regionale Etske Komiteer.....s. 94

Vedlegg nummer 5. Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata.....s. 98

Vedlegg nummer 6. Godkjenning fra personvernombudet sykehuset Innlandet.....s. 100

ABSTRAKT

Målet: Hjerteinfarkt er blant de alvorlige sykdommene som rammer hyppigst i Norge. Til tross for ulike helseopplysningskampanjer bruker pasienter, både nasjonalt og internasjonalt, for lang tid fra symptomdebut til de ber om medisinsk hjelp (delay-tid). Dødeligheten for hjerteinfarkt i Innlandet fylke er betydelig høyere enn i landet for øvrig. Målet med dette studiet er å undersøke hvordan ulike kulturelle faktorer og kjønnsstereotypiske forventninger påvirker atferd og delay-tid for menn i Innlandet når de får symptomer på et hjerteinfarkt

Hensikten: En økt innsikt i hvordan kontekstuelle faktorer påvirker opplevelsen og atferden hos hjerteinfarkt pasienter i Innlandet vil kunne bidra med verdifull informasjon for å iverksette målrettede tiltak slik at behandlingen kan iverksettes i tråd med retningslinjene, og skadeomfanget og dødeligheten av hjerteinfarkt kan reduseres.

Metode: Dette er et kvalitativt studie med semi-strukturerte intervjuer og et fenomenologisk forskningsdesign. Ved å bruke et strategisk utvalg og sykepleiere som gatekeeping for studiet ble det rekruttert fem pasienter på ett av sykehusene i Innlandet i perioden mai-september 2022. Transkripsjonene ble analysert og kodet ved hjelp av tematisk analyse.

Resultat og konklusjon: Fenomenet delay-tid er komplekst og er påvirket av mange faktorer. Resultatene fra dette studiet viser at kulturelle betingelser påvirker fortolkningsrammen, opplevelsen og atferd hos menn i Innlandet. Grad av helsekompetanse og hjelpesøkende atferd baseres i større grad på utdaterte konservative normer og stereotypiske maskuline diskurser i stedet for erfaringer og kunnskap og bidrar til at pasientene bruker for lang tid hjemme før det etableres kontakt med medisinsk hjelp.

Nøkkelord: «Pasient-delay», «Innlandet», «Hjerteinfarkt», «Maskulinitet», «Kjønnsstereotipi», «Frisk vs. Syk»

ABSTRACT

Aim: Myocardial infarction is among the serious diseases affecting most frequently in Norway. Despite various health information campaigns, patients take too long from onset of symptoms until they contact medical health care physicians (delay-time). The mortality rate for myocardial infarction in Innlandet is significantly higher than in the rest of the country. The aim of this study is to investigate how contextual factors in a masculinity perspective affect the delay-time for men in Innlandet when the symptoms of a myocardial infarction occur.

Purpose: An increased knowledge of how structural factors affect the experience and behaviour of the patients from Innlandet will be able to contribute valuable information to implement targeted measures so treatment can be implemented according to the guidelines and the extent of damage and mortality from myocardial infarction can be reduced.

Method: This is a qualitative study with semi-structured interviews and a phenomenological research design. By using a strategic selection and nurses as gatekeeping for the study, five patients were recruited at one of the hospitals in Innlandet in the period of May-September 2022. The transcript was analysed and coded using thematic analysis.

Results & Conclusion: The phenomenon of delay-time is influenced by many factors and is a complex matter. The result from this study shows that cultural guidelines for expected behaviour influence the interpretation framework and can be a reinforcing factor for delayed treatment for myocardial infarction patients in Innlandet. The degree of health literacy and help-seeking behaviour are based to a greater extent on outdated conservative norms and stereotypical masculine discourses instead of experience and knowledge and is a contributing factor for patients to await the situation before they seek medical profession.

Keywords: «Patient-delay», «Inland», “Myocardial infarction”, “Masculinity”, “Gender stereotypes”, “Healthy vs. sick”

1.0 INNLEDNING

Uavhengig av hvor menn befinner seg på den sosiale rangstigen og til tross for både økonomiske og sosiale fordeler viser tall fra stort sett hele verden at kvinner lever lengre enn menn (Mæhland (red), 2020). Ifølge WHO skyldes hele 86% av alle mannlige dødsfall i Europa ikke-smittsomme sykdommer og skader hvorav kardiovaskulær sykdom, kreft, diabetes og luftveissykdommer er blant hovedårsakene. For menn i alderen 30-70 år påpekes kardiovaskulær sykdom alene som hovedårsaken. (WHO 2021; WHO u.d.). Dødeligheten for kardiovaskulær sykdom har sunket betydelig siden 1970-tallet, men er på verdensbasis likevel en ledende faktor for fortidig død. I 2019 døde nesten 18 millioner mennesker på grunn av kardiovaskulær sykdom. Dette representerer 32% av alle dødsfall på verdensbasis. 85% av disse døde på grunn av hjerteinfarkt og slag.

I 2013 ble det blant medlemslandene i verdens helseorganisasjon iverksatt en Global handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke smittsomme sykdommer (Non-communicable diseases; NCDs). Denne planen beskriver ulike mål på hvordan de innen 2025 skal jobbe med å redusere og forebygge antall for tidlige dødsfall med 25%. To av disse målene beskriver direkte tiltak og kontroll av kardiovaskulær sykdom (WHO, 2021; WHO u.d.).

Forebygging av hjerte- karsykdommer står sentralt også i Norge. Funn fra den såkalte Tromsø-undersøkelsen viser at individuelle livsstilsfaktorer blant menn og kvinner bare kunne forklare en tredjedel av kjønnsforskjellene i forekomsten av hjerteinfarkt uten at det er avdekket klare årsaker bak dette (Mæhland, 2020 s.150). I 2012 trådte folkehelseloven i kraft for å sikre en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011 §1). Som et ledd i å redusere kardiovaskulærsykdom og sikre individuelle tiltak har folkehelseinstituttet i et forsøk på å optimalisere ressursbruken utarbeidet et verktøy for å kartlegge risiko og verdier for intervensjon, NORRISK 2

(Helsedirektoratet, 2018). For en vellykket implementering forutsetter dette imidlertid at pasientene oppsøker lege, har tidligere kjent risiko eller som et bifunn ved andre undersøkelser. Helsekompetanse og hjelpesøkende atferd kan i mange tilfeller handle om liv og død og påvirkes i stor grad av sosial identitet, kulturelle antagelser og forestillinger om sykdom (Dahl et al., 2014 s.266; Moser et al., 2006).

Vår kulturelle oppvekst og det sosiale miljøet vi ferdes i er avgjørende for valg av levevaner og livsstil (Schiefløe, 2019). Tilfeldige genetiske, fysiske, kulturelle og miljømessige variasjoner i kombinasjon med individuelle livsstilsfaktorer bidrar til at helsen varierer gjennom livet og at sykdommer som hjerte-karsykdommer, overvekt og diabetes type 2 rammer ulikt. Særlig blant befolkningsgrupper med lavere inntekt og utdanning sees en gjennomgående dårligere helse enn hos personer med høyere utdanning og dette løftes frem som et av de viktigste tiltaksområdene innen helsefremmende arbeid (Whitehead & Dahlgren, 2009).

Et litteraturstudie fra England (Galdas et al., 2005) viser til en økende mengde forskning som tyder på at menn i mindre grad enn kvinner oppsøker medisinsk hjelp og at et av de viktigste helserelevante problemene blant menn er deres motvilje til å oppsøke helsetjenester. Hvilke forventninger og muligheter vi har i livet påvirkes av kjønn, også ved sykdom (Ingstad, 2021 s.78). Menn oppfattes og omtales ofte som det sterke kjønn (Lilleaas, 2006). Ulike sosiale og strukturelle normer forsterker denne oppfattelsen (Marks et al., 2018 s.106). Hvordan påvirker denne stigmatiseringen av maskulinitet deres beslutningsprosess og opplevelse av alvorlig sykdom og nedsatt helse? Bakgrunn for studiet er å undersøke om handlingsrommet for menn i Innlandet påvirkes av kulturelle føringer og normer for atferd som konsekvensmessige gir nedsatt grad av hjelpesøkende atferd.

2.0 BAKGRUNN OG TEMA

I dette kapittelet beskrives omfanget av kardiovaskulær sykdom og hva behandlingen går ut på. Deretter følger en redegjørelse for den epidemiologiske bakgrunnen for Innlandet med aktuell statistikk og en forklaring av begrepet delay-tid. Mot slutten av kapittelet presenteres problemstillingen før begrensninger og strukturering av oppgaven.

2.1 KARDIOVASKULÆR SYKDOM

Kardiovaskulær sykdom er en samlebetegnelse for en gruppe ulike sykdommer som rammer sirkulasjonssystemet og danner fettavleiring/innsnevring av blodårene som kan resultere i en blodpropp/trombose og som kan hindre fri tilførsel av oksygen i kroppen (Bjålie et al., 2000 s.220). Disse sykdommene resulterer som oftest med angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og/eller hjerneslag (Folkehelseinstituttet, 2020). Hjertet er omgitt av tre ulike *hovedkransårer* som forsyner hjertemuskelen med blod og andre næringsstoffer. Disse hovedårene forgrener seg ut i mange mindre grener som sammen sørger for tilstrekkelig med blodgjennomstrømning til hjertet. *Kransåresykdom, trange blodårer* eller et *hjerteinfarkt* oppstår når fettavleiring eller innsnevring av en eller flere av kransårene hindrer fri tilstrømning av oksygenrikt blod (Bjålie et al., 2000). Uten oksygen dør muskelcellene og pasienten vil oppleve varierende grad av ubehag, uvelhet, smerter, åndenød, utmattelse eller kvalme. De døde muskelcellene utgjør skadeomfanget og lokalisasjonen av selve infarkt og man skiller i hovedsak mellom to typer hjerteinfarktinfarkt på bakgrunn av EKG (elektrokardiogram). ST-elevasjon *STEMI* og non-ST elevasjon *NSTEMI* (Johansen et al., 2021).

Det kan imidlertid være vanskelig å differensiere symptomene på et nyoppstått hjerteinfarkt med symptomer forbundet med allerede kjente tilleggssykdommer. Det er anslått at ca. hver tredje pasient med hjerteinfarkt opplever atypiske, diffuse symptomer. Dette sees hyppigst hos eldre, kvinner og hos pasienter med ulike sykdomstilstander, som for eksempel diabetes

(Tjordal, 2021). Diabetes sammen med blant annet forhøyede nivåer av kolesterol, hypertensjon, tobakk og forhøyet midjemål utgjør kjente *individuelle livsstilsfaktorer* for forhøyet risiko for Kardiovaskulær sykdom.

2.2 NASJONALE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV HJERTEINFARKT

Vellykket behandling er avhengig av et begrenset tidsforløp. Ved mistanke om hjerteinfarkt tilstreber ambulansepersoneell eller annet helsepersonell å få tatt et EKG så raskt som mulig slik at de elektriske impulsene til hjertet kan registreres og overføres til tolkbare data (Helsenorge.no). Ved bekreftet mistanke vil førstelinjebehandling bestå av medikamenter som morfin og nitroglyserin som demper det fysiske ubehaget for pasienten samt oksygen og væskeinfusjon ved behov (Norsk legemiddelhandbok, 2016 T8.3.2.2).

Blodproppen/trombosen må raskes mulig løses opp med medikamenter eller fjernes ved hjelp av en røntgenkontrast undersøkelse av koronarårene (Koronar angiografi) med Perkutan koronar intervensjon (*PCI*) som innebærer en utvidelse av trange partier i den/de affiserte kransårene med en ballong. Ofte settes det også inn et lite nettingrør (stent) med eller uten medikamenter som virker lokalt for å forsterke et vellykket resultat. Hvis blodårene er helt tett kan pasienten vurderes for en bypass operasjon (Oslo Universitetssykehus, u.d. hjerteinfarkt; Oslo Universitetssykehus, u.d. Utblokking av kransarterier, *PCI*).

Norsk kardiologisk selskap har sluttet seg til de europeiske retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt. Dette innebærer at STEMI pasienter skal få medikamentellbehandling av hjerteinfarkt innen 30 minutter etter etablert kontakt med helsevesenet hvis ikke pasienten kan behandles med primær *PCI* på et innvasivt sykehus innen 120 minutter (for innlandet fylke er Oslo Universitetssykehus, Ullevål nærmeste tilhørende innvasive sykehus). For å imøtekomme behandlingskravene tilstrebes det i høyere grad prehospital behandling med blodpropløsende medikamenter (Govatsmark et al., 2021). Pasienter med NSTEMI infarkt

skal utredes med koronar angiografi innen 2-72 timer for å kartlegge risiko og videre behandling (Govatsmark et al., 2021).

2.3 EPIDEMIOLOGI FOR INNLANDET

I fakta om Innlandet (Innlandet Fylkeskommune, 2022) kan vi lese at fylke er større enn Danmark i areal og reisetid med bil til nærmeste sykehus varierer fra 0-3,5 timer avhengig hvor i fylket man befinner seg (Innlandets fylkeskommune Versjon 1.0 s.44). Innlandet ble slått sammen med tidligere Hedmark og Oppland 1. januar 2020 og har totalt litt over 370 000 innbyggere fordelt på 46 ulike kommuner og 10 regioner. En tredjedel av befolkningen er bosatt i en av de fire største byene, henholdsvis Hamar, Lillehammer, Gjøvik og Elverum. Halvparten av topografien består av skog og det finnes opptil flere dalfører. Norges høyeste fjell, lengste elv og største innsjø befinner seg i Innlandet fylke, som i tillegg er Norges største hyttefylke (Innlandet Fylkeskommune, 2022).

Land- og skogbruk er en sentral del av næringslivet med henholdsvis 20 % og 40 % av Norges totalproduksjon. I arbeidslivet sysselsetter offentlig sektor flest med 35% av arbeidsplassene, de fleste innad i kommunen. 9 % jobber innenfor bygg,- og anleggsvirksomhet, industri, finans og forvaltningstjenester. Inntektsforskjellene i Innlandet har økt, til tross for god utvikling og bedre levekår de siste årene og medianinntekten er gjennomsnittlig lavere enn for resten av landet i alle husholdningstyper (Vi bygger innlandet 2020-2024 kap. 10).

Det er en klar bedring i helsen for de fleste grupper i samfunnet, men vi ser likevel en økning i sosiale helseforskjeller. Dette skyldes en skjevfordeling i helsegevinsten. De med best helse, lang utdanning, god inntekt og i parforhold lever i snitt 5-6 år lengre enn de med lavest utdanning (Vi bygger innlandet 2020-2024 kap. 10). Befolkningen i Innlandet har, ifølge SSB, det laveste utdanningsnivået for både kvinner og menn i Norge (Innlandet fylkeskommune, 2022) og disponerer, ut fra hva vi vet om den sosiale gradienten, en høyere

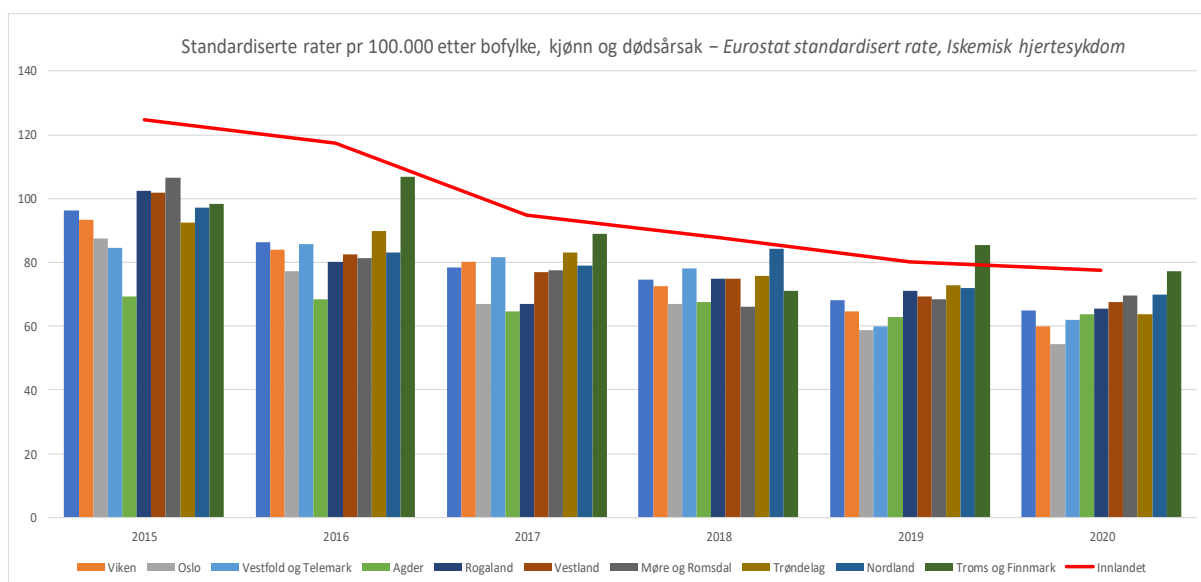
risiko for hjerteinfarkt (Ariansen & Selmer, 2020). Folkehelseprofilen for Innlandet (2020) bekrefter også at den forventede levealder blant både menn og kvinner i Innlandet er signifikant dårligere enn resten av landet og andelen av befolkningen i innlandet over 80 år er signifikant høyere enn landet som helhet. Høyere alder gir høyere risiko for sykdom og nedsatt funksjonsevne (Ariansen & Selmer, 2020) og over dobbelt så mange (36 %) fra tidligere Hedmark enn Norge for øvrig (16 %) oppgir å ha nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom (Hedmarks fylkeskommune, 2019). Menn har en gjennomsnittlig høyere BMI enn kvinner og tall fra folkehelseinstituttet viser at menn fra innlandet, sammen med fylkene i Nord Norge, er blant befolkningsgruppen i Norge med flest overvektige (Meyer & Berg, 2022)

2.4 SATISTIKK FOR INNLANDET

Statistikken viser en økende andel pasienter som får behandling innen anbefalt tid, men at 25 % fortsatt får behandling senere enn anbefalt (Govatsmark et al., 2021). Tall fra Norsk hjerteinfarktregister viser at sykehusene Kongsvinger, Gjøvik, Lillehammer og Elverum (Hamar og Tynset var ikke nevnt i rapporten) ligger langt under landsgjennomsnittet i andel pasienter under 85 år diagnostisert med *STEMI* som fikk primær PCI innen anbefalt tid, selv om helseregionen samlet sett har gode verdier på linje med resten av landet. Det samme er tilfelle for andelen pasienter under 85 år som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. Kongsvinger ligger litt høyere enn landsgjennomsnittet med 69 % mot det nasjonale 63 %. Både Tynset 50 %, Hamar 48 %, Gjøvik 37 %, Elverum 31 % og Lillehammer 20 % blir beskrevet med «mindre god» måloppnåelse. Sykehuset innlandet som en enhet behandlet totalt 189 *STEMI* pasienter. 34 % fikk behandling innen anbefalt tid mot et nasjonalt gjennomsnitt på 63 %. *AHUS* behandlet 243 pasienter og scoret 77 %. Andelen pasienter under 85 år med *NSTEMI* som ble undersøkt med innvasiv koronar angiografi blir beskrevet med mindre god måloppnåelse for både Hamar og Elverum med henholdsvis 68 og 65 % mot

helse Sør-Øst som samlet sett scorer 78 % (Govatsmark et al., 2021). Den medisinske kunnskapen innen effektiv behandling både i akutfasen av et hjerteinfarkt og tiltak som bør iverksettes for å forhindre tilbakefall er omfattende og entydig. Rammeverket for denne behandlingsprosessen er forskningsbasert og nedfelte i nasjonale og internasjonale anbefalinger for både diagnostikk og tiltak for behandling som nevnt i punkt 2.2 (Govatsmark et al., 2021).

Som en del av kardiovaskulær sykdom påpekes Hjerte- karsykdommer som en av flere hovedårsaker til tapte leveår også for Innlandet (*Innlandets fylkeskommune - Langversjonen, s. 78*). Figur 1. viser tallene for iskemisk hjertesykdom hentet fra dødsårsaksregisterets statistikkbanker. Den røde linjen representerer Innlandet, søylene representerer de øvrige fylkene. Vi ser hvordan innlandet, til dels sammen med fylkene i nord, gjennom flere år, også tidligere enn 2015 som illustrert her, har en betydelig høyere dødelighet for hjerte karsykdommer enn resten av landet (Folkehelseinstituttet, statistikkbank, 2021).

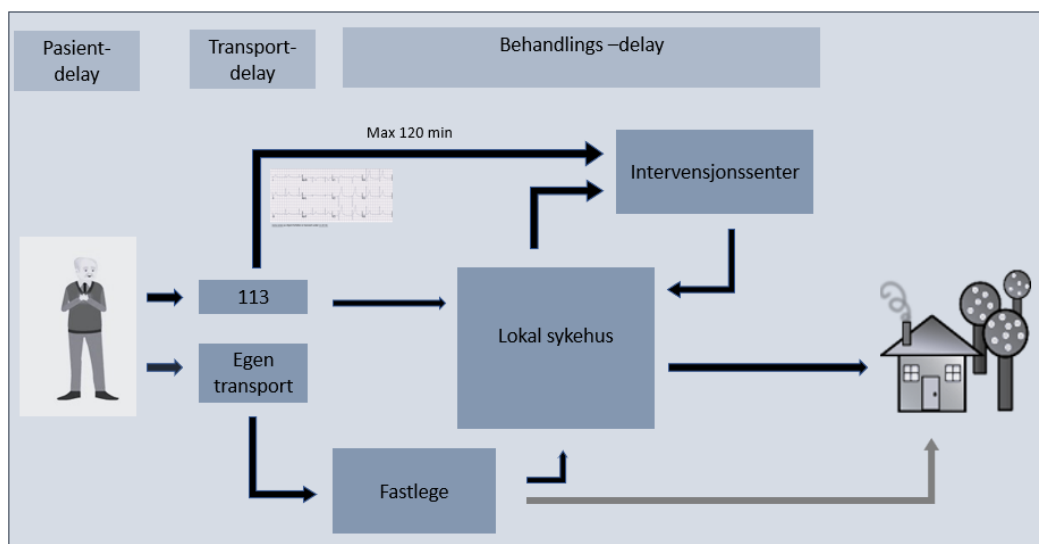


Figur 1: Tall hentet fra Folkehelseinstituttet Årsaker til død (fhi.no) Rød linje representerer Innlandet fylke.

På landsbasis viser statistikken at menn i alle aldergrupper rammes hyppigere av hjerteinfarkt enn kvinner (Ariansen & Slemer, 2020). Dette er også gjeldene for Innlandet, med nesten dobbelt så mange dødsfall for menn (106) enn for kvinner (54,5) (Folkehelseinstituttet, statistikkbank, 2021).

2.5 PASIENT-DELAY

Den totale skaden på hjertemuskelen relatert til et hjerteinfarkt avhenger av hvor stor del av hjertet som er berørt, men også tiden fra symptomdebut til behandling. For å unngå celledød som et resultat på manglende blodforsyning til hjertemuskelen må reperfusjonsbehandlingen gis raskest mulig og innen få timer etter symptomdebut (Bjålie et al., 2000 s.239; Tjordal, 2021). Risikoen for alvorlig arytmi med påfølgende død er svært høy den første tiden etter symptomdebut og er den hyppigste årsaken til prehospital død (Johansen et al.,2021). Delay-tiden er derfor svært avgjørende for pasientens morbiditet og mortalitet (Coventry et al., 2016). Delay omtales i tre kategorier; (se figur 2.) pasient-delay, transport-delay og behandlings-delay. *Pasient-delay* beskrives som tiden fra symptomstart til avgjørelsen om å opprette medisinsk kontakt er tatt. *Transport-delay* er tiden fra avgjørelsen er tatt til pasienten er fremme hos behandlende medisinske senter. *Behandlings-delay* er tiden fra ankomst til behandling er utført.



Figur 2. Faser av delay-tid

Temaet og konseptet delay-tid har de siste 20-30 årene vekket stor interesse innen det medisinske fagfeltet og innenfor forskermiljøet. Resultatet er vellykkede teknologiske fremskritt gjennom hele behandlingsskjeden som effektivt har redusert tiden *fra opprettet medisinsk kontakt til gjennomført behandling* og dermed også komplikasjonene og dødeligheten som følge av et akutt hjerteinfarkt (Beedholm, 2019). I Norge, på lik linje med mange andre land, kan man ved ST-elevasjonsinfarkt (STEMI) allerede stille diagnosen prehospitalt på bakgrunn av EKG og direkte konferering med sykehuset, som står klare for raskest mulig behandling med koronar intervensjon eller eventuelt oppstart av prehospital trombolytisk behandling hvis tiden overskrider 120 minutter etter diagnostisering (legevakthåndboken.no). Denne såkalte «blålyskjeden» har redusert antall dødsfall hos pasienter med STEMI fra ca. 15 % til om lag 2-3 % (Mangschau et al., 2011).

Ulike forskningsstudier, opplysningskampanjer og andre iverksatte tiltak har i flere år forsøkt å påvirke tiden fra symptomdebut til avgjørelsen om å oppsøke medisinsk hjelp blir tatt, men uten nevneverdig suksess (Moser et al., 2006; O'Donnell & Moser, 2012). Tiden for pasient-delay har vært uforandret de siste tiårene og påpekes som det svakeste leddet ved akuttbehandlingen av hjerteinfarkt og krever derfor et økende fokus (Lawesson et al., 2017; Li & Yu, 2017). I dette studiet vil jeg se nærmere på pasientforsinkelsen. Hva påvirker avgjørelsen og hvorfor avventer så mange av pasienter med symptomer å ringe etter medisinsk hjelp?

2.6 PROBLEMSTILLING

Hensikten med studiet er å få innsikt i den generelle opplevelsen hos menn fra Innlandet når de får et hjerteinfarkt og tiden før de etablerer kontakt med helsevesenet på bakgrunn av deres sosiale og kulturelle kontekst i rammen av den typiske kjønnsstereotypien.

Målet er å belyse de faktorene som medfører en økt delay-tid for behandling av pasienter fra Innlandet med hjerteinfarkt og muligheten for å påvirke disse, slik at livsforlengende

behandling i større grad kan iverksettes i tråd med retningslinjene. Dette vil kunne bidra til en bedre forståelse av atferd relatert til delay blant menn i Innlandet og kan brukes for å utvikle vellykkede strategiske handlingsplaner direkte rettet mot den gjeldene lokale kulturelle og maskuline konteksten. En slik målrettet handlingsplan vil ha mulighet til å påvirke og forkorte pasientrelaterte forsinkelser i behandling av hjerteinfarkt og jeg har med bakgrunn i dette formulert følgende hovedproblemstilling:

«Hvordan påvirker kulturelle betingelser opplevelsen og atferden hos menn fra Innlandet når symptomer på et hjerteinfarkt oppstår?»

For å spesifisere problemstillingen ytterligere har jeg supplert med tre forskningsspørsmål:

-«Hva er årsaken/årsakene til delay?»

-«Hvordan påvirker stereotypiske kjønnsroller og maskuline diskurser tolkningen av symptomene?»

-«Hvordan påvirker kulturelle normer den hjelpesøkende atferden blant mennene?»

2.8 STUDIETS BEGRENSNINGER

På bakgrunn av studiets begrensninger av å være en masteroppgave, og logistiske utfordringer med avstander mellom sykehusene i Innlandet samt risikoen for at jeg plutselig måtte befinne meg to/tre steder på engang valgte jeg å gjennomføre rekrutteringen på ett av de fem sykehusene i Innlandet. Studiet har derfor ikke en kontrollgruppe og resultatene kan ikke beskrives som særegent for Innlandet men må forstås i kontekst av de lokale kulturelle normene.

2.9 STRUKTURERING AV OPPGAVEN

I innledningskapittelet ble det presentert bakgrunnen for tema sammen med statistikk for Innlandet fylke og problemstillingen. I neste kapittel presenteres forskningsfeltet på bakgrunn av sosiodemografiske, kontekstuelle påvirkningsfaktorer og hvordan maskuline kjønnsrollen påvirker sykdom og hjelpesøkende atferd. I kapittel 4 presenteres oppgavens teoretiske

bakteppe med utgangspunkt i Hay sin teoretiske arbeidsmodell for å forstå overgangen fra fornemmelser til symptomer og sykdom, og hvordan ulike handlingsrom påvirker utgangspunktet for meningsdannelse og tolkning i rammen av Connells teori om kjønnsroller og maskulinitet. I metodekapittelet beskrives bakgrunnen for valg av metode og gjennomføringen av studiet. I kapittelet behandling av data og analyse presenteres bakgrunnen for det tekniske arbeidet og fremgangsmåten for transkribering og analyse samt en refleksjon av studiets gyldighet, min forforståelse og de etiske vurderingene. I kapittel 7 presenteres resultatene med en narrativ tilnærming, i kapittel 8 fremkommer diskusjonen etterfulgt av en kort oppsummering fra et folkehelseperspektiv og en konklusjon i avsnitt 9 etterfulgt av en prolog.

3.0 LITTERATUROVERSIKT

Med utgangspunkt i Oria er det funnet artikler om pasient-delay fra store deler av verden som har ledet videre gjennom andre databaser som blant annet PubMed, Google scholar, Cochrane library og Cinahl. Artikkene er fra 1990-tallet og frem til 2021. Det ble funnet flere aktuelle søkeord og kombinasjoner og mye av søkene har gått i bredden på temaet. Tiden kunne vært utnyttet bedre til å gå i dybden innenfor ulike tema men omfanget av relevante artikler ble så stort at det kanskje tok litt overhånd.

3.1 SOSIODEMOGRAFISKE FAKTORER

Forklaring på sykdom er bygget opp under forståelsen av den *biomedisinsk modellen* og blir beskrevet som individuelle patologiske forandringer og anomalier i kroppens fysiologiske mål, biokjemiske målinger og/eller atferdsrisiko som kan forberedes eller repareres med riktig diagnostisering og behandling (Thurston, 2014 s.110-112). Helsekadelige forhold og risikostratifisering utover patologiens biologiske målinger har hatt et økende fokus og er samlet under begrepet helsedeterminanter og folkehelsearbeidet slik vi kjenner det i dag (Mæland red., 2020 s.20-21; Thurston, 2014 s.95). Studier har vist at grad av helsekompetanse ofte henge sammen med sosiale helsedeterminanter og at de følger den samme gradienten som helse og sosioøkonomisk status (Thurston, 2014).

Sosiale helsedeterminanter har ikke bare påvirkning på hvilke grupper som i større grad er utsatt for å få hjerteinfarkt, men flere individuelle litteraturstudier har funnet en sammenheng mellom pasientens delay-tid og ulike sosiodemografiske og kliniske faktorer som kjønn, utdanning, etnisitet, alder, komorbiditet og kunnskapsnivå (Chowdhury et al., 2021; Dracup & Moser 1997; Moser et al., 2006; Wechkunanukul et al., 2015).

Strukturelle samfunnsmessige forhold er med på å skape og opprettholde sosiale helseforskjeller som på bakgrunn av allmenne menneskerettighetsprinsipper betraktes som urettferdige. Gjennom ulike tiltak, politiske føringer og forvaltninger kan de også være mulig

å påvirke. (Meld. ST. 34 2012-2013). The Marmot Review understreket allerede i 2010 betydningen av utdanning som en sentral faktor for sosial ulikhet (Marmot et al., 2010). Lav sosioøkonomisk status har i lang tid vært forbundet med en økt risiko for hjerte-karsykdommer (Ariansen et al., 2021). Et doktorgradsstudiet har vist at personer med lav utdanning ofte har et mer komplekst sykdomsbildet og oppsøker medisinsk hjelp senere enn personer med høyere utdanning (Sulo, 2017). Populasjonsgrupper med lavere utdanning har i tillegg en høyere risiko for å dø utenfor sykehuset før medisinsk hjelp er etablert og har en større dødelighet i perioden etter hjerteinfarkt (Ariansen et al., 2021). Ifølge folkehelseinstituttet har pasienter med lang utdanning både bedre effekt av behandlingen og mottar bedre behandling enn pasienter med lavere utdanning. Det er imidlertid uavklart om dette skyldes forskjellsbehandling fra helsevesenet basert på sosioøkonomisk status eller andre forhold (Syse et al., 2022).

De vanligste sosiodemografiske faktorene i relasjon til delay-tid rapportert i et Australsk litteraturstudie var høy alder, kvinner og KO morbiditet inkludert tidligere gjennomgått infarkt (Wechkunanukul et al., 2015). Dette bekrefter også funn fra 2006 (Moser et al.,) og 2020 (Stain et al.,) som i tillegg fant at lav grad av utdanning, etnisitet og lav sosioøkonomisk status også påvirket og forlenget delay-tiden. Det er motstridende data vedrørende kjønnsforskjeller på delay-tid (Ottesen et al., 2003; Zerwic et al., 2003). Mooser et al., (2005) fant i et av sine studier en ikke signifikant forskjell på delay-tiden hos menn og kvinner men at barrierene for å oppsøke medisinsk hjelp var kjønnsbasert.

Sosial ulikhet i helse kan også vise seg som geografiske helseforskjeller (Ingstad, 2021 s. 63). Et studie som analyserte kunnskapsnivået hos personer som bodde urbant/ruralt i Canada fant små forskjeller basert på kunnskap og bosted, men påpeker allikevel at dødeligheten blant pasientene i rurale områder var høyere og at kunnskapsnivået om de mindre klassiske symptomene på et hjerteinfarkt må heves for hele pasientgruppen (Tran & Tran, 2019).

Enkelte sosiale faktorer kan virke beskyttende mot strukturelle helsetrusler (Schiefløe, 2019 s356). Et velfungerende sosialt nettverk kan gi en betydelig reduksjon i risikoen for å utvikle somatisk sykdom og opprettholde en god mental helse og kan virke som en beskyttende buffer. Lav grad eller opplevd lav grad av sosial støtte, ensomhet eller en opplevelse av å stå «utenfor» kan gi en større risiko for tidlig død og har en betydelig negativ påvirkning på helsen. (Schiefløe, 2019; Meld. St. 34 2012-2013 s.56). Et nyere dansk studie finner at pårørende (eller annen observerende part) har en mer omfattende påvirkning på delay-tiden enn tidligere antatt og at det etablerte seg en form for forhandling for å tolke den kroppslige opplevelsene og at graden av overtalelse fra pårørende var avgjørende for når medisinsk hjelp ble opprettet (Andersen et al., 2022).

3.2 KOGNITIVE, EMOSJONELLE OG KONTEKSTUELLE FAKTORER

Avgjørelsen om å oppsøke medisinsk hjelp er kompleks. Ulike sosiale helsedeterminanter er ikke alene avgjørende for delay-tiden. Kognitive, emosjonelle og kontekstuelle faktorer påvirker også i stor grad den hjelpesøkende atferden (Moser et al., 2006; Wechkunanukul et al., 2015).

Beedholm et al., (2019) søkte forståelse for den kroppslige tolkningsprosessen bak fornemmelser som symptomer og understreker betydningen av den sosiale og kulturelle kontekstualiseringen. Etter et kvalitativt intervjustudie med en grundig analyse konkluderer de med at pasientenes streben etter å opprettholde det normale og deres vaklende følelsesmessig tolkningsprosess med fordel kan forstås som en sosialt kulturelt fenomen.

Nymark et al., (2019) har sett på hvordan vurderingsprosessen påvirker delay-tiden og om det var mulig å karakterisere pasientene med betydelig forlenget delay-tid. Studiet ble utført i Sverige mellom 2011-2014 og viste at symptomvurdering og opplevd manglende evne til å handle hadde signifikant påvirkning av tiden. Gjennomsnittlig delay-tid for deltagerne i studien var 3 timer, men tiden varierte fra 0,7- 24 timer. Et norsk studie utgitt i 2021,

gjennomført på Vestlandet i 2011-2012 så på pasientenes refleksjoner i etterkant av et påvist hjerteinfarkt, hvor delay-tiden varierte fra 10-20 min til 4 uker (Fållun et al, 2021). Her beskrives hvordan pasientene opplevde overgangsfasen fra symptomdebut til behandling som veldig utfordrende og studiet finner, i likhet med andre studier, at pasientene undervurderer symptomenes alvorlighetsgrad, sammenfaller symptomene med kjente tidligere sykdommer, annet ubehag eller neglekt. Mange kan også kjenne på usikkerhet og redsel for å kaste bort verdifull tid hos medisinsk akuttseptor og/eller lege og avventer derfor heller situasjonen (Stain et al., 2020).

Et studie fra Hong Kong og et studie fra England påpeker en sammenheng mellom redselen for å påføre pårørende stress som følge av egen sykdom og intensiteten på smertene/ubehaget til delay-tiden (Li & Yu, 2017; Stain et al., 2020).

Dubayova et al., (2010) har i et systematisk oversiktsstudie sett på hvordan graden av frykt kan påvirke delay-tiden hos pasienter med lav progressiv kreft og akutt hjerteinfarkt. De delte frykt inn i fire kategorier, bekymring, redsel, engstelse og panikk/dødsangst og fant at bekymring ikke påvirket delay-tiden hos pasienter med hjerteinfarkt, men redsel i kombinasjon med andre faktorer, som for eksempel økonomi, press fra øvrig familie og eller forlegenhet derimot kunne forlenge delay-tiden hos disse pasientene. Pasienter som opplevde engstelse og panikk/angst hadde en kortere delay-tid og oppsøkte medisinsk hjelp innen kort tid etter symptomdebut. Dette bekreftes også i et nyere systematisk oversiktsstudie som konkluderte med kortere delay-tid blant pasientene som opplevde smertene som en form for trussel og bemerket i tillegg at ulike bekymringer og sosiale barrierer kan ha mindre påvirkning enn tidligere antatt (Arrebola-Mereno et al., 2020).

Konteksten for symptomdebut, intensiteten på ubehaget og responsen på symptomene hos eventuelle pårørende (eller andre) viste seg å være vesentlig i et Australsk studie som så på betydning av den hjelpesøkende atferden ved pasient-delay (Coventry et al., 2016). Dette

bekreftes av et amerikansk studie fra 2020 (Mirzaei et al., 2020) som konkluderer med at en gradvis forverring av symptomene i motsetning til akutte innsettende smerter forlenget tiden ytterligere. Et studie fra Korea så på sammenhengen mellom anginrelaterte plager i forkant av et hjerteinfarkt og delay-tid, og fant at kun 40 % oppsøkte hjelp på bakgrunn av plagene og at slike plager kunne tyde på en forlenget delay-tid. (Hwang et al., 2011).

Et Svensk studie fra 2018 fant at en stor andel av pasientgruppen oppsøkte fastlegen før de ble diagnostisert med hjerteinfarkt og at dette i mange tilfeller forlenget delay-tiden ytterligere.

Her påpeker de også at bevissthet og kunnskapsnivået hos både pasientgruppen og helsepersonell må styrkes (Andersson et al., 2018). Et Amerikansk randomisert kontrollstudie fant en statistisk signifikant økning i kunnskapsnivå og opplevelsen av kontroll hos eldre som fikk tilrettelagt undervisning og veiledning av hjerteinfarktsymptomer mot de som ikke fikk dette (Tullmann et al., 2007).

Noureddine et al., (2015) beskriver ulike kognitive faser hos sine informanter i tråd med «common sense Model of illness behaviour» før avgjørelsen om å søke medisinsk hjelp blir tatt, men poengterer at ingen av informantene beskrev egne emosjonelle reaksjoner før de ble spurt. Studiet påpeker at menn i den Libanesiske kulturen, på linje med hvite menn, forventes å være følelsesmessig stabile og skal tolerere smerte.

Kunnskapsnivået blant lekfolk må heves slik at større andel av befolkninger er i stand til å gjenkjenne symptomer og ta avgjørelsen om å koble inn medisinsk hjelp på et tidligere tidspunkt (Mirzaei et al., 2020; Coventry et al., 2016).

3.2.1 Media

Vår evne til å motta, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon påvirker

beslutningsprosessen og vår helserelaterte atferd, ikke bare i hverdagen men også ved akutt sykdom. Samfunnets forventninger til pasientenes deltagelse i egen helse økes i tråd med en økende eksponering fra ulike instanser som sosiale medier, reklame og media. Navigeringen

gjennom seriøse og useriøse aktører og mengden av informasjon kan derfor være vanskelig å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2021). Et av hovedfokusene for forebyggende helsearbeid er å identifisere de ulike risikofaktorene på bakgrunn av et så nøytralt perspektiv som mulig.

Media derimot, har en tendens til å nedprioritere vinklingen av sosiale faktorerets betydning og baserer strukturelle problemer på medisinske forklaringsmodeller og etablerte uheldige diskurser for å skape spennende overskrifter (Tjora, 2012 s112-113). En diskurs er bestemte føringer for hvordan bestemte ting omtales i en gitt kontekst. Disse føringene innebærer et system av regler og koder som avgjør hva som sies, hvordan, når og av hvem og gjør det mulig å skille ulike diskurser fra hverandre (Aakvaag, 2008 s.309). Media utnytter ofte disse diskursene og velger hvordan deler av en sannhet vinkles, fremstilles og videreformidles til publikum og spiller en sentral rolle i forståelsen av helse og risiko ved å skape lite nyanserte overskrifter og artikler tilpasset nyhetsrammer og bidrar sterkt til en økende medikalisering av samfunnet (Thurston, 2014 s.110-112). Gjennom en konstruksjon bygget på kameravinkling, redigering, politisk ståsted og en journalistisk tolkning kan dette videreføre og forsterke uhensiktsmessige stereotypier og diskurser som kan være vanskelig å endre. (Schwebs et al, 2020). En del av disse diskursene kan føre med seg kulturelle reaksjoner på sykdom og avvik og samfunnsmessige forventninger til hvordan helsen vår skal være, hvordan vi skal leve og hvordan vi skal se ut (Lian, 2007). De komplekse samfunnsmessige forholdene utenfor individet blir via media i stor grad oversett eller bortforklart med statistikk (Mæland red., 2020 s.19). Media er derfor en forsterkende faktor for den pågående prosessen av å forstå sosiale fenomener som medisinske problemer, og er blant de institusjonene som har sterkest påvirkningskraft for hva som til enhver tid oppfattes som virkelig (Schwebs et al, 2020 s. 207-208).

Tidligere forskning (Noureddine et al., 2015; Noureddine et al., 2019; Tran & Tran, 2019) har vist at lekfolk, i tråd med hvordan media velger å fremstille et hjerteinfarkt, ofte forventer et

svært dramatisk og akutt forløp og gjenkjenner derfor ikke alvorret i symptomer som avviker fra denne oppfattelsen. Statistisk har så mye som 1/3 av hjerteinfarktpasienter atypiske symptomer (Tjordal, 2021). Et tysk litteraturstudie (Birnbach et al., 2020) fant stor grad av utilstrekkelig kunnskap på atypiske, mer subtile, symptomer og en moderat til god kunnskap om klassiske hjerteinfarkt symptomer slik de blir fremstilt i media. Under halvparten av pasientene med akutt koronar syndrom (i stor grad pasienter med hjerteinfarkt) relaterte disse symptomene til hjertet.

Stain et al., (2020) understreker at ikke bare media men også ulike helsekampanjer kan forsterke motviljen for å oppsøke medisinsk hjelp fordi symptomene avviker fra forventet forløp eller budskapet oppfattes feilaktig, og viser til hvordan covid-kampanjen «Redd liv! Bli hjemme» kan ha slått feil ut blant befolkningen. Dette ble også synlig i Norge da hjerteinfarktregisteret la frem sine tall for 2020 som viste en betydelig nedgang av registrerte innleggelser for akutt hjerteinfarkt. Nedgangen var størst i mars-april da Norge stengte ned og omfattende tiltak ble iverksatt for å hindre spredning av Covid-19 (Ariansen et al., 2021).

3.3 KJØNNSSTEREOTYPI

Kjønn blir beskrevet som en av de viktigste sosiokulturelle faktorene som påvirker ulikhet i helse og helserelatert atferd (Ragonese et al., 2019 s.30). Generelt oppfattes og omtales menn som det sterke kjønn (Lilleaas, 2006). Disse sosialt konstruerte kjønnsrollene er ikke alltid like enkle å forholde seg til og kan møtes med ulike forventninger fra ulike aktører. Det stereotypiske maskuline kjønnsrollemønsteret har ifølge Stenbacka (2011) i tillegg en sterk geografisk tilknytning og kan i rurale strøk beskrives som «fysisk», «sterk», «kroppslig» og «barsk», mens det i urban sammenheng ofte assosieres med «lederstillinger», «makt» og «sosial kapital». Medias vinkling og fremstillingsevne bidrar og forsterker denne oppfattelsen og skaper et større gap mellom urbane og rurale kjønnsforskjeller (Stenbacka, 2011).

Kolderup Hervik & Skille (2021) har sett på hvorfor en tilfeldig gruppe middelaldrende menn fra rurale deler av innlandet i hovedsak har en homogen oppfattelse av helse, kropp og fysisk aktivitet og fant, på bakgrunn av Bourdieu og Connell som et teoretisk rammeverk, at dette er et resultat av sosial kontekst og gjeldende dominerende maskuline normer og idealer. Menns habitus blir dermed avgjørende for menns hjelpesøkende atferd. Ulike kulturelle miljøer er ifølge Gottzèn (2013) ofte tilknyttet visse verdier, normer og forestillinger som kan gi et stereotypisk opphav til forståelse basert på blant annet kjønn. Han mener bygdekulturen i større grad er forbundet med forutinntatte negative assosiasjoner enn livet i byen.

Et engelsk studie (White & Johnson, 2000) hevder at samfunnets forventninger til menns maskulinitet skaper en barriere for deres evner til å ivareta egen helse. De observerte og intervjuet menn med akutte brystmerter for å utvikle en teori på menns atferd ved sykdom. Studiet beskriver hvordan overgangen fra frisk til syk og samfunnets forventninger til sunne, sterke menn bygger en barriere for hjelpesøkende atferd og at menns komplekse forhold til egen kropp kan være en direkte årsak til forsinket behandlingstid. De konkluderer med at mange menn kan ha behov for hjelp til å møte de konsekvensene nedsatt helse vil ha på deres stilling og posisjon i samfunnet.

Kronisk og alvorlig sykdom kan innebære nedsatte fysiske funksjoner og evner, forandring av sosiale roller og egen identitet og helseplager av ulik karakter som kan resultere i en identitetskrise (Charmaz, 1994). Menn kan ha problemer, eller en uvilje mot å vise sårbarhet og å snakke om følelser og «lider derfor ofte i stillhet» eller utviser en tilbøyelighet til å bagatellisere helserelaterte plager og egen sykdom i et forsøk på å opprettholde en normal standard for å bevare egen identitet og maskulinitet (Lilleaas, 2006). Sykdom er for mange et tegn på svakhet og påvirkes av sosial stigmatisering eller redsel for at de ikke er syke nok for at helsevesenet skal innblandes (Andersson, et al., 2018). Kathy Charmaz (1994) mener mange menn er villig til å risikere helsen for å opprettholde sin identitet som aktiv, uavhengig

og dominant og at denne kostnaden øker på linje med de sosiale, psykososiale og fysiske funksjonsskadene. Lilleaas (2006) bekrefter hvordan menns sterke ønske om tilbaketrekning og autonomi ved alvorlig sykdom paradoksalt fører til en økende avhengighet.

Ragnonese et al. påpeker i rapporten «Masculine Norms and Men's Health: Making the Connections» (2019 s.11) at menns nedsatte helse ofte er et resultat av deres innsats for å leve opp til eller følge de gjeldene kontekstuelle maskuline diskursene og at menns sykkelighet og overdødelighet skyldes kulturelle og sosiale faktorer tilknyttet maskuline normer relatert til flere faktorer, som blant annet begrenset hjelpesøkende atferd. Mange menn viser lite interesse for kunnskap relatert til helse, sårbarhet og sykdom. Dette fører til en nedsatt helsekompetanse og et dårligere utgangspunkt for å ivareta egen og andres helse (Anderssen i Tjora 2008 s.190). Ofte, når menns helse diskuteres og forskes på, er fokuset på biologi. Sosiale determinanter inkludert maskuline normer må få mer oppmerksomhet og større gjennomslag på verdensbasis (Ragnonese et al., 2019). Effekten av de sosiale, økonomiske og kulturelle faktorene bør derfor implementeres i en multisektoriell helse og velvære politikk, eller som et eget nasjonalt helsepolitisk rammeverk slik som både Australia, Brasil og Irland har klart å oppnå. Akademiske institusjoner og forskere må i tillegg utvide bredden i forskningen for å dekke kunnskapsbehovet og dimensjonene av den maskuline påvirkningen, samt hvordan sunn atferd, selvkontroll og ansvar kan fremme bedre helse (Ragnonese et al., 2019 s.13-14).

3.4 FORSKNINGSGAP

Det foreligger et ansvar på statlige helsemyndigheter, hos fylkeskommunen og de ulike lokale kommunene å investere tilstrekkelige ressurser for å fremme god helse, forebygge sykdom og bidra til å utjevne sosiale forskjeller blant lokalbefolkningen generelt -også i Innlandet (Folkehelseloven, 2011§1).

«Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien, og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen.» (Regjeringen.no 2010-2011 Prop.90 L kap. 7.2, s. 48.)

Innlandet har imidlertid ingen forskning å vise til som har studert årsakene til den økte forekomsten og dødeligheten av hjerteinfarkt eller sett på hvordan bakenforliggende faktorer som for eksempel kulturelle og kontekstuelle forhold kan påvirke fortolkningsrammen for atferd og medvirke til en lengre delay-tid og dermed medføre en økt dødelighet.

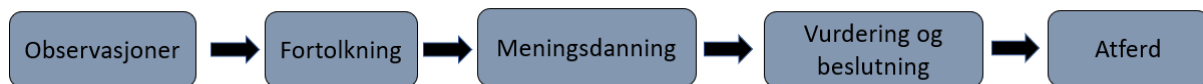
4.0 TEORETISK RAMMEVERK

Resultatene av dette studie viser at mye av kompleksiteten i delay-tiden er relatert til forståelsen og tolkningen av symptomene. Kulturelle fortolkningsrammer og handlingsrom påvirker vår sosiale virkelighet og påvirker delay-tiden og blir derfor presentert som en del av det teoretiske rammeverket sammen med Hays teori fra medisinsk antropologi som beskriver og forklarer prosessen som endrer fornemmelser til symptomer i lys av Connells maskulinitetsteori.

4.2 FORTOLKNINGSRAMMER

Mennesker har en egen evne til refleksjon og kan lære av erfaringer og av å studere andre medmennesker. Sosiologi, eller vitenskap om mellommenneskelige forhold, er bygget på grunnprinsippet om at utvikling og endring ikke er forutbestemt av biologi eller andre naturlover, men er samfunnsmessige konsekvenser av menneskers atferd (Schifloe, 2019 s.23). For å forstå hvordan kulturelle betingelser påvirker opplevelse og atferd bland menn i Innlandet må vi forsøke å få et innblik i deres sosiale virkelighet. Hva er forventet atferd ved sykdom? Hvilke faktorer påvirker meningsdannelsen og handlingsrommet til disse mennene? Finnes det mønstre eller fellsetrekk som kan forklare bakgrunn for atferd og fortolkning?

Meningsdannelse er en mer eller mindre ubevisst kontinuerlig dynamisk prosess basert på hva vi ser, erfarer og tolker, men også hva vi tidligere har erfart, sett og tolket og hva som kan være forventet i fremtiden. Meningsdannelsen er i stor grad påvirket av kulturelle og sosiale sammenhenger samt forventet atferd hos andre. Når vi kjenner på en kroppslig fornemmelse legger vi merke til og registrer flere ting. Hva fikk meg til å legge merke til dette? Vil dette utsette meg for en risiko? Hvor lenge har dette vedvart? Beslutninger som tas skjer på grunnlag av den meningen som skapes ut fra konteksten som er gitt. Figur 3 viser sammenhengen mellom de ulike elementene som beskrevet i Schiefloe, 2019 s.113).



Figur 3 Fortolkning og atferd (Schiefløe, 2019 s.113).

Det er først når noe er bekymringsverdig og i strid med forventningene at vi blir bevist på elementene i meningsdannelsen. Hvis den kroppslige fornemmelsen vedvarer utover forventet forløp, må vi plutselig tenke oss om (Schiefløe, 2019).

Som samfunnsborgere må vi tilpasse og innrette oss etter ulike krav, forventninger, muligheter og begrensinger av både strukturelle og materielle art. Dette kan innebære både muligheter og begrensinger avhengig av individet og er en del av *vår sosiale virkelighet* og utgjør vårt *handlingsrom*. Dette handlingsrommet endres over tid gjennom erfaring og samhandling. Som sosiale mennesker beveger vi oss i flere handlingsrom med ulike disposisjonsfaktorer og fortolkningsrammer. Schiefløe (2019) mener det er særlig tre elementer som er viktig i de ulike handlingsrommene. For det første, hvordan er friheten innenfor handlingsrommet? Menn og kvinner har i mange tilfeller ulikt handlingsrom basert på stereotypiske kjønnsrollemønstre og hegemoni. For det andre, hvilke krav stilles? Og for det tredje, hvilke muligheter har vi for å påvirke eller endre atferden og fortolkningsrammene innenfor handlingsrommet.

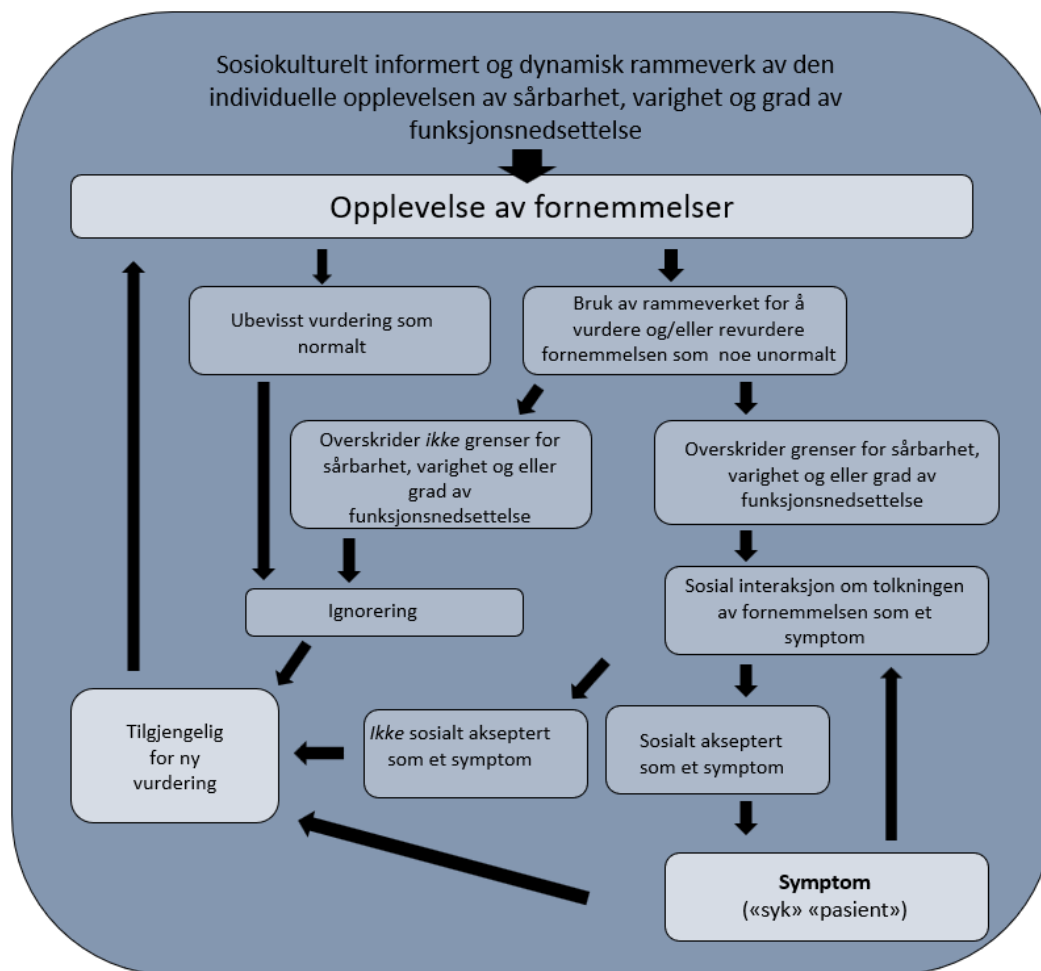
Som enkeltindivider har vi ulike forutsetninger for tolkning og atferd innenfor de ulike handlingsrommene. Atferd må derfor forstås som et resultat av samspillet mellom egenskaper, ressurser og handlingsrom konstituert ut fra de individuelle mulighetene og begrensingene. En økt tilgang på ressurser og kunnskap vil kunne gi bedre forutsetninger for å ivareta egen helse (Schiefløe, 2019).

4.1 FRA FORNEMMELSE TIL SYMPTOM, EN TEORETISK ARBEIDSMODELL

Følelser er en legemliggjort opplevelse i motsetning til et symptom som er en sosialt konstruert kognitiv tolkning (Hay, 2008 s.221). Den biomedisinske modellen har kategorisert symptomer og hva disse symptomer kan indikere. Symptomer er derimot en subjektiv opplevelse som kan oppfattes og oppleves ulik for mennesker på bakgrunn av forskjellige kulturer og normer. Symptomets tydelighet vil også kunne påvirke fortolkningen og forsinke den medisinske behandlingen. Prosessen med å gjenkjenne symptomer og å vurdere alvorlighetsgrad oppleves utfordrende for mange. Hay (2008) utarbeidet derfor en modell for å tolke overgangen fra «frisk» til «syk» med bakgrunn i medisinsk antropologi.

Hay mener at fortolkningsprosessen allerede begynner når den potensielle pasienten, bevisst eller ubevisst begynner å stille seg spørsmål ved fornemmelsene. Hun viser til Timothy Halkowski (2006) sin beskrivelse av den fortolkende prosessen som foregår når en fornemmelse oppstår, også kaldt «pasientens problem»; Hva kjenner jeg på? Kan dette gi meg problemer? Hvordan kan jeg løse dette? Hun ville ta utgangspunkt i denne tolkningsprosessen for å forstå hvordan mennesker vurderer overgangen fra fornemmelser til symptomer. Basert på et etnografisk feltstudie på en øy i Indonesia over en periode på 20 måneder samlet Hay inn over 100 casestudier og utarbeidet en modell for å forstå overgangen fra fornemmelser til symptom og sykdom.

Hay omtaler fornemmelser som en kognitiv subjektiv tolkning fra neurologiske impulser som kontinuerlig vurderer mulige anomalier fra kroppens sanseorganer. Fritt oversatt defineres en fornemmelse som *«legemliggjorte opplevelser forankret i en ontologisk virkelighet»* (Hay,2008 s. 205).



Figur 4. Teoretisk arbeidsmodell

Etter oppholdet i Indonesia utarbeidet Hay denne modellen av den transformative prosessen der fornemmelser blir symptomer (figur 4). Modellen viser hvordan vi ubevisst vurderer og revurderer fornemmelser kontinuerlig frem til noe oppleves unormalt. Uten nevneverdig bekymring tolkes den kroppslige fornemmelsen betydning ut fra et rammeverk som inkluderer disse tre kategoriene: *ens sårbarhet, varighet og grad av funksjonsnedsettelse*. Hvis fornemmelsen tolkes og oppfattes som innenfor den subjektiv forståelsen av normalt i alle de tre kategoriene, ignoreres den gjerne før den eventuelt vurderes på ny ved et senere tidspunkt. Hvis fornemmelsen derimot overskrider den konstituerte subjektive grensen for normalt legges det grunn til bekymring og fornemmelsen blir presentert for andre for å få en sosial aksept av fornemmelsen som symptom. Fornemmelsen kan avvises og avskrives med ulike begrunnelser som normaliserer tilstanden, som for eksempel: «du har bare fått en betennelse i

skulderen etter å ha sittet for mye på kontoret og jobbet». Hvis fornemmelsen derimot blir legitimert og sosialt akseptert etableres et symptom (Hay, 2008).

Sosial kommunikasjon og konferering med andre utgjør en vesentlig del av denne modellen. Den sosiale avgjørelsen om å akseptere fornemmelsen som symptom eller ikke kan synes å virke vilkårlig og i særlig grad avhengig av hvem man spør og vedkomnes kulturelle og sosiale kontekst, kunnskap og erfaringer. Dette stabiliseres imidlertid gjennom *responsloopen* som sikrer en kontinuerlig vurdering og revurdering (Hay, 2008).

Hay (2008) peker på tre dynamikker som påvirker denne responsloopen. 1: den kroppslige fornemmelsen kan vedvare utover den subjektive forståelsen av normalt, graden av ubehag/smerter/bekymring kan endres eller funksjonsnedsettelsen påvirke hverdagen i for stor grad. Når dette inntreffer er en fornemmelse som tidligere ble oppfattet som normal revurdert som bemerkelsesverdig. 2: den sosiale responsen kan endres avhengig av hvem og når konfereringen finner sted. 3: pasientens egen forståelse og subjektive oppfattelse av «normalt» kan endres basert på nye erfaringer og kunnskap fra de sosiokulturelle omgivelsene som er i stadig endring.

Hay (2008) mener at mennesker ikke oppsøker sosial legitimeringen av fornemmelser og følelser hvis de i utgangspunktet ikke er bekymret og at så lenge fornemmelsene ikke oppfattes som symptomer, er individet friskt.

Hay (2008) konkluderer med at den legemliggjorte kroppslige erfaringer er underlagt betydning av den sosiale og kulturelle konteksten i avgjørelsen om hvorvidt en fornemmelse betraktes som et symptom eller ikke.

“A person medicalizes him- or herself when he or she interprets a sensation as a symptom – when the leap from being “fine” to being “sick” is made.”

4.3 MASKULINITET

Raewyn Connell eller R. W. Connell har hatt stor innflytelse innen studier av menn og maskulinitet i et kjønns og likestillingsperspektiv og hennes arbeide representerer fortsatt det rådende teoretiske paradigmet (Langeland & Hoel, 2016). Det er derfor naturlig å bruke Connell som et teoretisk utgangspunkt for å forstå den kjønnsstereotypiske rammen for dette studie.

Sosiale determinanter er som nevnt blant de mange faktorene som påvirker ulikhet i helse og helsereelatert atferd, men kjønn er en av de viktigste sosiokulturelle faktorene (Ragonese et al., 2019 s.30). Kjønn er en grunnleggende del av vår sosiale identitet og impliserer muligheter og begrensninger for atferd og former vår identitet gjennom et samspill mellom biologiske og sosiale forutsetninger (Mæhland (red.), 2020; Wharton, 2005). Kjønnrollemønsteret er komplekst. Kjønnroller skapes gjennom sosiale prosesser og konstruerer ulike forventninger og handlingsrom for kvinner og menn allerede fra tidlige barneår. Kvinner betraktes ofte som emosjonelle, omsorgsorienterte, passive og lite ambisiøse mens menn oppfattes som pågående, rasjonelle og aktive. Kjønnroller og kjønnsstereotypi er et konsept konstruert gjennom vår kulturarv og innebærer en oppfattelse om at kvinner og menn har ulike egenskaper og ferdigheter og at det derfor følger ulike forventninger til atferd (Mæhland (red.), 2020; Schiefloe, 2019). Connell (1995 s. 21) hevder i boken «Masculinity» fra 1995 at forskningen som er utført på kjønnsforskjeller i psykologiske egenskaper viste liten eller ingen signifikante forskjeller men blir likevel, på bakgrunn av kulturelle føringer og forventninger, et bidrag til videre kulturelle kjønnsstereotypier og stigma. Stereotypier har en tendens til å være selvforsterkende og bidrar dermed til de eksisterende (maskuline) diskursene (Hopkins, 2009).

Connell mener maskulinitet ikke kan defineres som et karaktertrekk, en norm eller med spesifikk atferd, men i stedet må betraktes som en helhetlig dynamisk sosialt kjønnnet prosess.

Videre mener Connell (1995) at det eksisterer et mangfold av maskuliniteter som ikke bare er infiltrert i sosiale relasjonene men også i samfunnsstrukturen som en institusjonell dimensjon. Hun hevder at kjønn er en sosial struktur og en del av en sosial praksis hvor det eksisterer en hegemonisk maskulinitet. Denne sosialt aksepterte rangordningen, som etableres, hvis de kulturelle forestillingene om maskulinitet i kombinasjon med makt innfris, gir enkelte menn dominans ovenfor kvinner og andre menn og legitimeres, opprettholdes og forsterkes via sosiale relasjoner i et kulturelt samspill. Connell (1995) omtaler fire typer maskuliniteter:

«*Subordination*» eller underdanig viser til enkelte menns overdrevne dominans ovenfor særlig den homofile andelen av menn, men også ovenfor andre menn som ikke imøtekommer den gjeldende stereotypiske maskuline diskursen eller viser følelser eller underdanighet ovenfor kvinner eller andre menn. De omtales blandt annet som «pysen», «whipped» og «nerd».

«*Complicity*», eller delaktighet beskriver en annen av maskulinitetstypen. Connell (1995) påpeker at majoriteten av menn drar nytte av rangordningen og derfor er delaktige for å opprettholde hegemoniet selv om et fåtall menn praktiserer mønsteret i sin helhet.

Connell beskriver i tillegg hvordan «*marginalization*», eller marginalisering kan påvirke dynamikken mellom maskuliniteter på bakgrunn av ulike raser og etnisitet, og at de marginaliserte gruppene alltid er i relasjonen til «*authorization*», eller de autoritære hegemoniske gruppene (Connell, 1995 s. 78-79).

Mange av de kulturelle forestillinger om maskulinitet er kroppslige. Å fremheve maskuliniteten gjennom tungt fysisk arbeid har for mange menn både vært en måte å overleve og et middel til å hevde overlegenhet ovenfor kvinner og andre menn. Tungt fysisk arbeid krever styrke, utholdenhet og emosjonell distansering. De konstituerte kroppslige forventningene til atferd og yteevne hos den maskuline mannen kan derimot være problematisk og uforenelig å imøtekomme, spesielt ved akutt og kronisk sykdom, og kan forårsake

rollestress eller intrarollekonflikt som kan påvirke ivaretagelsen av egen helse (Connell, 1995 s.54-55; Schiefloe, 2019). For mange menn med fysisk kroppslig arbeid representerer yteevnen den økonomiske sikkerheten. Connell henviser til et studie om menns måte å håndtere nedsatt helse på og mener menn da har tre valg. Øke innsatsen og yteevnen for å imøtekomme forventninger og krav, reforhandle definisjonen på maskulinitet slik at kapasiteten og forventningene samsvarer, eller kritisere de fysiske stereotypene og avise hele den hegemoniske maskulinitetskulturen (Connell, 1995 s.54-55).

5.0 METODISK TILNÆRMING

Hverdagen og dagliglivet er i stor grad basert på lite gjennomtenkte forventninger, antagelser og observasjoner som tas for gitt. Vitenskap og vitenskapelige metoder derimot er bygget på systematisk og logisk arbeid med en intensjon om å oppnå ny viten, innsikt eller kunnskap (Kvarv, 2014). Kvalitativ og kvantitativ forskning kan enkelt forklares med «innsikt og forståelse» og «oversikt og forklaring». Valg av metode må gjenspeiles i forskningsspørsmålet (Tjora, 2020). Hva er det vi ønsker å få svar på? I dette kapittelet beskrives og begrunnes verktøyet og fremgangsmåten som er valgt for å fremskaffe mest mulig egnet data som, på vitenskapelig grunnlag kan fremskaffe en økt innsikt og forståelse for å kunne svare på studiets problemstilling (Thoresen et al., 2020).

5.1 FORSKNINGSPERSPEKTIVER OG FORSKNINGSDSIGN

Gjennom flere års arbeidserfaring som sykepleier, både i Oslo og i Innlandet har jeg bemerket meg at menn fra Innlandet ofte har en høyere terskel for å si fra om fornemmelser relatert til egen kropp og helse enn de øvrige pasientene. Kunne dette svare til den økte risikoen for dødelighet blant hjerteinfarktpasienter i Innlandet?

Observerte fenomener som dette danner gjerne forskningsgrunnlaget ved en induktiv tilnærming (Tjora, 2020). Målet med studiet er å få innsikt i menns opplevelser og atferd ved akutt hjerteinfarkt for å se om ulike kulturelle og sosiale faktorer fra Innlandet medvirker til en økt forsinkelse i behandlingen. Dette krever en ontologisk og epistemologisk posisjon som reflekterer og optimaliserer for slik forskning.

I kontekst av å forstå andre mennesker er det ikke alltid en positivistisk tankegang gir de beste svarene. Tvert imot, nettopp fordi studiet ønsket å få innsikt i ulike individers opplevelser har jeg inntatt et epistemologisk ståsted tilknyttet interpretivismen som, i motsetning til positivismens naturlige orden, baserer den logiske forskningen på menneskets grunnleggende særpreg (Bryman, 2016). Det best egnede forskningsdesignet for dette studiet er derfor med

kvalitativ metode som, i motsetning til kvantitativ metode, bruker ord fremfor tall for å beskrive data. Jeg har sett det som mest hensiktsmessig å bruke semistrukturerte intervjuer for å avdekke hvordan de kulturelle og sosiale faktorene påvirker opplevelsen og atferden blant mannlige hjerteinfarktpasienter i Innlandet.

Det teoretiske og filosofiske rammeverket for dette studiet ligger innenfor fenomenologi. Fenomenologi er ikke beskrevet som en konkret vitenskapsteoretisk retning, men gjenkjennes på bakgrunn av studieobjekter, metode og eller resultater (Kvarv, 2014). Kunnskap skapes via språk, gjennom ord og begreper søker fenomenologien alle nyansene av følelser, erfaringer, tanker og opplevelser innenfor et gitt fenomen som videre brukes i analyse og fortolkning (Lock & Strong, 2014; Madsbu, 2011). Forskning innen fenomenologi oppfattes som en beskrivende vitenskap fra et førstehåndsperspektiv og betyr direkte oversatt «læren om det som viser seg» (Thoresen et al., 2020 s.23). Det er de direkte og umiddelbare fenomenene slik de inngår i de ulike sammenhengene som undersøkes og beskrives så detaljert og nyansert som mulig (Kvarv, 2014 s.87).

Den ontologiske utformingen er basert på et sosialt konstruktivistisk perspektiv der jeg ønsker å få innsikt i hvordan menn fra Innlandet konstruerer mening og skaper en forståelse av symptomer og ubehag. Sosial konstruktivisme er bygget på den fenomenologiske filosofien om at vår virkelighet er skapt av samfunnet og den kulturelle konteksten vi er en del av og kan derfor ikke betraktes objektivt (Tjora, 2020 s. 27; Tjora, 2018).

5.2 UTVALG

En del av forskningsarbeidet innebærer å avgrense det empiriske arbeidet. Kvalitativ forskning arbeider som regel i dybden med et mindre utvalg og inklusjons,- og eksklusjonskriteriene må derfor være velbegrunnede og optimalisert for å gi deltagerne de beste mulighetene til å kunne svare på problemstillingen. Dette studiet er basert på et

kriterieutvalg som inviterer deltagere utfra spesifikke kriterier. Denne avgrensningen blir ofte brukt for å studere opplevelser eller erfaringer tilknyttet deltagerne (Tjora, 2020 s.41).

Hovedkriteriet for utvalget i dette studiet er menn, basert på den kjønnede prevalensen av hjerteinfarkt i Innlandet. Mennene måtte være inneliggende på et av sykehusene i Innlandet, diagnostisert og behandlet for hjerteinfarkt i påvente av utskrivelse. Beregnet tid for intervjuet ville være ca. en klokke time og som en del av inklusjonskriteriet måtte deltagerne klare å formidle og redegjøre for hendelsesforløpet på en forståelig måte innenfor denne tidsrammen.

Det medisinske fagpersonalet (i hovedsak sykepleiere) skulle dele ut informasjons- og samtykkeskjema til alle pasientene på bakgrunn av inklusjonskriteriene som de mente var egnet og befant seg på et slik stadium at de kunne delta fra 09.05.22 og ut mai eller frem til dataene ble mettet (Vedlegg 1).

Deltagelsen var frivillig, og det forelå et krav om gyldig samtykke. Pasienter som ikke var samtykkekompetente, forstod eller snakket godt norsk ble ekskludert fra studien basert på hovedregel i Generelle prinsipper punkt 2 a og b. Hvis det ble tvil om evner til samtykkekompetanse, ble behandlingsansvarlig lege tilkalt for å gjøre en vurdering. (Forskningsetiske komiteer u.d.).

5.3 REKRUTTERING

Jeg fant ingen konsekvensmessige utfordringer eller fordeler ved å skulle velge det ene sykehuset fremfor det andre. Valg av rekrutteringssykehuset ble derfor basert på tilgjengelige kontakter. I stedet for å henvende meg generelt til en medisinsk avdeling med forespørsel om samarbeid tok jeg direkte kontakt med både overlege og avdelingssykepleieren på sengepost ved navn. Jeg henvendte meg først til en overlege ved valgte sykehus med spørsmål om han var villig til å stille som behandlingsansvarlig lege i rekrutteringsfasen. Sammen med medisinsk sengepost takket de ja og var villige til å være prosjektutvalgets gatekeepers.

Helsepersonell som egne gatekeepers kan ut fra etiske prinsipper betraktes som en fordel fordi

velbegrunnede valg for inklusjon og eksklusjon av pasienter må gjøres på bakgrunn av sensitiv informasjon jeg som forsker ikke har tilgang til.

For å vise hvem jeg var og for å kunne informere grundig og ta imot eventuelle spørsmål ønsket jeg å møte på avdelingen i forkant av rekrutteringen. Avdelingen mente derimot, på bakgrunn av turnus og forventet arbeidsmengde, at det var mest praktisk å videresend et informasjonsskriv om studiet til sine ansatte (Vedlegg 2).

Juli og august ble rekrutteringen satt på pause på grunn av egen ferieavvikling og en periode med mye jobbing. På grunn av studiets tidsbegrensning ble rekrutteringsprosessen avsluttet med 5 intervjuer den 30. september

5.4 SEMISTRUKTURERTE INTERVJU

Intervjuer er den mest brukte metodene for å genere data innenfor kvalitativ forskning og er også i mitt studie det beste utgangspunktet for svare på mitt forskningsspørsmål (Tjora, 2020).

Semistrukturerte intervjuer er spesielt godt egnet for å studere subjektive opplevelser, meninger og atferd. Formålet med semistrukturerte intervjuer er å legge til rette for en fri samtale hvor informanten gis rom for å reflektere over egne tanker, opplevelser og atferd innenfor spesifikke tema i en avslappende setting.

5.4.1 Pilotstudie

For å sikre optimalisering i forkant av prosjektintervjuene ble det gjennomført et pilotstudie på en person som ikke samsvarte med inklusjonskriteriene men som likevel hadde erfaring med brystsmarter. Dette ble en fin test for intervjuguiden og en god øvelse for meg relatert til både gjennomføring og tidsforløpet. Jeg fant raskt ut at jeg måtte bearbeide intervjuguiden. Forståelsen av noen av spørsmålene ble ikke slik jeg hadde forventet så jeg både la til og omformulerte flere av spørsmålene og åpnet opp for flere refleksjonsspørsmål for å få informanten til å fortelle litt mer inngående om noen av temaene.

Etter å ha gjennomført intervju nummer en valgte jeg i tillegg å endre rekkefølgen på spørsmålene uten å endre innholdet fordi jeg merket at informant nummer en ikke ble helt komfortabel i intervjusettingen før han hadde pratet litt. Dette opplevdes lettere på de neste fire intervjuene.

5.4.2 Intervjuene

Intervjuguiden er utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålet og komponenter fra litteraturstudiet og inkluderer både oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og flere oppfølgingsspørsmål tilpasset spørsmålene. (Vedlegg 3). Åpne spørsmål og en-til-en relasjonen kan gi rom og fleksibilitet for digresjoner utover spørsmålene men innenfor tema som forskeren ikke hadde planlagt for eller vurdert (Kvale & Brinkman, 2015).

Jeg spurte om alder, utdannelse, sivilstand og om de var oppvokst i Innlandet for å avdekke eventuelle sammenhenger og sosiale mønstre som mulige forklaringsvariabler og for å kontekstualisere de sosiale og kulturelle faktorene. Jeg spurte etter spesifikk delay-tid og intensiteten på smertene ved hjelp av VAS-score (et verktøy for å gradere smerte fra smertefri, 0 til verst tenkelig smerte, 10). Jeg ønsket å få innsikt i informantenes kunnskaper om generelle symptomer som kan indikere et pågående hjerteinfarkt for å kontrollere opp mot forskning fra litteraturoversikten.

Tjenester for sensitiv data (TSD) og nettskjema-diktafon (Universitetet i Oslo u.d.) ble benyttet som verktøy for opptak i intervjuene og for sikker oppbevaring. Før intervjuet startet måtte informantene signere på samtykkeskjema som ble skannet fortløpende og lastet opp i TSD for deretter å bli makulert. Bakgrunn for valg om å gjennomføre signering på papir var risikoen for at informantene, hovedsaklig eldre menn, ikke hadde tilgang på sin bank id-brikke, som er nødvendig for å kunne gjennomføre signeringen digitalt. Den eldre generasjonen synes også ofte at moderne teknologi og bank id på mobil blir for komplisert og at det derfor ville være enklere å takke nei til deltagelse.

Intervjuene ble holdt på pasientrom (hvis de var alene på rommet) eller et tildelt møterom på sengeposten. Nøytrale lokaler uten risiko for avbrytelser, avsporinger eller avlytting av tredjepart gir en trygghet og skaper en god ramme for gode intervjuer (Tjora, 2020). Før opptaket presenterte jeg meg og studiet og spurte om de hadde lest hele informasjonskrivet og om de hadde noen spørsmål. Jeg presiserte også at jeg kom til å ta opp samtalen på to ulike medier av sikkerhetsmessige årsaker og at begge opptakene ble lagret forsvarlig inne i tjenester for sensitive data slik som det var spesifisert i informasjons- og samtykkeskjema.

Informantene ble etter beste evne møtt med en nøytral holdning og respekt. Jeg var gjennom hele intervjuet bevisst min rolle og forsøkte å være så nøytral jeg kunne, samtidig som jeg oppfordret til videre samtale.

6.0 BEHANDLING AV DATA

Da alle intervjuene var gjennomført gjensto bearbeidelse og organisering av dataene.

Tematisk analyse og hjelpeverktøyet OpenCode versjon 4.03 er brukt for å kode og analysere data. (Universitet i Umeå u.d.). Videre i kapitlet redegjøres studiets gyldighet og de etiske aspektene.

6.1 TRANSKRIBERING OG ANALYSE

En god vitenskapelig analyse er basert på grundig arbeid (Johannessen et al., 2021 s. 46).

Fortolkningslære og fenomenologi er en del av grunnstrukturen i kvalitative metoder og er med på å gjøre funnene til vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Studiets transkribering og arbeidet med kodingen vil påvirke studiets resultater og må derfor være bevisst og avklart (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tematisk analyse er en enkel og fleksibel metode og beskrives som en av de mest grunnleggende tilnærmingene innenfor kvalitativ forskning. Analysearbeidet kan utføres uten spesifikke krav eller føringer for teori eller tematisering og er derfor et godt utgangspunkt for hvordan jeg, som aldri har foretatt en analyse tidligere, kan gå frem for å analysere studiets data. Det er verdt å merke seg at fleksibiliteten i tematisk analyse både er en fordel og en ulempe og at forskeren hele tiden må ha et fokusert og bevisst forhold til forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018).

Johannessen et al., (2018) har, med utgangspunkt i Braun & Clarke, utviklet en forenklet fire-steps modell for å dele inn og kategorisere data med viktige fellestrekk i ulike temaer som skal være lettere å følge for studenter, og danner grunnlaget for studiets analyse.

Steg 1. Forberedelse

For å få en bedre oversikt over data startet arbeidet med transkriberingen fortløpende. Lydfiler ble nedtegnet til direkte oversatt tekst. Selv om transkriberingen tok tid fikk jeg som forsker bedre innsikt i både dataene og mine evner til bevisstheten rundt språk og kommunikasjon

ved å gjøre alt arbeidet selv. Med utgangspunkt i tematisk analyse, som er en grundig oppskrift for å skape meningsfull vitenskap har studiet, ved hjelp av OpenCode og notater, identifisert ulike tema og mønstre med viktige fellestrekk som ble kategorisert. En slik kategorisering av data skaper orden og struktur samtidig som nye sammenhenger og mønstre synliggjøres (Johannessen et al., 2021).

For å ivareta informantenes konfidensialitet fikk alle et pseudonym. Stedsnavn, arbeidsplasser, «kone» og «sønn» ble byttet ut med kjønnsnøytrale beskrivelser allerede i transkriberingen. For å ivareta informantenes personvern og anonymitet ble det foretatt en mer generell anonymisering dersom en eller flere av informantene skilte seg vesentlig ut fra de andre med sin bakgrunnshistorie, uten at dette gikk på bekostning av innholdet og datagrunnlaget.

Alle de fem informantene snakket dialekt i mer eller mindre grad. Transkriberingen ble derfor utført med dialekt for å gjengi et mest mulig presist og fullstendig narrativ som mulig. Enkelte av transkriberingene var vanskeligere å jobbe med enn andre og krevde ekstra tid på grunn av dialekten. Det er etter beste evne forsøkt å gjengi korrekt kroppsspråk, pauser og punktsetting fra samtalen inn i transkriberingen for å ivareta den fenomenologiske filosofien og for å kunne gi et mest mulig nøytralt utgangspunkt med mulighet for kritisk lesning av det som ikke sies direkte (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den skriftlige teksten ble overført i OpenCode og tematisering av åpenbare felles koder som for eksempel delay-tid, vas-score, utdanning, alder osv. begynte.

Steg 2. Koding

For å få en økt forståelse og oversikt over dataene må de kodes. Viktige perspektiver og poenger i teksten må fremheves og settes ord på for å kunne gi vitenskap (Johannessen et al., 2018).

For å strukturere koding gjøres dette ut fra generelle til bestemte spørsmål i flere runder og kan foregå via pc, Post-it lapper, markeringer eller ved å skrive notater. Prosessen krever et bevisst og reflektert forhold til hvordan dataene kodes. Johannessen et al., (2018) har foreslått tre enkle teknikker som ble benyttet for å sikre den vitenskapelige analyseprosessen.

1. Før arbeidet med å markere og synliggjør viktige poenger i teksten startet ble alle fem intervjuene delt inn i tre kategorier. «Åpenbart ikke relevant», «svært relevant» og «potensielt relevant data». Kun de to siste kategoriene fra hvert intervju ble beholdt, samt registreringer av kroppsspråket, stemmeleie, emosjonelle beskrivelser, ansiktsuttrykk og direkte utsagn som understreket viktige poenger fra informantene. Dataene ble lettere og mer overkommelig å forholde seg til etter denne meningsfortetningen og viktige poenger og utsagn ble lettere å skille ut.
2. Det ble laget korte datanære presiseringer eller stikkord i teksten som gjenspeilet det konkrete innholdet og oppsummerte de viktigste poengene fra teksten inne i OpenCode.
3. Som et trinn tre anbefaler Johannessen et al., (2018) flere refleksjonspauser underveis i analysearbeidet for å bearbeide data og lage lengre notater. Dette var veldig konstruktivt, både for arbeidet med kodingen men også for det videre arbeidet med kategoriseringen og ikke minst en bevisstgjøring av arbeidsteknikken.

Johannessen et al., (2018) påpeker at kodefase kan innebære å måtte gå gjennom datasettet både en, to og tre ganger før de kodede data kan betraktes som grundig bearbeidet.

Steg 3. Kategorisering

Dette steget i analyseprosessen går ut på å skaffe et mer helhetlig perspektiv på dataene og arbeidet som er utført hittil. I motsetning til steg 2, hvor målet var å gå inn i tekstene for å

finne høydepunkter og lage markeringer av viktige elementer var arbeidet nå å skape en større avstand og et bredere perspektiv til datasettet og de viktige poengene for å kunne kategorisere disse markeringene innenfor ulike grupperinger av undertema og hovedtemaer (Johannessen et al, 2018).

Underveis under steg 1. og steg 2. ble det skissert opp et tankekart over de ulike stikkordene som var markert, og dataene fra Open Code ble bearbeidet inn i hovedtemaer og underkategorier gjennom en pågående dynamisk prosess. Underkategorier ble fjernet, noen ble flyttet og andre ble slettet for å være sikker på at hvert av temaene tilfredsstilte kravene om tykkelse og intern-ekstern konsistens.

Steg 4. Rapportering

Når dataene var ferdig kategorisert kunne arbeidet på resultatene begynne. Dataene skal presenteres på en nyansert og strukturert måte, gjerne med relevante sitater fra informantene (Johannsen et al., 2018).

6.2 STUDIETS PÅLITELIGHET

Her presenteres en kritisk refleksjon av egne ideer og påvirkning av studiet og ulike utfordringer som oppstod underveis slik at leseren selv kan ta stilling til studiets troverdighet (Kvarv, 2014). For å vurdere holdbarheten er det særlig tre forhold som vurderes kritisk, *gyldighet, pålitelighet og overførbarhet* (Bryman, 2016). Min kompetanse og egnethet som forsker i kombinasjon med systematisk og nøyaktig bruk av data er både kriteriet og en forutsetning for å sikre studiets pålitelighet. (Bryman,2016; Malterud, 2002).

En ulempe ved å benytte kvalitativt forskningsdesign i kombinasjoner med en masteroppgaves åpenbare begrensninger, er at resultatene baserer seg på mindre mengde data uten muligheter for en kontrollgruppe. Fordelene er at jeg fikk en dypere innsikt og forståelse av opplevelsen som lå til grunn for atferd hos de få informantene jeg hadde.

Jeg har vært bevisst på eget personlig engasjement og har etter beste evne tilstrebet å holde en analytisk og profesjonell distanse til arbeidet med både intervjuguiden, selve intervjuene, til informantene og datamaterialet ved å spørre gjentagende til meg selv; er dette relevant for å kunne svare på problemstillingen? Er dette i tråd med metodevalget? Fremtrer jeg ledene ovenfor informantene hvis jeg stiller spørsmålene slik? Pilottesting i forkant bidro til at forståelsen og tydeligheten i spørsmålsformuleringene ble forstått slik jeg hadde ment. Informantene ble også møtt med spørsmål som «forstod jeg det riktig når du sa...?» «Slik jeg forstår så...» der jeg opplevde dette som hensiktsmessig. For å bidra til å sikre studiets *pålitelighet* og forsterke *gyldigheten* og sammenligningsgrunnlaget er både studiets og informantenes kontekstuelle forhold redegjort for (Bryman, 2016; Graneheim & Lundman, 2004).

Rekrutteringen av informanter oppstod som en utfordring i studiet. Ideelt sett ville det vært fornuftig å styre unna sommerferieavvikling for rekruttering av flere årsaker. Jeg antok at jeg ville få et tilfredsstillende antall deltagere til å mette data innen utgangen av mai slik at sommerferieavviklingen ikke ville bli en utfordring. Tidsintervallet for å gjennomføre selve rekruttering og intervjuene var i tillegg snevert og i underkant av et døgn. Dette i kombinasjon med hektiske dager på post, sommerferieavvikling, ukjente ekstravakter og underbemanning kan være blant mange av årsakene til at studiet endte opp med kun fem informanter. En direkte sammenheng kan også være at mange av de spurte takket nei. Jeg har ikke mottatt en beskrivelse for rekrutteringen fra gatekeeping-teamet og kan derfor ikke redegjøre for den delen av rekrutteringsprosessen utover det som er beskrevet. Dette må dermed betraktes som en svakhet i studien og reduserer resultatenes *overførbarhet* og *gyldighet* fordi det kan blir en utfordring å forsøke å gjenta prosessen uten en fullverdig beskrivelse. På bakgrunn av at jeg ikke kom i mål med ønskede mengde data valgte jeg derfor å dykke dypere ned i de rådataene som var tilgjengelig og inntok en mer narrativ tilnærming og presentasjon av resultatene for å

få det meste ut av det jeg hadde. Til tross for at dette ble en overraskende vending mener jeg den kontekstuelle sammenhengen svarer til bakgrunnen for dette valget.

Da jeg jobbet med datafortetning av de transkriberte intervjuene var jeg svært nøye med å beholde alt som kunne være av interesse og eliminerte kun digresjoner som ikke var betydningsfulle, som for eksempel forklaring av retninger, beskrivelse av steder, hus eller spesifikke situasjoner uten betydning for dette studiet. Ved å benytte to separate opptakskilder plassert på ulike steder i rommet økte jeg muligheten for presise transkriberinger.

Underveis i kodearbeidet fulgte jeg Johannessen et al., (2018) sin forenklete guide for å sikre et grundig og korrekt arbeide som, i kombinasjon med dialogene og samarbeidet med min veileder, bidrar ytterligere til å sikre *påliteligheten* og kontinuiteten i og med arbeidet (Arentzen & Tolsby, 2010). Ved kontinuerlig å argumentere for hvordan problemstillingen avgjør for de metodologiske valgene, bruk av primær-kilder og fagfellevurderte artikler har jeg ivaretatt grunnstrukturen i vitenskapelig forskning og bidratt til å øke *transparensen*.

Bakgrunnen og argumentasjonen for valgene som er foretatt har vært en pågående konstruktiv prosess siden arbeidet med å formulere en problemstilling begynte og er redegjort for både gjennom dette avsnittet og metodeavsnittet.

Et kvalitativt forskningsstudiet vil ikke kunne gi *generaliserbare* data, men har allikevel et mål om å avdekke trender og sosiale mønstre som kan være med å gi verdifull informasjon til videre forskning som på sikt kan bidra til fremtidige folkehelseiltak (Kvale & Brinkman, 2015 s.21).

6.3 FORSKERROLLEN

Min kredibilitet som forsker avgjøres derimot ikke bare på bakgrunn av metodevalg. Min moralske integritet, dyktighet, struktur og troverdighet er også i stor grad avgjørende for den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert (Malterud, 2002). Innenfor den fenomenologiske vitenskapen er det helt sentralt at jeg som forskeren er klar over min egen

instrumenterende rolle og har en kontinuerlig refleksjon av egen forforståelse da det nærmest er å betrakte som en umulighet å beskrive den objektive virkeligheten slik de faktisk fremgår uten påvirkning av forskerens subjektive oppfatninger og formeninger (Schiefløe, 2019 s.78). For å gjøre dataene og analysen transparente er det nødvendig med en redegjørelse for hvordan min forforståelse og intensjonalitet påvirker resultatene (Thoresen et al., 2020 s74-75). Thoresen et al., (2020) beskriver to måter å løse dette på. Forsøke å innta en fenomenologisk holdning med et så nøytralt og åpent sinn som mulig, eller bruke den kunnskapen og det utgangspunktet jeg har aktivt i forståelsen av fenomenet delay-tid. Å redegjøre for status av egne forestillinger, tanker og kunnskap om studiets tema kan ifølge Thoresen et al., (2020) være en bevisstgjørende prosess og et nyttig verktøy som underveis i forskningen vil bidra til å kunne utvikle, moderere og endre min kunnskap og forståelse. Jeg velger derfor å redegjøre for bakgrunnen for mitt yrkesvalg, kunnskap og forestillinger jeg sitter inne med for å kunne tenke mer systematisk over hvordan ulike sammenhenger og erfaringer bidrar til min forforståelse og påvirkning av studiet.

Undersøkelser og behandling på sykehus bærer stadig mer preg av klinisk, profesjonelt og effektivt arbeid. Ofte blir det emosjonelle aspektet ved sykdom overkjørt av nye inntrykk, undersøkelser og behandlinger. Å gå fra å være frisk til å være i en fase med akutt og kroniske sykdom medfører en plutselig forandring som kan resultere i frykt/angst, håpløshet, usikkerhet og utrygghet, og er kanskje ikke i overensstemmelse med behandlingsforløpet. Jeg er et emosjonelt menneske og har stor grad av empati. Å bli syk og å være pasient innebærer å måtte gi fra seg kontrollen på og over egen kropp og det oppleves vanskelig for de fleste. Det er derfor viktig for meg at pasientene *føler seg sett og møtes der de er* og at jeg klarer å påvirke deres opplevelse i positiv retning.

Bakgrunnen for mitt yrkesvalg var at jeg i begynnelsen av 20-årene leste boken «Veien til Karlsvogna» av Jon Magnus. Boken er skrevet i dagbokform av Jon Magnus i perioden kona

blir diagnostisert og behandlet for kreft. Boken rørte og opprørte meg. Det var så enorme mengder kommunikasjon som ikke ble oppfattet og forstått av personalet som førte til unødvendige misforståelser, uverdigg behandling og en dårlig opplevelse. Det var for sent for Jon Magnus og Elisabeth, men det fantes uendelig mange andre der ute i akkurat samme situasjon og jeg ønsket å utgjøre en forskjell for dem.

For meg ligger derfor både min filosofi og oppgavens grunntanke om å forstå informasjonen som pasientene ikke nødvendigvis formidler med ord. Det kliniske blikket er blitt en sentral del av hvordan jeg jobber i møte med mennesker. I min hverdag, spesielt som sykepleier bruker jeg mye av tiden sammen med pasienten til å «plassere» vedkomne. Det vil si; kan jeg stole på *at h*n videreformidler den oppriktig subjektive beskrivelsen* når h*n forteller at h*n ikke er engstelig, ikke har behov for vannlatning, ikke har smerter osv, og hvor går grensen for *når h*n sier ifra*? Mange pasienter sier faktisk ikke ifra, selv når de blir spurt. Andre sier kanskje fra, men på måte som undergraver betydningen av situasjonen og derfor tolkes feil av personalet. Erfaringsmessig er dette ofte menn fra Innlandet. De har etter min mening en høyere tendens for å skyve grensene for tolererbart ubehag for å slippe å involvere utenforstående med sitt selv i en sykepleier-pasient relasjon.

Min interesse og kunnskap om hjerteinfarkt og mine erfaringer som sykepleier har påvirket alle aspektene ved dette studiet og min rolle som forsker. Dette kan oppfattes som både en styrke og en begrensning, men må påpekes som et mulig bias. Min visjon for dette prosjektet kan ha vært så preget av et «tunnel syn» at jeg ikke har åpnet opp for andre muligheter og vinklinger. De fleste forskere er engasjerte i studiet sitt og har en ubevisst eller bevisst forforståelse som påvirker forskning. En fordel for mitt studie er at jeg har hatt et veldig bevisst forhold til mitt mulige bias i dette studiet allerede fra starten og har derfor forsøkt å vise en åpenhet og transparens gjennom hele forskningsprosessen slik at leseren selv kan

vurdere omfanget og effekten av min påvirkning. På den andre siden har min erfaring og fagkunnskap gitt innsikt og opphav til fenomenet og tryggheten til å gjennomføre studiet.

6.4 ETIKK

Flere ledd er med for å sikre de etiske aspektene ved forskningen. Ulike forventede og uforventede etiske utfordringer kan oppstå gjennom hele forskningsarbeidet og må tas høyde for underveis (Kvale & Brinkmann, 2015). I henhold til helseforskningsloven skal all medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker eller helseopplysninger forhånds godkjennes av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Helseforskningsloven, 2008,§9-12) (Vedlegg 4). Studiet er også godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 5) som kontrollerer at sikkerheten og oppbevaringen av innhentet data er i tråd med gjeldene lover og regler. Alle forskningsprosjekter innad på sykehuset Innlandet må i tillegg godkjennes av et eget personvernombud som ivaretar den totale sikkerheten for bruk av personopplysninger (Sykehuset Innlandet, 2021) (Vedlegg 6). Et *informert samtykke* er ikke bare en signatur og godkjenning fra informantene om frivillig deltagelse (evner om samtykkekompetanse ble beskrevet i avsnitt 5.2 Utvalg). Dette innebærer også at deltagerne informeres om hovedtrekkene i designet, studiets overordnede formål, mulige fordeler og risiko, deres mulighet for innsyn i egne data og retten til å trekke seg fra studiet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ivaretagelse av informantenes *personvern og kravet om konfidensialitet* innebærer en anonymisering av private data som deltagerne kan gjenkjennes i (Kvale & Brinkmann, 2019). Deler av dataene som ble samlet inn er av sensitiv karakter. Oppbevaring og bruk av data må være i tråd med de generelle forskningsetiske retningslinjer (2019) og Lov om organisering av forskningsetisk arbeid – Forskningsetikkloven (2017). Høgskolen Innlandet har tjeneste- og databehandleravtale med Universitetet i Oslo for tjenester med sensitiv data (TSD) og Nettskjema-diktafon (UIO) som ble brukt som verktøy for opptak i intervjuene og for sikker

oppbevaring. TSD oppfyller personvern – og helseforskningslovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Koblingsnøkkel ble lagt i egen ID-keys-mappe. Ingen data blir overført til andre instanser eller brukt andre steder. Persondata blir slettet i etterkant av studien og forblir anonyme.

Deltagerne skal på bakgrunn av *velgjørenhetsprinsippet* informeres om positive og negative konsekvenser ved deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2019). I dette studiet fantes det ingen umiddelbar fordel for den enkelte deltager men flere ulemper som blant annet sårbarhet, identitetskrenkelse eller andre skadevirkninger som følge av datainnsamlingen eller hvordan dataen blir belyst i denne masteroppgaven. For å redusere informantenes risiko for dette er det viktig med gode, korrekte transkriberinger uten forhåndsbestemte kategorier og entydige fortolkninger.

7.0 RESULTATER

For å utnytte bredden og dybden av rådata på best mulig måte presenteres resultatene med en narrativ tilnærming. Narrativ metode egner seg spesielt godt for å forstå tolkningsprosessen og meningsdannelsen bak ulike avvik på kulturelle normer med mulighet for å dykke dypere ned i mindre mengde data. En konstruksjon av virkeligheten og en bredere sosial kontekst skaper kunnskap mellom informanten og forskeren (Kokkersvold i Arntzen & Tolsby (red), 2010 s.97).

7.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE

For å skape en dypere innsikt og forståelse for atferd må kontekstuelle faktorer som påvirker tolkningsprosessen og meningsdannelsen gjøre rede for (Schiefløe, 2019). Informantene presenteres derfor med pseudonymer sammen med sosiodemografiske faktorer og delay-tid.



Figur 5 Informantene med sosiodemografiske faktorer og delay-tid

7.2 KONTEKST

I mange studier har kontekst for symptomdebut og delay-tiden vært i relasjon. Jeg velger derfor å presentere historien til alle fem informantene da ubehaget oppstod og hva som skjedde frem til de oppsøkte medisinsk hjelp.

7.2.1 Symptomdebut

Alle pasientene i studiet var i kontakt med fastlegen i forkant av sykehusinnleggelsen. Fire av fem hadde i tillegg også tatt kontakt med legevakt en eller flere ganger. Ut fra symptomer og behandling har to av pasientene hatt STEMI mens tre ble diagnostisert med NSTEMI.

Martin forteller at han opplevde tiltagende smerter i skulderen og svie i brystet som han mente var en betennelse i skulderen i kombinasjon med sure oppstøt. Han forsøkte flere ulike metoder for å lindre ubehaget hjemme, liggestilling, massasje, spikermatte, ligge på tennisballer og varm dusj men ikke tatt noe smertestillende. På dag tre beskriver han smertene som svært intense og angir en VAS-score på 10. Natt til dag fire ringer samboeren legevakten på vegne av *Martin*.

Martin: «aldri i verden om je hadde ringt legevakt midt på natta for en vondt skulder»
«-Hvis en bit tenna litt sammen så får'n til det tenker jeg.»

Han referer til å vente til dagtid for å ringe fastlege i stedet for å oppsøke legevakt/sykehus midt på natta. Legevakten oppfordrer *Martin* til å ta Paracet og ibux. Dette har ingen effekt. *Martin* ringer og bestiller hastetime hos fastlege påfølgende morgen. Selv om det ble tatt EKG ble det ikke funnet indikasjon for et pågående hjerteinfarkt før blodprøvesvarene forelå utpå ettermiddagen dag fem, døgn fire. Pasienten hadde i mellomtiden oppsøkt en annen legevakt på grunn av utenbysreise og intense smerter. Denne legevakten avdekket heller ikke noe annet enn store smerter i skulderen og ga han sterkere smertestillende. *Martin* hadde ingen tidligere erfaring med hjertesykdom.

Leif forteller at han oppsøkte legevakt etter et døgn med økende pustebevis og uspesifikke brystmerter. På grunn av normale funn får han valget mellom å legges inn på sykehus eller reise hjem. *Leif* forteller at han reiser hjem fordi han ikke føler seg syk, men symptomene forverrer seg imidlertid de nærmeste dagene med uttalt utmattelse. Fordi fastlegen har fri påfølgende mandag venter *Leif* til tirsdag før han kontakter legen på ny og han innlegges fra hjemmet til lokalsykehuset med taxi. *Leif* har kroniske smerter og forteller at smertene ikke skilte seg nevneverdig ut fra hverdagen og angir en VAS-score på 4-5. Han forteller derimot at han normalt ikke føler seg utmattet og angir en VAS-score på 6-7 for utmattelsen.

Hans var tidligere bypassoperert og hadde i tillegg gjort PCI. Han beskriver økende grad av tungpust og ubehag ved aktivitet og har tilpasset gjøremål etter dette det siste året. Han hadde fått time til videre utredning på lokalsykehuset i august. Han merket at noe var «etter han» på morgenen da han stod opp. Han avventer situasjonen og setter seg ned på sofaen for å vente til smertene går over. Det går ikke over og han kommer seg til kjøkkenet for å finne telefonen. Etter en anslått tid på ca. 30 minutter bestemmer han seg for å ringe 113.

Hans: «jeg får da ringe 113 og itta sitte her tel jeg slår eh... (små-ler) pænnbrasken i bordet».

Hans får påvist STEMI og kjøres rett til Ullevål. På vei til Oslo forteller han at han opplevde ekstreme smerter

Hans: «Je sa at hu jinta som satt i bredd meg i ambulansen je sa det at det samma å fort de kjøre nå så rekk de itte tel Oslo. Det var je heilt sikker på altså. Je var sikker på at dette var siste resa».

Kjell Ivar fikk høy feber og pågående infeksjon i kroppen et par dager før symptomene på hjerteinfarkt ga seg til kjenne da han skulle legge seg på kvelden. Han har tidligere hatt et STEMI og forteller at han gjenkjente smertene og angir en VAS-score på 5 ved sengeleie og 0 hvis han satt i stolen. Han beskriver ubehaget som vesentlig mildere enn første gang og avventer situasjonen.

Meg: Du forteller at du forsøkte å legge deg og kjenner at nei, dette går jo ikke og du tenker i hodet ditt at dette har jeg kjent før...

Kjell Ivar: ja, (latter) jeg vet hva du skal spørre om

Meg: Ja, (latter) Hva skal jeg spørre om?

Kjell Ivar: Hvorfor i himmelens navn ringer du ikke da med en gang?? (latter) Nei.... Usj.... Vet ikke... Man skar jo testes litt.... Nei, jeg vet ikke. Jeg kan ikke gi deg et godt svar på det. En ønsker jo ikke å være altfor mye til bry for noen da så...

Kjell Ivar forteller at han forsøker å legge seg igjen tre ganger. Etter tre timer velger han å ringe legevakten som han understreker; «*fader meg brukte en evighet på å ta telefonen*». Da jeg spør hvorfor han ikke ringer 113 svarer han: «*- aldri i verden om jeg hadde ringt 113*».

Kjell Ivar beskriver terskelen for å ringe 113 som ekstremt høy. Han forteller videre at han ikke følte han ble noe verre på den tiden han brukte hjemme for å avvente situasjonen

Kjell Ivar: «Jeg føler ikke at de tre timene jeg brukte hjemme som bortkastet tid. Jeg tror ikke jeg ble noe verre. Sånn føle jeg det ikke for det var på en måte ingen utvikling... Hadde det blitt verre så hadde jeg ringt. Jeg trur jeg hadde.... nei, det skal jeg faen meg være forsiktig med å si. Kanskje jeg hadde ringt 113. Eller sannsynligvis [pårørende]. Jeg vil jo helst ikke plage hen.»

Morten har tidligere blitt diagnostisert med hjerteinfarkt og forteller at han har følt seg smådårlig lenge, kanskje opp mot to år. Han er sikker på at dette er hjerterelatert. I motsetning til de andre oppsøker imidlertid Morten både egen fastlege, annen lege, private leger og legevakten, både på eget initiativ og etter å ha konferert med pårørende uten at noen finner noe galt. Fastlegen velger likevel å sende henvisning til utredning på sykehuset og pasienten får time på høsten.

Morten: »Da såg jeg for mei sammar'n at både fisheturer og multeturer gjekk vasken... og kænskje hele livet for det var så vondt. Da tog je en beslutning at je ringte nedpå LHL-klinikken og prate ved dem der.»

Morten hadde time på LHL klinikken tre dager etter han fikk hjerteinfarkt. Men da hjerteinfarkt kom gjenkjente han raskt symptomene og smerten fra tidligere og ringte 113 allerede etter 5-10 minutter.

Morten: «Da var det en klump midt i brystet også strålte litt åt venstre armen så da skjønnte je at nå er det hvert fall hjertet. Heilt sikkert. Nå er det infarkt. Heilt sikkert.»

Han angir en VAS-score på 8-9.

7.2.2 Forsinket behandling

Både Martin og Leif opplevde en forsinkelse i behandlingstiden etter først å ha oppsøkt medisinsk hjelp. Ingen av de mottok behandling for hjerteinfarkt før etter fire døgn fra symptomdebut og henholdsvis ett døgn og tre døgn etter første møtet med medisinsk helsepersonell.

Både Hans og Martin forteller at de med vilje forsinket avreise med ambulansen til Ullevål ytterligere for å få med personlige eiendeler eller sørge for hele og rene klær. For Hans var nok ikke intensjonen om å forsinke avreise et bevisst valg, men mer at han ønsket å fremstå presentabel i egne øyne.

Hans: «da røk je ukklar omtrent med (påførende) som kom før dom reste så sa je du må finne et par sokker.. (ler) -for je kæin da itte rese ått Oslo med hølete sokker (ler mer) Så det je sætt meg opp je på det! Så sa je det ligg oppå senga for dætta har je sortert i dag. Men det låg itte på senga. Hen... hen..... Dætta...uff (ler) tok en to-tre turer vet du også kjæm [hen] ner at med et par og sku træ på mei også var det høl på dom og da..... da vart dom enige, hu ambulanse.... sjefen der da, el hu jinta at dætta spilte ingen rolle. Så dom trædde på mei det... Så je var slik småarj' je æltså for dæ. Je sa det må da faen gå an å finna sokker oppi her som det itte er høl i! Jeg har da en hel skuff.»

Ambulansesjåføren og [påførende] hadde tilslutt blitt enige om at pasienten ble tatt imot i Oslo uavhengig om det var hull på sokkene eller ikke. Det er tydelig at rene og hel klær er av betydning for Hans for han legger til:

Hans: «gudskjelov at je hadde vaska dæssa arbeidsklæa da for dom har en te..... De var i utgangspunktet så møkke så dæææææ...»

Martin derimot ønsket å få med seg mobilladeren til Oslo. Den skulle leveres med bil til lokalsykehuset hvor han oppholdt seg og han antok nok at den var rett rundt hjørnet og forteller at han derfor halte ut tiden på toalettet før avreise lenge nok til at den ble levert.

Leif forteller at han ble liggende så lenge overlatt til seg selv i mottak at han tilslutt ber om å bli flyttet til sengeposten. Morten hadde en lignende erfaring og forteller at det i hovedsak var ambulanspersonalet som så til han og ga han ringesnor og beskjed om å dra i den hvis han fikk smerter etter ankomst til mottak og at han lå alene i et par timer før noe skjedde. Han angir også at han på dette tidspunktet ikke hadde smerter eller annet ubehag og at han for det meste lå og sov.

7.3 SYK VS. FRISK

Samtlige av informantene hadde tilleggsdiagnoser eller erfaring med tidligere sykdom. De finner det likevel vanskelig å kontekstualisere seg selv i risikogruppen eller med nedsatt helse og finner overgangen fra frisk til syk utfordrende.

7.3.1 Innsikt og forståelse

Morten forteller at han gikk mye ned i vekt en periode etter første hjerteinfarkt og hadde som han beskriver, god innsikt i egen helse og kunnskap om hjerteinfarkt. Han legger til at «*mor hadde høgt kolesterol*» men at hans verdier er innenfor normalen, men skyter inn at han har hatt litt problemer med høyt blodtrykk de siste årene.

Hans forteller at han etter bypass og klaffeoperasjonen var på rehabilitering i ca. tre uker hvor han i etterkant hadde en livsstilsendring med mer aktivitet og sunnere kosthold. Han legger i midlertidig til at dette sklei mer og mer ut og endte opp i samme gamle vaner etter en liten stund. Utover det forteller både Hans og Leif at de aldri har tatt hensyn til seg selv.

Leif på sin side har gått gjennom store deler av livet med kroniske smerter men at dette ikke har holdt han tilbake fra å oppnå det han ønsket.

Leif: «Jeg hadde tatt hensyn til meg sjøl! (latter) Det har vært slik det skulle være. Jeg har bygd tre hus.... Med arj'het får en til det en vil! Assa for der, det at jeg ser at det blir noe ut av det jeg gjør har vært som en premie».

Leif var informert av sin fastlege at det var massiv opphopning av blant annet hjertekarsykdom i familien og nevner at flere av hans søsken har hatt hjerteinfarkt.

Martin mener han lever et godt liv, at han kanskje ikke har de sunneste vanene men heller ikke de verste. Han forteller videre at han mener han får grei mosjon gjennom jobb og i fritiden. Han legger til at far fikk et hjerteinfarkt da han var rundt 60 men stiller seg likevel uforstående til at han skal ha vært i en risikogruppe på bakgrunn av noe av dette. Han forteller at han ikke hadde kjennskap til noen symptomer på hjerteinfarkt bortsett fra de han nå opplevde selv.

Kjell Ivar ramser opp både stress, diabetes, arv, røyking, fedme, alkohol og dårlige sovevaner som en økende risiko i sin situasjon og forteller at han kan teorien på hva som gir en økt risiko for hjerteinfarkt og er i ferd med å redusere egen vekt.

Både Leif, Kjell Ivar og Martin har kjent diabetes. Kun Kjell Ivar nevner at dette gir en økende risiko for hjerteinfarkt men det er tilsynelatende ingen av dem vet at dette også kan påvirke symptomene ved et hjerteinfarkt.

Når jeg spør om de kjenner til ulike symptomer på et hjerteinfarkt forteller Martin at han ikke kjenner til noen utover egne erfaringer. Kjell Ivar svarer at han «*dessverre har google...*» Både Hans og Morten forteller om brystmerter og stråling i arm og rygg, smerter i aksla, kald-svetting og skjelving.

Leif forteller at han relaterer hjerteinfarkt med betydelige smerter.

Leif: «Hjerteinfarkt forbinder jeg med store smerter. Jeg har forsøkt å sette meg inn i det. Jeg er vitebegjærlig så derfor trodde jeg ikke at jeg hadde det. Også har jeg lest at smertene stråler.»

På spørsmål om emosjonelle opplevelser blir de fleste mannfolka litt unnvikende.

Kjell Ivar: «...Nææi jeg vet ærlig talt ikke hva jeg følte jeg assa.... Nei, jeg vet ærlig talt ikke. -Jeg var ikke redd. Hvis det er spørsmålet. Absolutt ikke. Jeg vakke bekymra i det hele tatt jeg var jeg var bare sånn..... (hever skuldrene)»

Martin forteller at ambulansen ble stoppet på vei inn til Oslo og at han ble overført til et ambulanshelikopter.

Martin: «Så sitt vi i ambulansen på vei til Ullevål og plutselig så sier han i ambulansen at vi skal møte helikopteret»

Meg: ...jah

Martin: og dae..... det er såpass (hever begge øyenbrynene) Og da møtte vi helikopteret på [stedsnavn] Så ble vi flydd til Ullevål da.... ...Så var jeg rett inn på mottaket der

Meg: Men hvordan opplevde du det da?

Martin: Egentlig ganske rolig altså.

Meg: Hadde du da blitt fortalt Alvoret eller...?

Martin: Næææi.... bære hørt hjerteinfarkt lissom ... ehm.... De fleste antar vel at det er ganske alvorlig menne je..... je er litt.... Je tenke ikke så mye over sånn egentlig da... Det går som det går

Morten derimot innrømmer at han forholder seg rolig men at han har kjent på redsel og engstelse i forbindelse med brystmerter flere ganger. Han blir også åpenbart emosjonell når han forteller hvordan han har opplevd våren.

7.3.2 Reparasjoner

I mange tilfeller kan det være vanskelig å avgjøre om man bør oppsøke lege eller ikke. Både Kjell Ivar og Morten angir jevnlig kontroll hos fastlege, henholdsvis kvartalsvis og årlig. Kjell Ivar går til legen fast fire ganger i året og forteller at han er «drit god» på å gå til legen og at det overhodet ikke kan sammenlignes med å ringe 113, som han mener er nærmest «umulig» på egne vegne. Kjell Ivar angir en VAS-score på 10 da han hadde sitt første hjerteinfarkt og medgir at han var skikkelig dårlig.

Kjell Ivar forteller at han har opplevd brystmerter flere ganger mellom de to infarktene

Kjell Ivar: «Men det skal sies det da at det er ikke slik at jeg er førstereis på å gjøre bomtur heller. Jeg har jo følt meg dårlig før. Jeg har jo hatt brystmerter hvor jeg har ringt og.... Dom setter i gang et sant hælvetta ikke sant med sjukebiler og altmulig rart for at jeg er så dom at jeg ringer -Sånn føler jeg det for det er egentlig sånn at jeg egentlig bare trenger en forsikring på at noen kan si at dætta er ikke det. Jeg har egen bil, jeg kan kjøre dit og sjekke det sånn tenker jeg. Sånn er jeg av person.»

Både Leif, Morten, Martin og Hans beskriver sin terskel for å gå til legen som normal og at de går til legen hvis de mener det er behov for det, men legger likevel til:

Leif: «Jeg er normalt en stor kraftig kar med mye krefter. Jeg har stått på. Jeg har ikke brydd meg om smerter. Jeg har stått på og... jeg har jo gjort arbeid og folk har sagt du er en tulling som driv på. Da svarer jeg; jeg har større glede av å jobbe og få det igjen dagen etter enn å la det være.... Jeg vet ikke om dette gir det et bilde.... jeg har ikke oppsøkt legen for et kveksstikk assa».

Leif legger til at for å oppsøke lege må han hvert fall føle seg syk og at smerter alene ikke kan defineres som sykdom.

Morten: «Næi.... Je har vel itte brukt'n (referer til fastlegen) stort sett mer enn det je har vøri tel årlig kontroll.»

Martin: «det meste går på en måte. El så går det over. Men på torsda'n var det så sterke smerter at da måtte je finna på no' da. -Men det er jo klart, da har jeg gått med den stråling ut i fingra sea manda'n da».

Hans forteller at han har kjent på økende symptomer opp mot et år men at han ikke har tenkt på å ringe lege. «Det årner» seg. Han forteller at (pårørende) jobber innen helsevesenet og har «vøri ætter'n».

Hans: «Så hen har drevi og herje med meg da vet du... ehm.... Je fekk... je var åt fastlegen da... her... tre vikur sia nå. Meget grei dame og alt i orden med hu..... sendte meg... el hu rekvirerte slik plass på hjertegreier da her på [lokalsykehuset] og der får je brev at der kæn itte... vart itte -fekk itte time før i august og da seie hu det at

*da må du ringe og hu sku årne med papirer tel [privat klinikk] el det var no som hette [privat klinikk] og. Nå fekk je.. hun kjørde ut slike pappirer med telefon nummer og greier og dætta... *liten latter* je såg da på det da men dætta vart liggan der. Je tenkte det.... Vi får sjå. Så det vart itte gjort no mer.»*

Hans forteller at han reiser til doktoren hvis han mener det er behov.

*Hans: «Ja.... Æltså je syns.... Je er slik da på godt og vondt at dæ... Hvis je skar åt dåkter'n mene je så... da vil je vara sjuk *latter* itte rese på antagelser.»*

«Men Je har drevi da gjennom ælle år og reparert maskiner og... greier i ælle tider. Og... det blir omtrent som je sku gjøra no ved bil'n din og du vet det er ett eller ænna gæli som du seie som...men når det kjæm en reparatør og skar se på dette der så er det i orden. Hvis du skjønne å je meine. Det blir omtrent umulig å stille den diagnosen ved bære å glåme på det. Da er det mye bære at det er noe som har røki sunt som det.. virkelig kjinne tel og vet. Da.... Da er det mye enklere.»

Videre forteller Hans at han føler alle som kommer til doktoren bare klager og mener det er enklere for legene å gjøre jobben sin hvis noe er fysisk «feil» eller «ødelagt».

*Hans: «Og je har jo det inntrykket.... og je skjønne jo det for det er jo menneskelig for... doktora og ælla er jo mennesker og det er.... Og je skjønne ælt dætta der for da du kjæm at en dokter..... Og ælle dom som har vøre føre deg.... Den timen. Den dagen og den vikua, måneden og året dom har bære klaga *smiler litt* og det er.....eeee.... Og som dokter da så.... du bir jo så lei ætta så som møkk æltså. Og da er det mye enklere hvis du er orntlig sjuk for da blir det litt lett for å tin tak».*

Hans nevner også at han er plaget med nummenhet i fingrene som påvirker arbeidet i «garasjen» og gir han såpass store problemer med pinnsettgrepet at han blir «fiklete og arj». Han ser derimot ingen grunn for å oppsøke lege for dette da han mener det hører med alderdommen.

Jeg spør Hans om tiden på døgnet har noen påvirkning for hans terskel for å ringe 113. Han blir da stillen en stund før han svarer: «.... Nææi.....Æltså.... Ja.... je måtte ha gjort det hvis det vart så gæli.»

7.3.3 Tidligere erfaringer

Jeg spurte hvordan de opplevde responsen da de tok kontakt og hvordan tidligere erfaringer med helsevesenet har vært, både personlige og hos venner og bekjente.

Samtlige av informantene følte seg godt ivaretatt og roser både leger og sykepleiere.

Leif: *«Førsteklasses behandling».*

Hans: *«Når det først kommer i gang så går det på skinner».*

Martin forteller imidlertid at selv om han ikke har noe å klage på så ble han likevel litt irritert fordi han ikke fikk den ønskede behandlingen for skulderbetennelsen, hverken hos fastlege eller legevakt, som han i god tro mente ville fikse «problemet». Han forteller også at han ble litt brydd da han måtte diskutere og argumentere frem en enighet med fastlegen om hvilket sykehus han skulle møte opp på da blodprøvesvarene ble klare. Martin var utenbys og nærmeste sykehus var ikke Martin sitt lokalsykehus. Han mente derfor det var urimelig å skulle ta seg hjem når nærmeste sykehus lå 5 minutter unna.

Både Hans, Leif og Martin forteller at de stort sett er fornøyde med tidligere erfaringer fra helsevesenet, men både Martin og Leif nevner en spesifikk episode fra tidligere som de begge var mindre fornøyd med.

Morten forteller at han personlig ikke har dårlig erfaring med helsevesenet men at flere i familien har opplevd «så ymse». Jeg spør om dette påvirker han.

Morten: *«Je er vel telbake der at har je ittmo større problem enn dætta så er det ingen vits. Da du høre no' slek så kæn det ligga der og.. at du kvier deg og kænskje er redd for å bli avvist. At en er overvektig el ett eller ænna slek. Da frister det itte å se ut som meg å ta kontakt hvis du skulle få den beskjedon for det vet en jo. En burde itte sei at en engong!»*

Kjell Ivar forteller om en del stigmatisering etter første hjerteinfarkt men mener han ikke har latt seg påvirke nevneverdig av dette i ettertid. Derimot føler han at den manglende

oppfølging etter det første hjerteinfarkt har gått utover ivaretagelsen av egen helse og at dette er en pris han har måttet betale som har gitt konsekvenser for han gjennom hele livet.

Han forteller videre at han fikk en alvorlig knekk preget av ensomhet og redsel.

Kjell Ivar: «Jeg var altså LIVREDD for å Ja nesten gå på butikken altså. Det var altså.... Jeg kjøpte lite for jeg turte ikke bære så mye. Nei, jeg husker det, jeg kjøpte bare en liter melk for det, nei jeg kan ikke bære to. Det blir litt mye...»

Kjell Ivar forteller også at han synes rollen som pårørende har vært svært tung og vanskelig og føler at helsevesenet har en lang vei å gå.

*Kjell Ivar: «Jeg føler meg oversett som pårørende til en med [sykdom]. De bryr seg ikke om meg. Mens jeg står der alene med alt. Særlig det her med at de ikke forstår at det er ikke bare pasienten som er sjuk, det er hele familien som er syk når det blir sånn. At du dom ikke evner å se meg. Aldri blitt kaldt inn på samtale sammen for eksempel. Jeg synes det er veldig rart. Lite eller manglende informasjon. Men nå er h*n frisk assa. Bare så det er sagt. Men mye av det har jeg tatt støytten for.»*

7.4 LOKALE BESKRIVELSER

Informantene forteller om lokale tradisjoner og holdninger som sammen med ulike faktorer som media kan legges til grunn for atferd.

7.4.1 Atferd

Da jeg spurte informantene hvordan de mente den maskuline kjønnsstereotypien påvirket deres valg og atferd merket jeg at informantene ble litt tilbakeholde og mer stille. Ingen av dem ga noe særlig uttrykk for at de mente det var store forskjell på kvinner og menn eller hadde noen formening om saken/synes det ble vanskelig å svare på.

Hans: «...Det kæn vel hende det slår ut slik uten at den tanken har svevd meg. Menne... ..sei det... Men det kjæm jo ta det.... Ælt var jo æn'sles før da.»

Meg: «Hva mener du?»

Hans: «Det var.... je vet itte ta noen som fløg åt dåktern hvis dom itte var helt pokka nødt æltså.»

Meg: *«Det har forandret seg med tiden mener du?»*

Hans: *«Jah, dæ føle je! Sååå da... ..Hvis folk ...var borte fra arbe grunn ta sjukdom da var dom sjuke æltså. Det var itte... -Og slik som forkjølelse og influensaer og slik det gikk dom på jobb med så sænt dom klarde.»*

Både Leif, Morten, Kjell Ivar og Hans forteller imidlertid at de *ikke* forsøkte å holde symptomer eller grad av ubehag skjult ovenfor pårørende eller andre, at de tvert imot konfererte med dem hvis det var mulig.

Martin forteller at han heller ikke bevisst gikk rundt og skjulte ubehaget sitt men beskriver smertene som han har rangert på VAS-score på 10, som er verst tenkelig smerte slik: *«Ja..... assa... det gikk greit liksom ...men ikke no' mer enn det.»*

Han forteller at han heller ikke hadde noe behov for å gå rundt å fortelle om det hvis det ikke ble direkte spørsmål.

Kjell Ivar forteller imidlertid at han etter det første hjerteinfarkt ikke klarte å administrere livet sitt godt nok og kjente på at han ikke klarte å leve opp til arbeidsbelastningen og forventningene om å skulle levere på samme nivå som tidligere:

Kjell Ivar: *«Også jobber jeg en måned også..... ser jeg at det her kom ikke til å bli bra. Jeg kom ikke til å klare å administrere livet mitt godt nok til at jeg klarer å holde... ja jeg hadde en veldig tung og hard jobb da. Mye jobbing og forventninger om jeg skulle klare å levere på samme nivå da -så je sa opp uten å ha noe som helst og fant egentlig da bare ut at je får fløtta hemmat så får vi se åssen dætta blir».*

Flesteparten understreker at de har en høyere smerteterskel enn samboer men at de ikke kan svare på om dette er relatert til kjønn.

Morten legger til at han nok har blitt påvirket av sin far og at det er litt mer gjengs blant menn at de generelt har høyere smerteterskel enn kvinner. Han forklarer dette med manndom og følelse av nederlag hvis menn må oppsøke lege.

7.4.2 Lite påvirket av media

Martin mener at media og andre kulturelle og sosiale faktorer ikke har påvirket hans grad av kunnskap og hjelpesøkende atferd i det hele tatt. Han svarer kort at han ikke mener det finnes en egen kulturell norm som beskriver Innlandet eller innbyggerne og gir lite rom for oppfølgingsspørsmål så jeg lar være.

Kjell Ivar forteller at medias fremtoning og tilstedeværelse var mer begrenset da han fikk sitt første hjerteinfarkt og at han hadde lite kunnskap. Han innrømmer han ble svært overrasket da han fikk diagnosen.

Leif forteller at han ikke bruker media i veldig stor grad og at han heller foretrekker å diskutere med familie og venner og har derfor ingen formening om hvordan media påvirker vår forståelse og kultur.

7.4.3 «Si'-rompa og godhjertet»

Kjell Ivar mener at Innlendinger kan karakteriseres som et knyttet folkeslag som ikke lesrer problemene sine over på andre.

Kjell Ivar: «Jeg har bodd i (navn på annet fylke) og jeg aner ikke hvem som var naboene mine. Virkelig ikke. Aner ikke. Det er ganske utrolig. Og jeg bodde der faen meg i sju år..... Det hadde ikke skjedd på (Navn på bygd i Innlandet). Alle hadde visst hvem dom var for faen, hadde til og med kjent foreldra el hvert fall ja... Ja så vi er sånn ... men vi deler lite. Det gjør vi. Vi er ikke så åpne. Det skal helst ordnes internt. Det er jo knapt så samboeren din vet hvilke problemer du har.»

Kjell Ivar mener det ligger latent i en «Hedmarking» at de ikke ønsker å være til bry

Kjell Ivar: «Jeg vil da i utgangspunktet ikke være til last for noen»

Meg: «Men tror du det er spesielt for hedmarkinger?»

Kjell Ivar: «Jeg trur hvert fall at det er mer utbredt på Hedmarken enn det er ellers i landet ja det er jeg helt hundre prosent sikker på. Det er jo bare å spørre en hedmarking ossen han har det vet du. Det første han kommer til å svare er næææi, jeg vet da neimen ikke jeg, jo det er vel egentlig ganske bra. Han svarer alltid nei først.»

Prøv å prat med en fra Oslo så spør du ossen går det med deg? -Joa, det går stort sett fint det. De svarer alltid med jo først. Så det der er faktisk.... Sånn er det med en hedmarking. Han vil alltid svare nei først.»

Han mener det ikke nødvendigvis er noe skille mellom menn og kvinner men legger til:

Kjell Ivar: « Assa jeg har jo lært å være hedmarking av min far. Han var en sterk faen. Han var da som han var, (latter) ...jo men assa sånn var det jo den gang. He.... ikke noe vondt om han assa men deet.... Men han var.... Han kom ifra skogen.»

Når jeg ber Leif beskrive Innledninger utbryter han spontant «Å hoi! si-rompa og godhjerta»

Når han får tenkte seg om så svarer han:

Leif: «litt sånn traust... Når jeg tenker på en ekte døl fra hjembygda mi så er det litt sånn stabil, rolig. Som tar livet og hanskes med det.!»

Morten synes det er vanskelig å gi noe svar på kulturelle forskjeller på å vokse opp i byen vs. bygda vedrørende hjelpesøkende atferd.

Morten: «Det kæææin je vel egentlig itte sei no om men hvis je skaaar gjette på no så trur je vel kænskje at det er lettere å komme på legevakt i byen sjøl om det er ventetid på legevakta. Men det er lettere for å ta kontakt trur je menne je trur det sitt lengre inne ja å ringe utpå lændet.»

Han mener en forklaring på dette er at Innlendinger ikke ønsker å være til bry og i større grad er redd for å bli avvist en mennesker som bor i byen.

Morten: «Jo, du kæn jo bli avvist der og for (påførende) har vørti avvist med sine plager Jah. Så det.. det skjer vel i byn og menne je trur kænskje atte terkselen er høgere for å itte ønske bry no 'n på bygda -inkludert meg sjøl.»

Morten tenker at holdningene «om å være mest mulig sjølhjerdt og at'n bære i ytterst nødsfall sku plaga legen» kan ha gått i arv gjennom generasjoner og forteller:

Morten: «Du vet jo slek som i (navn på kommune) der var jo mannfolka på skogsærbe dem gjekk jo itte hemmat om dom vart sjuke. Dom låg jo i koia. Om det var

lungebetennelse låg dem tel dom sætte seg opp at el helt til dom vart henta med hest og slea da men...»

«Og hvis dom høgg seg i kneet el benet el no så var det alltid noen som hadde sysaker så dom snurpe i hop-att og låg i koia og var på plass at dagen etter så... -Det kan vara sleke ting som sitt att... For je vet dom fortær'te om bæssfår min Hæin var vel en harding... hæin hadde tenna sine i behøld bortsett fra en som vart vond da han var på æl'jakt. Da filte'n ei tang, den tanga har vi... i huset enda, og drog n' ut (latter) Kæn vara flere sleke eksempler som gjør at det har gått i arv på forfedra og dætta gjorde dem og da er det bare småtteri det je har itte sænt. Hvis je skar si non ord så må det væra no slek æltså.»

8.0 DISKUSJON

Dette kapittelet er delt inn i fire underoverskrifter, de tre først, delay, subjektiv fortolkning av egen helse og sosial virkelighet, utgjør den samlede diskusjonen for litteraturen, teorien og resultatene fra forskningen. I den siste underoverskriften presenteres funnene fra et folkehelseperspektiv med forslag til videre forskning.

8.1 DELAY

Årsaker til pasient-delay har vært forsket på gjennom flere tiår og man har funnet en relasjon mellom blant annet høy alder, komorbiditet, grad av utdanning, tidligere sykehistorie, etnisitet, sosial isolasjon, kunnskapsnivå og lav sosioøkonomisk status og grad av pasient-delay (Ariansen et al., Chowdry et al., 2021; Dracup & Moser, 1997; Moser et al., 2006; Stain et al., 2020; Wechkunanukul et al., 2015; 2022). I dette studiet blir det likevel, på bakgrunn av det begrensede utvalget, ikke mulig å finne mønstre i dataen som kan konkludere med slike sosiale sammenhenger.

Statistikken presentert i avsnitt 2.3 og 2.4 bekrefter at befolkningen i Innlandet på generell basis har en gjennomsnittlig lavere grad av utdanning, oppgir i større grad å ha nedsatt funksjonsevne på grunn av nedsatt helse og sykdom, har gjennomsnittlig lavere inntekt og for menn en høyere BMI enn i landet for øvrig (Meyer & Bergh, 2022; Hedmarks fylkeskommune, 2019; Vi bygger Innlandet 2020-2024). I tillegg bekrefter også tallene fra hjerteinfarktregisteret at befolkningen i Innlandet ligger langt under gjennomsnittet og har «mindre god» måloppnåelse for både PCI og reperfusjonsbehandlingen innen anbefalt tid (Govatsmark et al., 2021). Dødeligheten av hjerteinfarkt for befolkningen i Innlandet har i tillegg vært stabilt forhøyet over flere år (Folkehelseinstituttet, 2021). Atferd styres i stor grad av vår sosiale og kulturelle kontekst (Shiefloe, 2019). Det er derfor rimelig å anta at resultater fra tidligere forskning er pålitelig og overførbare, ikke bare i dette studiet, men for hele befolkningsutvalget fra Innlandet.

8.2 SUBJEKTIV FORTOLKNING AV EGEN HELSE

Morten skiller seg litt ut fra de øvrige mennene med den klart korteste delay-tiden. Han forteller at han hadde mistenkt problemer med hjertet siden månedsskiftet april/mai, men at han hadde slått seg til ro med normale funn ved hver undersøkelse. Da brystsmertene oppstod forteller Morten at han ikke var i tvil og at det derfor heller ikke var noe å vente på. For Morten ble derfor den kroppslige fortolkningsprosessen fra symptom til sykdom en kortere vei å gå enn å skulle gjøre forsøk på å normalisere situasjonen. Litteraturen viser at konteksten for symptomdebut og intensiteten på ubehaget påvirker graden av forsinkelsen (Coventry et al., 2016; Mirzaei et al., 2020).

Fire av fem informanter forteller at de har kjent på symptomer og plager i forkant av hjerteinfarkt, det så kalte «pasientens problem». Tidligere forskning har vist at en stor del av pasientene som opplevde angina relaterte plager eller oppsøkte fastlegen eller legevakt i forkant av hjerteinfarkt i mange tilfeller hadde en forlenget delay (Hwang et al., 2011). I mitt studie er det vanskelig å si om dette påvirket delay-tiden. Ifølge teorien om meningsdannelse og handlingsrom er det rimelig å anta at langvarige plager relatert til angina og perioder med dyspne var blitt en normalisert del av hverdagen og derfor ikke ble vektlagt nok betydningen før, ifølge Hay, den subjektive grensen for normalt i en eller flere av kategoriene innenfor rammeverket var passert og situasjonen var ytterligere forverret.

At meningsdannelse er en pågående prosess blir særlig synlig når forventningene ikke samsvarer med virkeligheten. Vi blir plutselig bevisst og «må tenke oss om» (Schiefløe, 2019 s.113). Martin mente hverken livsstil, alder eller gener skulle tilsi at han skulle få et hjerteinfarkt nå og selvdiagnostiserte seg med en betennelse i skulderen. Selektiv persepsjon beskriver hvordan en overbevisning av et fenomen eller en situasjon kan forsterkes ved en form for tunnelseyn fordi vi i særlig grad blir oppmerksomme på de forholdene som bekrefter overbevisningen og i større grad unngår å legge merke til forhold som tilsier noe annet

(Schiefløe, 2019). Litteraturstudiet viser at delay-tiden i tillegg øker når pasientene relaterer symptomene til andre kjente tilleggssykdommer (Fålan et al.,).

Hay (2008) påpeker at delay-tid handler om mer enn evner til å gjenkjenne symptomer og trekker inn kroppslig opplevelser og fortolkningsprosessen som forandrer fornemmelser og følelser til symptomer og sykdom. Våre fortolkningsrammer, kunnskap, forståelse og atferd er et resultat av en pågående konstruksjonsprosess. Subjektive tolkninger kan med en annen virkelighetsoppfatning gi ulike meningsdannelser (Schiefløe, 2019). Kjell Ivar forteller at han gjenkjente smertene men valgte likevel å avvende situasjonen. Han legger til at han tidligere har hatt episoder med brystmerter og har blitt hentet av ambulansen uten at det er funnet noe galt og tilpasset derfor sin fortolkningsramme og sitt handlingsrom etter disse erfaringene.

Leif har en underliggende kronisk lidelse som har blitt en integrert del av hans hverdag og gjør det vanskelig for han å skille symptomene fra hverandre. Hay mener at vi ikke kan betrakte symptomer som kliniske avgrensinger og ser på hvordan kulturell bakgrunn, ulike tolkninger, normer og sårbarhet påvirker og konstruerer både «sykdom», «pasient», «frisk» og «syk». Leif forteller at han må «føle» seg syk for å reise til legen og at smerter alene ikke defineres som sykdom. Hans derimot mener at noe skal være ødelagt før han involverer en lege slik at det blir en enklere jobb både å diagnostisere og behandle. Martin mener imidlertid det meste går eller så går det over uten å ha oppsøkt legen. Likevel oppgir samtlige av informantene at de oppsøker legen hvis de mener det er et behov for det og beskriver sin terskel for å oppsøke lege som normal, men samtidig høyere enn samboer/kone. Men hva konstituerer «normal»? Connell hevder at kjønn er en del av den sosiale strukturen og at mange av de kulturelle forestillingene om maskulinitet er kroppslige. Er det da den fysiske yteevne som setter standarden for normal? Det er allment akseptert å oppsøke lege ved store fysiske synlige skader men, somatisk og psykisk sykdom er problematisk og vanskeligere å forholde seg til. Hay mener at det er store individuelle forskjeller innenfor definisjonen av

«normal» og beskriver tre rammer for å tolke betydningen av de kroppslige fornemmelsene; «sårbarhet», «varighet» og «grad av funksjonsnedsettelse». Hun mener at overgangen fra kroppslige fornemmelser og følelser til symptom og sykdom alltid overskrider minst en av de tre rammene og at det er lokale kulturelle forhold som danner grunnlaget for «normalen» (Hay, 2008).

Mitt studie bekrefter funne gjort hos både Stain et al., (2020) og Andersson et al., (2018) som konkluderer med at mange er redd for å kaste bort helsevesenets ressurser på å ikke være «syk nok» og derfor er usikre på når de skal oppsøke medisinsk hjelp. Overgangen fra frisk til syk er vanskelig og fungerer som en barriere for hjelpesøkende atferd. Hva er mine forventninger til sykdom? Når føler jeg meg syk? Hva dikterer de kulturelle normene? Hva skal til for at jeg skal ringe 113? Vi har en begrenset innsikt og evne til å hente inn og bearbeide informasjon og kjenner ofte heller ikke til alle tilgjengelige alternativer eller konsekvenser av disse og opererer under en form for begrenset rasjonalitet i hverdagslivet. Vi gjør så godt vi kan ut fra risikovurdering og forutsetningene vi har tilgjengelig (Schiefløe, 2019 s326-329).

Media har stor innflytelse på sosiale og kulturelle faktorer som former samfunnet og påvirker både vårt kunnskapsgrunnlag og vår sosiale virkelighet (Schwebs et al., 2020; Lian, 2007; Mæland (red), 2020). Media har bidratt som en forsterkende faktor til å skape et sosialt konstruktivistisk bilde som har blitt et symbol på og kanskje også normen for et hjerteinfarkt med den lett overvektige middelaldrende mannen som får akutt innsettende brystmerter og griper seg panikkslagen over bringen med hendene før faller om. Denne diskursen former vårt kunnskapsgrunnlag og regulerer vår atferd og gir forventninger om hvordan et «ekte» hjerteinfarkt skal se ut for både pasienter og lekfolk. Leif forteller at han ikke forstod at han hadde et pågående hjerteinfarkt fordi han ikke hadde spesielt vondt.

Majoriteten av deltagerne i mitt studie klarte å gjengi de klassiske symptomene som indikerer et hjerteinfarkt, men kunnskapsnivået for de mindre kjente symptomene var betydelig

dårligere. Tre av informantene har diabetes type 2, som både utgjør en kjent risikofaktor for hjerteinfarkt, men også gir økende grad av diffuse og vage symptomer som kan kamuflere alvorlighetsgraden og tolkningen som relaterer symptomene til hjertet (Tjordal, 2020).

Tidligere forskning har vist at det er for liten kunnskap om de mindre klassiske symptomene ved et hjerteinfarkt og hvem som er mer utsatt for atypiske symptomer (Birnbach et al., 2020), (Tran & Tran, 2019).

I moderne tid kan media også synes å erstatte mye av den mellommenneskelige samhandlingen og overta rollen for «sosial aksept». Media er uten tvil med på å påvirke kunnskapsgrunnlaget og er blant de institusjonene som har sterkest påvirkningskraft og omtales i enkelte sammenhenger som «den fjerde statsmakt» (Schiefløe, 2019). Mine informanter er derimot uenig i eller mener de er uanfektet av denne påvirkningen. En årsak til dette kan være medias bruk av symbolsk makt som i stor grad bidrar til å skape en naturgitt selvfølghet om grunnleggende oppfattelser og meninger innenfor ulike kulturelle avgrensinger.

8.4 SOSIAL VIRKELIGHET

Rammen for vår atferd er styrt etter vår sosiale virkelighet og kan betraktes som et handlingsrom (Schiefløe, 2019; Aakvaag, 2008). Dette handlingsrommet er dynamisk for tid og sted i relasjon til kulturelle og sosiale omgivelser. Både Morten, Hans og Leif har opplevde varierende grad av diffuse smerter og pustebesvær i en lengre periode opp mot 1-2 år i forkant av hjerteinfarkt. Morten mente dette ikke kunne være riktig og oppsøkte flere leger for en utredning. Hans og Leif derimot forteller at dette etter hvert ble en integrert del av hverdagen og at de tilpasset aktiviteter og gjøremål etter dette uten å tenke så mye over det. Når pasientens problem vurderes og erkjennelsen på at «noe er galt» og overgangen fra en fornemmelse til et symptom er fastslått mener Hay (2008) at mange opplever både usikkerhet og sårbarhet og at dette kan føre til at mange revurderer egne evner og verdi. Ifølge Connell

forteller både Hans og Leif at de kroppslige forventningene til egen atferd og yteevne var blitt uforenelig å imøtekomme og at de begge opprettholdt sin sosiale virkelighet ved å reforhandle og nedjustere egen definisjon på maskulinitet og forventet kapasitet slik at disse fortsatt samsvarte og hverdagen fortonet seg som «normal». Når «normalen» opprettholdes slipper man å ta stilling til eller kjenne på symptomer og usikkerhet og kan fortsette å leve som før. Kjell Ivar forteller imidlertid at han ikke klarte å leve opp til den samme arbeidsbelastningen eller forventningene om å skulle levere på samme nivå som tidligere etter sitt første hjerteinfarkt. Han sier opp jobben og med det -ifølge Connell (1995), forkaster han hele den hegemoniske maskulinitetskulturen og starter på nytt. Martin derimot øker, ifølge Connells teori, yteevnen og innsatsen for å imøtekomme egne forventninger og krav til tross for ekstreme smerter. Han har en deadline i slutten av uken og en vond skulder skal ikke hindre han fra å imøtekomme dette målet.

Kjønnsroller er kompleks og skaper ulike forventninger og handlingsrom (Schieffloe, 2019). Charmaz (1994) mener mange menn kan ha begrensninger, uvilje eller problemer med å vise sårbarhet og å snakke om følelser. Nesten alle informantene fra mitt studie ble unnvikende og nølende da jeg spurte om de mente deres atferd var relatert til eller et resultat av den maskuline kjønnsstereotypien. Connell (1995) mener det er få menn som passer fullt og helt inn i kriteriene for den normerte definisjonen av maskulinitet og derfor ble det kanskje vanskelig for mennene i mitt studie å ta stilling til eller gjenkjenne seg i utsagnet. Connell mener likevel at de fleste menn oppnår fordeler ved å innrette seg i hierarkiet og at de derfor er delaktige i å opprettholde og videreføre rangordningen til tross for at de praktiserer delt husholdningsansvar og har respekt for kvinner og derfor ikke gjenkjenner seg i en «maskulin» beskrivelse.

Ragnonese et al (2019) og Connell (1995) mener at menns nedsatte helse ofte kan være et resultat av de kontekstuelle maskuline diskursene tilknyttet forventninger til atferd.

Majoriteten av informantene gir ikke uttrykk for eller viser emosjonelle følelser relatert til opplevelsen og narrativene de forteller, selv ikke når de blir spurt direkte. Det kan derimot se ut til at flere av de benyttet distansering som en forsvarsmekanisme og fokuserte derfor i stedet på «rene klær», «hele sokker», «mobillader» eller «infeksjon og smerter i en hoven og betent fot». Ved ikke å vise emosjonell atferd og sårbarhet bidrar og opprettholdes den stereotypiske forventingen og rangeringen i hierarkiet ivaretas. Morten, i motsetning til de andre informantene og i strid med den stereotypiske kulturelle forventingen, blir åpenbart emosjonell ved to separate anledninger under intervjuet mens han forteller historien sin. Han legger også til at han blir redd når han får brystmerter. Litteraturstudier (Dubayova et al., 2010; Arrebola-Mereno et al., 2020) viser at opplevelse av frykt og engstelse kan redusere delay-tiden. Ifølge Connells teori kategoriseres Morten, på bakgrunn av emosjonell atferd, til den underdanige gruppen i hegemoniet og utvises dermed fra den legitimerede eliten i hierarkiet. Morten er blant de fem som viste høyest grad av hjelpesøkende atferd i mitt studiet. Kan dette svare til en relasjon og en gradient mellom grad av helsekompetanse og plasseringen innenfor det maskuline hierarkiet?

Gottzèn (2013) mener at kontekstuelle sosiale og kulturelle forestillinger, verdier og normer kan gi stereotypiske forventinger tilknyttet forståelse og atferd, ikke bare i henhold til kjønn men også at bygdekulturen i større grad er forbundet med forutinntatte negative assosiasjoner. Kjell Ivar og Morten forteller at de har lært å være Innlendinger og menn av sine fedre og at tradisjoner, forventinger og normer kan ha blitt videreført gjennom flere generasjoner som ifølge White & Johnson (2000) kan ha skapt en standardisert forventning om maskulinitet i samfunnskulturen som er med på å skape en barriere for deres evner til å ivareta egen helse. Stenbacka (2011) mener at et slikt stereotypisk kjønnsrollemønster i tillegg har sterk geografisk tilknytning.

Bygd og by presenteres gjerne som to motsetninger. Bygden males gjerne i et idyllisk, trygt og rolig bilde i sterk kontrast med byens støyende muligheter og yrende liv. Det er skapt en sosialkonstruksjon av livet på bygda kontra livet i byen knyttet til identitet, livsstil, holdninger og verdier og hvilke forestillinger og begrensinger dette medfører (Henriksen et al., 2017 s.146). Diskursene som forbindes med rural livsstil er ofte kjedelig og tradisjonell med sterkt preg av sosial kontroll fordi «alle kjenner alle» (Henriksen et al., 2017 s. 148). Informantene fra mitt studie beskriver folk fra Innlandet som «innesluttet», «private», «trauste», «godhjertet», «stabile», «rolige» og «knyttet». De legger til at Innlendinger kanskje i større grad er redd for å bli avvist og at terskel for å oppsøke lege er høyere fordi man ikke ønsker å bry andre med sitt eller lesse over sine problemer på andre. Morten mener det er så ekstremt at det i mange tilfeller knapt er så partner vet hva som foregår.

En felles sosial aksept for symptomene står særlig sentralt i transformasjonsmodellen til Hay (2008). Bygdekulturen har sterk grad av tradisjon og bevaringsvilje. Den sosiale segregeringen sikrer et felleskap og en tilhørighet med mennesker med samme sosiale og kulturelle ståsted slik at normer, preferanser, handling og atferd i størst mulig grad er basert ut ifra de samme handlingsrommene som en selv er delaktig i (Halvorsen, 2004 s.53; Schiefloe, 2019). Dette kan bidra til å øke tillitten til avgjørelsen fordi den samsvarer med egen persepsjon, men kan også innebære begrensninger på bakgrunn av kompetansegrunnlaget avgjørelsen ble basert på. Responsloopen sikrer imidlertid en kontinuerlig vurderingen men på bekostning av tiden som resulterer i en økende delay og forsinket behandlingstid.

8.5 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET I RESULTATET

Resultatene av dette studiet viser at kulturelle faktorer legger føringer for atferd blant disse mennene og at det er et økende behov for forskning for å forstå de bakenforliggende årsakene. Forskermiljøet må i større grad anerkjenne verdien av forskning i en bredere sosial og kulturell kontekst for å imøtekomme behovet for målrettede tiltak, ikke bare for pasienter med

hjerteinfarkt men relatert til all hjelpesøkende atferd. Lokale og nasjonale myndigheter bør iverksette strategier og oppfylle krav om ressurser for å imøtekomme og adressere koblingen mellom ulike kulturelle føringer, maskuline normer og samfunnets stadig økende forventinger til egen helsekompetanse.

Et forslag til utbedring av dette studiet ville være å rekruttere fra Ullevål Universitetssykehus. Som intervensjonssenter for hele Innlandet har Ullevål en betydelig hyppigere og større gjennomstrømming av pasienter. Et større antall informanter gir mulighet for en bredere innsikt i ulike opplevelser av samme fenomen og bidrar til å forsterke studiets gyldighet. Ved å invitere hjerteinfarktpasientene, ikke bare fra hele Innlandet men fra helse sør-øst ville studiet også fått en mulighet for falsifisering av data og på denne måten styrket studiets overførbarhet ytterligere. Dette kan lede til en mer omfattende forståelse av hvordan lokale kulturelle faktorer påvirker atferd ved akutt sykdom og om det eksisterer lokale kulturelle føringer for atferd.

Et forslag til videre studie er å utforske teorien om menns nedsatte helsekompetanse og hjelpesøkende atferd kan stå i relasjon til og være et resultat av å opprettholde sin plass i det maskuline hierarkiet.

9.0 KONKLUSJON

Målet med dette studiet var å øke innsikten og forståelsen for hvordan kulturelle faktorer kan påvirke opplevelsen og atferden blant menn i Innlandet når de får symptomer på et hjerteinfarkt og tiden frem til de oppsøker medisinsk hjelp.

Årsaker og bakgrunn for delay er komplekst. Resultatene viser, i tråd med tidligere forskning, at flere faktorer er medvirkende til en forlenget behandlingstid. De fleste av informantene angir at de forholder seg emosjonelt stabile uten nevneverdige bekymringer. Basert på informantenes narrativer, viser resultatene at fortolkningsrammen til mennene synes å være påvirket av konservative kulturelle normer og forventninger til kjønn som kan ha blitt, som antydnet fra forskningsobjektene, nedarvet gjennom generasjoner. Dette påvirker i stor grad forventningene forståelsen og grad av hjelpesøkende atferd ved sykdom.

Videre viser resultatene at forventningene til et hjerteinfarkt ikke samsvarer med opplevelsen og at manglende kunnskap om symptomer i kombinasjon med en kulturell forståelse av at smerter uten fysisk skade betraktes som en subtil fornemmelse man ikke trenger eller skal bry andre med kompliserer overgangen fra «frisk» til «syk» og bidrar til at terskelen for å oppsøke lege eller annen medisinsk hjelp blir høy.

Selv om de kulturelle faktorene også legger føringer for Morten skiller han seg ut fra de andre. Han anvender kunnskap, erfaringer og skjønn aktivt for å forstå, vurdere og ivareta egen helse og utviser både god helsekompetanse og høy grad av hjelpesøkende atferd.

På bakgrunn av dette vil jeg konkludere med at lokale kontekstuelle kulturelle betingelser påvirker opplevelsen og grad av hjelpesøkende atferd og helsekompetanse og kan være blant årsakene som leder til en høyere dødelighet for hjerteinfarkt i Innlandet. Studiet utelukker derimot ikke at dette også kan være tilfelle i landet for øvrig.

9.1 PROLOG

Kostandene tilknyttet behandling og rehabilitering av nedsatt helse og sykdom øker i takt med en reduksjon av antall leveår med forventet god helse og produksjonsevne. Studiet har bidratt til å skape et lokalt engasjement og kan være en medvirkende årsak til at rekrutteringssykehuset nå ser på mulighetene for å implementere en stilling som folkehelse/hjerte-koordinator ved medisinsk avdeling. Jeg håper at studiet klarer å engasjere ytterligere statlige helsemyndigheter, fylkeskommunen og flere av de andre lokale kommunene til å prioritere og investere nødvendige og tilstrekkelige ressurser for å fremme en bedre helse, forebygge sykdom og bidra til forskning som kan redusere risikoen for død relatert til hjerteinfarkt for innbyggerne i Innlandet.

LITTERATUR

- Aakvaag, C. (2008) *«Moderne sosiologisk teori»* Abstrakt forlag AS
- Andersen, L.S., Lorentzen, V. & Beedholm, K. (2022) *«From suspicion to recognition -Being a bystander to a relative affected by acute coronary syndrome»* Sage Qualitative health research 2022, Vol. 32(2) 307-316
DOI: 10.1177/10497323211050911
- Andersson, P.O., Lawsson, S.S., Karlsson, J-E., Nilsson, S. & Thylén, I. (2018)
«Characteristics of patients with acute myocardial infarction contacting primary healthcare before hospitalisation: across sectional study» BMC Family Practice 19:167
[Characteristics of patients with acute myocardial infarction contacting pri...: EBSCOhost \(inn.no\)](#)
- Ariansen, I.K., Kvåle, R., Olsen, K. & Selmer, M.S.(2021 26. november)
Folkehelse rapporten hjerte- karsykdommer i Norge. Folkehelseinstituttet
[Hjerte- og karsykdommer - FHI](#)
- Arntzen, E. “. & Tolsby, J. (red.) (2010) *«Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk»* Høgskolen I Akershus
- Arrebola-Moreno, M., Petrova, D., Garcia-Retamero, R., Ricardo, Jordan-Martinez, L., Arrebola, J. P., Ramirez-Hernandez, J. & Catena, A. (2020) *« Psychological and cognitive factors related to prehospital delay in acute coronary syndrome: A systematic review»* International Journal of Nursing Studies Volume 108, August 2020, 103613
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103613>
- Beedholm, K., Andersen, L.S. & Lorentzen, V. (2019) *From Bodily Sensation to Symptoms: Health Care-seeking Practise Among People Affected by Acute Coronary Syndrome.* Sage journals. Qualitative health research 2019, Vol 29 (11) 1651-1660
DOI: 10.1177/1049732319857057
- Birnbach, B., Höpner, J. & Mikolajczyk, R. (2020) *«Cardiac Symptoms attribution and knowledge of the symptoms of acute myocardial infarction: a systematic review»* MBC Cardiovascular Disorders
[Cardiac symptom attribution and knowledge of the symptoms of acute myocardial infarction: a systematic review \(biomedcentral.com\)](#)
- Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Toverud, K.C. (2000) *«Menneskekroppen Fysiologi og anatomi»* 3. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS

Black, Sir D.,

[Black Report Introduction: Inequalities and Health \(sochealth.co.uk\)](https://sochealth.co.uk)

Bryman, A. (2016) “*Social research methods*” 5. Utgave Oxford University Press

Chamaz, K. (1994) ” *Identity dilemmas of chronically ill men* ” *The Sociological Quarterly*

Vol. 35, No. 2 (Mai, 1994), pp. 269-288

<https://www.jstor.org/stable/4121547>

Chowdhury IZ, Amin M.N, Chowdhury MZ, Rahman SM, Ahmed M, Cader FA (2021) “*Pre*

hospital delay and its associated factors in acute myocardial infarction in a developing country.” PLoS ONE 16(11): e0259979.

[Pre hospital delay and its associated factors in acute myocardial infarctio...:](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259979)

[EBSCOhost \(inn.no\)](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259979)

Connell, R. W. (1995) “*masculinity*” Polity Press

Coventry, L. L., Van Schalkwyk J. W., Thompson, P. L., Hawkins, S. A. & Hegney, D. G.,

(2016). *Myocardial infarction, patient decision delay and help-seeking behaviour: a thematic analysis.* Journal of Clinical Nursing/Volume 26, Issue 13-14 / p. 1993-2005

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/jocn.13607>

Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K.A. (2014) «*Sosial ulikhet i helse: En Norsk*

kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport”. Høgskolen i Oslo og Akershus

Dracup, K. & Moser, D.K. (1997) «*Beyond sociodemographic: Factors influencing the*

decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction” Issues in Cardiac disease Heart & Lung Vol. 26, No. 4

[PII: S0147-9563\(97\)90082-0 \(sciencedirectassets.com\)](https://doi.org/10.1177/089801019702600404)

Dubayova, T., Van Dijk, J.P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Havlikova, E., Gdovinova, Z.,

Middel, B. & Groothoff, J. W. (2010) «*The impact of the intensity of fear on patient’s delay regarding health care seeking behaviour: a systematic review*” Int. J. Public Health (2010) 55:459-468

[The impact of the intensity of fear on patient’s delay regarding health care seeking behavior: a systematic review - PMC \(inn.no\)](https://doi.org/10.1186/1475-2875-55-459)

Folkehelseinstituttet (2020, 31. august) *Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil for*

kommuner, bydeler og fylker.

[Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil - FHI](#)

Folkehelseinstituttet (2020, 16. Januar). *Hjerte- og Karsykdommer i Norge*

[Hjerte- og karsykdommer - FHI](#)

Folkehelseinstituttet (u.d.) Statistikkbank

[Kommnehelsa \(fhi.no\).](#)

Folkehelseinstituttet (2021, 10. juni). *Dødsårsaksregistrets statistikkbank*

[Årsaker til død \(fhi.no\)](#)

Folkehelseinstituttet (2019, 04. Desember). *Dødsfall etter hjerteinfarkt og hjerneslag er dramatisk redusert*

[Dødsfall etter hjerteinfarkt og hjerneslag er dramatisk redusert - FHI](#)

Folkehelseloven. (2011) Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29) Lovdata

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Lovdata](#)

Forskningsetiske komiteer (2019) «*Generelle forskningsetiske retningslinjer*»

[Generelle forskningsetiske retningslinjer | Forskningsetikk](#)

Forskningsetiske komiteer (u.d.) «*Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning.*

Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning»

[samtykke_trykk.indd \(forskningsetikk.no\)](#)

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23) Lovdata.

Fålnun, N., Langørgen, J., Fridlund, B., Pettersen, T., Rotevatn, S. & Noekvål, T.M. (2021) «

Patients' reflection on prehospital symptom recognition and timely treatment of myocardial infarction” European Society of Cardiology. European Journal og Cardiovascular Nursing 20, 526-533

DOI: 10.1093/eurjcn/zvaa035

Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005) “*Men and health help-seeking behaviour:*

literature review” Blackwell publishing LTD. Journal of Advanced Nursing, 49(6), 61-623

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) «*Qualitative content analysis in nursing research:*

concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness” Elsevier Ltd. Nurse Education Today (2004) 24, 105-112

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) «*Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och Sjukvård*». Studentlitteratur

[realizingcopyfrombook \(1\).pdf](#)

Gottzén, L. (2013) “*Placing Nordic men and maskulinitets*” Norma Vol. 8, Utg.1

[Placing Nordic men and masculinities | NORMA \(idunn.no\)](#)

Govatsmark, R. E.S., Halle, K. K., Berge, V. B., Sneeggen, S. & Bønaa, K. H. (2020, 1. oktober) *Norsk hjerteinfarktregister. Årsrapport 2020 med plan for forbedringstiltak*. Seksjon for medisinske kvalitetsregistre St. Olavs hospital

[2020-10-01 Norsk hjerteinfarktregister - Årsrapport 2019 Innlevert 2.pdf \(stolav.no\)](#)

Halkowski, T. (2006) “*Realizing the illness: Patients’ narratives of symptom discovery*”

Cambridge Books Online. Cambridge University Press 07. Secember 2009

Hay, M. C. (2008) «*Reading Sensations: Understanding the Process of Distinguishing “fine” from “sick”*” Transcultural psychiatry Vol 45 (2): 198-229

Hedmark fylkeskommune (2019) Befolkningskartlegging Nærmiljø og livskvalitet 2019

[rapport-sporreundersokelse-om-narmiljo-og-livskvalitet-2019.pdf \(innlandetfylke.no\)](#)

Helsedirektoratet (2018) Forebygging av hjerte- karsykdom. Nasjonal faglig retningslinje.

[nettdokument].

[Risikovurdering og grense for legemiddelbehandling ved forebygging av hjerte- og karsykdom - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2021) Helsekompetanse -kunnskap og tiltak

[Helsekompetanse – kunnskap og tiltak - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2018) Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Rapport IS-2748

[Hdir Rapportmal-gjeldende \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2018) Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd

[nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. august 2018, lest 23. mai 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>

Helseforskningsloven (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV- 2008-06-20-44) Lovdata.

[Lov om medisinsk og helsefaglig forskning \(helseforskningsloven\) - Lovdata](#)

Helsenorge (2020) EKG (elektrokardiografi) St. Olavs Hospital

[EKG - Helsenorge](#)

Henriksen, I. M., Levang, L. E., Skaar, M. & Tjora, A. (2017) «*Vår sosiale virkelighet. En introduksjon til hverdagslivets sosiologi*» Fagbokforlaget

Hopkins, B. (2009) “*Cultural Differences and Improving Performance: How Values and Beliefs Influence Organizational Performance*” Taylor & Francis Group. Ebook Central.

Hwang, S. Y., Zerwic, J. J. & Jeong, M. H (2011) “*Impact of prodromal symptoms on prehospital delay in patients with first-time acute myocardial infarction in Korea*” Journal of Cardiovascular Nursing Vol. 26, No. 3, pp194-201

DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181f3e2e0

Ingstad, K. (2021) “*Sosiologi : i helsefag og sykepleie*» 2. utgave. Gyldendal

Innlandet fylkeskommune (2022) «Fakta om Innlandet»

[Fakta om Innlandet - Innlandet fylkeskommune](#)

Innlandet fylkeskommune (u.d.)

[Innlandsstatistikk](#)

Innlandet fylkeskommune(2022) Utdanning og kompetanse

[Utdanning og kompetanse - Innlandsstatistikk](#)

Innlandets fylkeskommune. Vi bygger Innlandet Kunnskapsgrunnlag for Innlandsstrategien

2020- 2024 Versjon 1.0

[kunnskapsgrunnlag_201219-kortversjon.pdf \(innlandetfylke.no\)](#)

Innlandet fylke. «Vi bygger Innlandet Kunnskapsgrunnlag for Innlandsstrategien 2020-2024

– Langversjon»

[vi-bygger-innlandet-kunnskapsgrunnlag-til-innlandsstrategien-langversjon.pdf \(innlandetfylke.no\)](#)

Innlandet fylke. (2019) «Folkehelundersøkelse om nærmiljø og livskvalitet 2019»

Befolkningskartlegging

[rapport-sporreundersokelse-om-narmiljo-og-livskvalitet-2019.pdf \(innlandetfylke.no\)](#)

Johannessen, L.E.F, Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B (2021) «Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy I kvalitativ analyse». Universitetsforlaget

Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (desember 2021)

«Legevakthåndboken» Gyldendal akademisk

[Akutt koronarsyndrom - Koronarsykdom - Hjerte og kar - Legevakthåndboken \(lvh.no\)](#)

Kolderup Hervik, S. E. & Skille, E. Å (2021) «Different men -similar meanings. Rural Norwegian men's constructions of meanings related to health, body and physical activity.» Sport in society 2021, VOL. 24, NO. 6, 904-921

<https://doi.org/10.1080/17430437.2019.1711371>

Kvale, S. & Brinkman, S. (2021) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave)

Gyldendal Norsk forlag AS

Kvarv, S. (2014) «Vitenskapsteori -tradisjoner, posisjoner og diskusjoner» (2. Utgave) Novus forlag

Langeland, F. & Hoel, A. S. (2016) «Røff guide til Raewyn Connell» Sosiologen.no

[En røff guide til Raewyn Connell \(sosiologen.no\)](#)

Lawesson, S.S., Isaksson, R-M., Ericsson, M., Ängerud, K. & Thylén, I. (2017) «Gender disparities in first medical contact and delay in ST- elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study» BMJopen- 2017 -020211 on 3 May 2018

- [Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study | BMJ Open \(inn.no\)](#)
- Lian, O. S. (2007) «*Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*» Høyskoleforlaget
- Li, Polly W.C. & Yu, Doris S.F. (2017) «*Testing a Model to Reveal the Predictive Mechanism of Care-Seeking Decisions Among Patients With Acute Myocardial Infarction*»
Journal of Cardiovascular Nursing Vol. 32, No 4, pp 393-400
DOI: 10.1097/JCN.0000000000000355
- Lilleaas, U-B. (2006) «*Det sterke kjønns sårbarhet*»
Sosiologisk tidsskrift 04 / 2006 (Volum14)
[Det sterke kjønns sårbarhet - Nr 04 - 2006 - Sosiologisk tidsskrift - Idunn \(inn.no\)](#)
- Lock, A. & Strong, T. (2014) «*Sosial konstruktivisme Teorier og tradisjoner*»
Fagbokforlaget.
- Madsbu, J. P. (2011) «*Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet?*» Opplandske
Bokforlag
<http://hdl.handle.net/11250/134364>
- Malterud, K. (2002) «*Kvalitative metoder i medisinsk forskning -forutsetninger, muligheter og begrensninger*» Tidsskr Nor lægeforen nr 25, 2002; 122: 2468-72
- Mangchau, A., Andersen, G.Ø., Næss, M. & Eritslund, J. (2011) «*Når det haster... «blålyskjeden» redder liv*» Indremedisinen 04, 2011, Akuttmedisin, Kardiologi
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. & Geddes, I. (2010)
«*Fair society, Healthy Lives: The Marmot review*», London: university College
London.
www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf
- Marks, D., Murray, M. & Estacio E.V. (2018) «*Health Psychology Theory, Research & Practice*» Fifth edition. SAGE Publications Ltd
- Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen God helse- felles ansvar. Regjeringen
[Meld. St. 34 \(2012–2013\) - regjeringen.no](#)
- Meyer, E.H. & Bergh, I.H. (2022) «*Overvekt og fedme i Norge*». Folkehelse rapporten
Folkehelseinstituttet.
[Overvekt og fedme - FHI](#)

- Mirzaei, S., Steffen, A., Vuckovic, K., Ryan, C., Bronas, U.G., Zegre-Hemsey, J. & DeVon, H.A. (2020) “*The association between symptom onset characteristics and prehospital delay on women and men with acute coronary syndrome*” European Journal of Cardiovascular Nursing, 2020, Vol. 19(2) 142-154
DOI: 10.1177/1474515119871734
- Moser, D.K., McKinley, S. & Chung, M.L. (2005) “*Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms*” Patient Education and Counselling Volume 56, Issue 1. January 2005, Pages 45-54
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.11.011>
- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo A., Croft, J.B., Dracup, K., Evenson, K.R., Go, A.S., Hand, M. M., Kothari, R. U., Mensah, G.A., Morris, D.L., Pancioli, A. M., Riegel, B. & Zerwic, J.J., (2006) *Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients with Acute Coronary Syndrome and Stroke*. American Heart Association. Volume 114, Issue 2, 11 July 2006; Pages 168-182
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040>
- Mæhland, J.G.(red) (2020) “*Sykdommers sosiale røtter*” Gyldendal Akademisk
- Nasjonale Forskningsetiske komiteene (2019) «*Generelle forskningsetiske retningslinjer*»
[Generelle forskningsetiske retningslinjer | Forskningsetikk](#)
- Nasjonale Forskningsetiske komiteene (2019) «*Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*»
[Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning | Forskningsetikk](#)
- Norsk legemiddelhåndbok T8.3.2.2 Hjerteinfarkt med ST-elevasjon(2016)
[T8.3.2.2 Hjerteinfarkt med ST-elevasjon | Legemiddelhåndboka \(legemiddelhandboka.no\)](#)
- Norsk senter for forskingsdata (u.d.) “*Informasjon til deltagerne*”
[Informasjon til deltakerne | NSD](#)
- Noureddine, S., Dumit, N. Y. & Maatouk H. (2019) “*patient’s knowledge and attitudes about myocardial infarction*” Nursing & Health Sciences volume 22 Issue 1. Pages 49-56

[Patients' knowledge and attitudes about myocardial infarction - Nouredine - 2020 - Nursing & Health Sciences - Wiley Online Library \(inn.no\)](#)

Nouredine, S., Dumit, N. Y. & Saab, M. (2015) “*Deciding to seek emergency care for acute myocardial infarction*” *Clinical Nursing Research* 2015. Vol.24(5) 487-503

DOI: 10.1177/1054773814548508

Nymark, C., Henriksson, P., Mattiasson, A-C., Saboonchi, F. & Kiessling, A. (2019) “*Inability to act was associated with an extended delay prior to care-seeking, in patients with acute myocardial infarction*”. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2019, Vol 18(6) 512-520

DOI: 10.1177/1474515119844654

O’Donnell, S. & Moser, D.K. (2012) *Slow-onset myocardial infarction and its influence on help-seeking behaviours* *J Cardiovasc Nurs.* Jul-Aug 2012;27(4):334-44.

doi: 10.1097/JCN.0b013e31822071f3

Ragonese, C., Shand, T. & Barker, G (2019) “*Masculine Norms and Men’s Health: Making the Connections*” Washington, DC: Promundo-US.

[Masculine-Norms-Mens-Health-Report_007_Web.pdf \(promundoglobal.org\)](#)

Regjeringen.no – Proposisjoner til Stortinget. Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

[Prop. 90 L \(2010–2011\) - regjeringen.no](#)

Schiefloe, P. M. (2019) «*Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*» 3. utgave.

1. opplag. Fagbokforlaget

Shah, B., Krishnan, N., Kodish, S. R., Yenokyan, G., Fatema, K., Uddin, K. B., Rahman, A.

K. M. F. & Razzak, J. (2020) “*Applying the Three Delays Model to understand emergency care seeking and delivery in rural Bangladesh: a qualitative study*” *BMJ Open.* 2020 Dec 23; 10(12):e042690.

[Applying the Three Delays Model to understand emergency care seeking and delivery in rural Bangladesh: a qualitative study - PubMed \(inn.no\)](#)

Schwebs, T., Ytre-Arne, B. & Østbye, H. (2020) «*Media i samfunnet*” 8. Utgave Samlaget

Stenbacka, S. (2011) «*Otherring the rural: About the construction of rural masculinities and the unspoken urban hegemonic ideal in Swedish media*» Journal of rural studies, 2011, Vol.27, p. 235-244

[Otherring the rural: About the construction of rural masculinities and the unspoken urban hegemonic ideal in Swedish media - ScienceDirect \(inn.no\)](#)

Stain, N., Cheshire, A., Ross, C. & Ridge, D. (2020) “*An Exploration of the help-seeking experiences of patients in an allied professions-led rapid access chest pain pathway: a qualitative study*” BMJ Open 2020;10:e040468.

DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040468

Statistisk sentralbyrå (SSB) (18. juni 2021) Fylkestall for utdanningsnivå

[Befolkningens utdanningsnivå \(ssb.no\)](#)

Sulo, E. (2017) “*Fortsatt utdanningsforskjeller i behandling og dødelighet etter hjerteinfarkt*»

Cardiovascular Disease in Norway, Doktorgrader, hjerte blogg.

[- Fortsatt utdanningsforskjeller i behandling og dødelighet etter hjerteinfarktUnikard](#)

Sykehuset Innlandet 2021, 23. August “*Før oppstart*»

[Før oppstart - Sykehuset Innlandet \(sykehuset-innlandet.no\)](#)

Syse, A., Grøholt, E.K., Madsen, C., Aarø, L.E., Strand, B.H. & Næss, Ø.E. (2022 08. juni)

Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. “*Sosiale helseforskjeller i Norge*”

[Sosiale helseforskjeller - FHI](#)

Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020) “*Fenomenologi i helsefaglig forskning*» Universitetsforlaget.

Thurèn, T. (2020) *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS

Thurston, M. (2014) “*Key Themes in Public Health*” Routledge

Tjora, A. (2020) «*Kvalitative forskningsmetoder i praksis*» 3. utgave Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A (2018) «*Viten skapt Kvalitativ analyse og teoriutvikling*» Cappelen Damm AS

Tjora, A. (red.), (2012) “*Helsesosiologi Analyser av helse, sykdom og behandling*».

Gyldendal Norsk Forlag AS

Tjordal, M. S., (12.10.2021) *Hjerteinfarkt*. Landsforeningen for hjertelungesyke.

[Hjerteinfarkt | LHL](#)

Tran, P. & Tran, L. (2019) *Influence of rurality on the awareness of myocardial infarction symptoms in the US*. Sage journals. December 4, 2019; Issue published: January 1, 2019

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1177/1753944719891691>

Tullman, D.F., Haugh, K.H., Dracup, K.a. & Bourguignon, C. (2007) “A Randomized

Cotrolled Trial to Reduce Delay in Older Adults Seeking Help for Symptoms of Acute Myocardial Infarction” *Research in Nursing & Health*, 2007, 30, 485-497

[A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction \(inn.no\)](#)

Universitet i Oslo (u.d.) Nettskjema -diktafon mobilapp

[Nettskjema-diktafon mobilapp - Universitetet i Oslo \(uio.no\)](#)

Universitet i Oslo (u.d.) Tjenester for sensitive data (TSD)

[Tjenester for Sensitive Data \(TSD\) - Universitetet i Oslo \(uio.no\)](#)

Universitet I Umeå (u.d.) Open Code 4.03

[Open Code 4.03 \(umu.se\)](#)

Oslo Universitetssykehus (u.d.) Hjertemedisinsk avdeling. Hjerteinfarkt.

[Hjerteinfarkt - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

Oslo Universitetssykehus (u.d.) Hjertemedisinsk avdeling. Utblokking av kransarterier (PCI)

[Utblokking av kransarterie \(PCI\) - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

Ottesen, M.M., Dixen, U., Torp-Pedersen, C. & Køber, L. (2003) «*Prehospital delay in acute coronary syndrome -an analysis of the components of delay*” *International Journal of Cardiology* Volume 96, Issue1. July 2004, Pages 97-103

<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2003.04.059>

Wechkunanukul, K., Grantham, H. & Clark, R.A. (2015) “*Global review of delay time in seeking medical care for chest pain: An integrative literature review*” *Australian Critical Care* Volume 30, Issue 1, January 2017, Pages 13-20

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.aucc.2016.04.002>

Wharton, S. (2005) “*The sociology of gender: an introduction to theory and research*”

Blackwell.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009) ”*Utjevning av helseforskjeller, del 1: Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*» WHO Collaboration Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool.

White, A. K. & Johnson, M., (2000) “*Men making sense of their chest pain -niggles, doubts and denials*” *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 534-541

WHO (2021) Cardiovascular diseases (CVDs)

[Cardiovascular diseases \(CVDs\) \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvd)

WHO (u.d) Noncommunicable diseases

[Noncommunicable diseases \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

Zerwic, J.J., Ryan, C., DeVon, H. & Drell M. J.(2003) “ *Treatment Seeking for Acute Myocardial Infarction Symptoms: Differences in Delay Across Sex and Race*” *Nursing Research* May-June 2003, Volume 52(3), p159-167

<http://ezproxy.inn.no/login?url=http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.inn.no/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00006199-200305000-00005&D=ovft>

Vedlegg

Vedlegg nr. 1 Informasjons- og samtykkeskjema



Høgskolen
i Innlandet

Vil du delta i et forskningsprosjekt om behandling av hjerteinfarkt?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i hvordan menn fra Innlandet opplever tiden frem til de kontakter helsevesenet når de får symptomer på et hjerteinfarkt. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Til tross for moderne medisinske og teknologiske fremskrittene påpekes fortsatt pasient delay som det svakeste ledd ved akuttbehandlingen av hjerteinfarkt. Den totale skaden på hjertemuskelen relatert til et hjerteinfarkt avhenger av tiden fra symptomdebut til behandling. Tall fra Norsk hjerteinfarktregisteret viser at behandlingstiltak iverksettes for sent. Dødeligheten for hjerteinfarkt i Innlandet fylke er betydelig høyere enn i landet for øvrig og har vært stabil forhøyet over lengre tid.

Dette er et studie relatert til en master i Folkehelsevitenskap med tilhørighet på Høgskolen Innlandet, Elverum som ferdigstilles innen utgangen av 2022 med følgende forskningsspørsmål:

«Hvordan opplever menn fra Innlandet tiden frem til avgjørelsen om å oppsøke medisinsk hjelp når symptomer på et hjerteinfarkt oppstår?»

Med hjelp av en-til-en intervju er målet med studien å belyse de individuelle og strukturelle faktorene som medfører en økt delay-tid for behandling av menn fra Innlandet med hjerteinfarkt og muligheten for å påvirke disse slik at livsforlengende behandling kan iverksettes i tråd med retningslinjene. Resultatet fremstilles gjennom en tematisk analyse og presenteres i kontekst av kulturelle, sosiale og stereotypiske kjønnsrollemønstre i en masteroppgave samt vurdering av en publisert artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen Innlandet, Fakultetet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er blitt forespurt om å delta i dette studiet fordi du er innleggende på et sykehus i Innlandet og er blitt behandlet for et hjerteinfarkt. Behandlende medisinsk personalet som bistår med

rekrutteringen mener du faller innunder de avsatte inklusjons og eksklusjonskriteriene for dette studiet. Studiet vil ikke ha tilgang til ditt navn eller andre personopplysninger før du samtykker til å delta i forskningen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta vil du måtte påregne ca. 60 minutter til en samtale, et intervju mellom deg og student. Her ønsker jeg å høre din historie og stiller deg noen spørsmål rundt temaet. Underveis i intervjuet vil jeg ta notater, men samtalen vil også bli registrert med lydopptaker. Lydopptaket og personopplysninger slettes når prosjektet er avsluttet slik at datamaterialet etter dette er helt anonymt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Studien er på ingen måte tilknyttet sykehuset Innlandet og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern = hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil kun bli brukt til formålene vi har fortalt om i dette skrevet og behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Jeg ønsker ikke å motta identifiserbare opplysninger om tredjeperson (ektefelle eller andre pårørende).

Underveis i studiet og under intervjuet vil kun student (Marianne) ha tilgang til dine personopplysninger frem til de slettes. Samtykkeerklæringen og alle data vil bli erstattet av en kode som lagres separat og via *Tjeneste for Sensitive Data (TSD via UiO)* og *verktøy for lydopptak er Nettskjema diktafon (UiO)*. Dine data anonymiseres og vil ikke kunne gjenkjennes av tredjepart i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alt lydopptak og alle personopplysninger slettes og datamaterialet vil etter dette være helt anonymt når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er senest anslått til 30.12.2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet har NSD ± Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Studiet er i tillegg godkjent fra Regional etisk komite (REK) og personvernombudet på sykehuset Innlandet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- x innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- x å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- x å få slettet personopplysninger om deg
- x å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Høgskolen Innlandet, Elverum ved

Student: Marianne Cocozza **Prosjektansvarlig/veileder:** Victor Chimutu
Email: 244207@stud.inn.no Email: victor.chimutu@inn.no

Personvernombud Høgskolen Innlandet: Usman Asghar
Email: usman.asghar@inn.no
Tlf: 61 28 74 83

Sykehuset Innlandet v/Dr. Meyer-Nilsen
Email: anders.meyer-Nilsen@sykehuset-innlandet.no

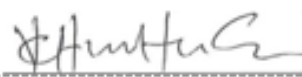
Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- x NSD ± Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen



Marianne Cocozza, student



Victor Chimutu, veileder



Høgskolen
i Innlandet

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet pasient-delay i behandling av hjerteinfarkt og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju samtale.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet slik som beskrevet ovenfor.

Signert av: prosjektdeltaker

dato



Informasjon til sykepleiere medisinsk avdeling

Jeg har siden 2004 jobbet som sykepleier på Oslo Universitetssykehus med hjertepasienter på både Ullevål og Rikshospitalet. Sommeren 2020 flyttet jeg med familien til Hamar og jobber nå med en master i Folkehelsevitenskap på Høgskolen Innlandet, Elverum.

Bakgrunnen for mitt studie er observasjoner fra min erfaring som sykepleier på en intervensjonsavdeling for hjerteinfarkt. Jeg bemerket meg at menn fra Innlandet, oftere og i større grad enn pasienter fra andre regioner, hadde en høyere smerteterskel og en sterkere ideologi om å ikke være til bry enn pasienter fra andre regioner og at dette ofte medførte en forsinket behandlingstid for denne pasientgruppen.

Flere individuelle litteraturstudier har funnet en sammenheng mellom ulike sosiodemografiske og kliniske faktorer som kjønn, utdanning, etnisitet, alder, ~~komorbiditet~~ forventningene om et hjerteinfarkt og pasientens delay-tid. Hjelpesøkende atferd kan i mange tilfeller handle om liv og død. Spesielt ved akutt hjerteinfarkt hvor forskningsbasert kunnskap har vist at grad av komplikasjoner og overlevelse har en direkte og betydelig sammenheng med pasientenes delay-tid.

Innlandet fylke har, ifølge statistikken, en høyere dødelighet relatert til hjerteinfarkt enn landet for øvrig. Pasient-delay påpekes som det svakeste ledd ved akuttbehandlingen av hjerteinfarkt. Hva påvirker avgjørelsen og hvorfor avventer så mange av pasienter med symptomer å ringe etter medisinsk hjelp?

Veg hjelp av kvalitativ metode og forskningsintervjuer ønsker jeg å få innsikt i hvordan *kulturelle, sosiale og stereotypiske kjønnsroller* påvirker menn fra Innlandets opplevelse av et hjerteinfarkt i forkant av sykehusinnleggelsen med denne problemstillingen:

«Hvordan opplever menn fra Innlandet tiden frem til avgjørelsen om å oppsøke medisinsk hjelp når symptomer på et hjerteinfarkt oppstår?»

Fra sykehuset Innlandet vil det medisinske fagpersonalet involvert i behandlingsprosessen fungere som prosjekt-utvalgets «gatekeepers». Anders Meyer-Nilsen vil være medisinsk ansvarlig for rekrutteringen men jeg trenger hjelp fra dere til å dele ut informasjons- og samtykkeskjema til alle pasienter, *som etter deres mening er egnet for deltagelse og faller innunder de avsatte inklusjons og eksklusjonskriteriene* som beskrevet i avsnittet under.

- ✓ **Mann**
- ✓ **Ferdig behandlet for hjerteinfarkt**
- ✓ **Dagen før planlagt utskrivelse**
- ✓ **Snakker og forstår godt norsk**
- ✓ **Samtykkekompetent.**

Deltagelse er frivillig, og det foreligger et krav om gyldig samtykke. Hvis det er tvil om evner til samtykkekompetanse, vil behandlingsansvarlig lege gjøre en vurdering.

Gitt oppgavens begrensinger håper jeg å få samlet rundt 10 informanter som alle vil bli intervjuet før utskrivelse neste dag.

Prosjektet er godkjent av Regional Etiske komiteer og Norske Senter for Forskningsdata og ligger inne til vurdering hos personvernombudet Sykehuset Innlandet pr. d.d.

I forkant av oppstart avtales et begrenset tidsrom for utdeling av informasjons- og samtykkeskjema. Jeg håper å komme i gang i slutten av april/ begynnelsen av mai. Avhengig av resterende behandlingstid for søknad hos sykehuset Innlandet og innhenting av plass for sikker lagring av data hos UIO.

Håper på et godt samarbeid og på forhånd, tusen takk for hjelpen!

Marianne Coccozza

~~Harar~~, 12.04.22

Mail: mariannecocozza@hotmail.no mob: 91 84 92 08

Intervju skjema mai-22

TAKK FOR DIN DELTAGELSE!

Bakgrunns spørsmål

Hva er din alder?
Hva er din sivilstand/bosituasjon?
Hva er din lengste fullførte utdanning?
Innenfor hvilket yrke jobber du?
Er du vokst opp i Innlandet/ Hedmark? _Hvilken kommune?

1. Kan du fortelle om opplevelsen du hadde i forkant av sykehusinnleggelsen?

Oppfølgingsspørsmål

-Når fikk opplevelsen deg til å relatere til hjertet? (estimert tid)
-Hva fikk deg til å relatere opplevelsen til hjertet?
-Kan du fortelle meg hvorfor du tenkte slik?
-Hvilke følelser og tanker gjorde du deg?
-Kan du forklare meg hva du mener med _____?
-Ved delay, var det et bevisst valg? Hva var tanken bak valget?
-Konfererte du med noen?

-Kan du fortelle meg hvordan den maskuline kjønnsstereotypien har påvirket valgene du tok underveis?

2. På en skala fra 0-10 (VAS-score) hvor 10 er verst tenkelig smerte og 0 er smertefri, hvordan vil du beskrive ubehaget du opplevde i perioden før du kontaktet medisinsk hjelp?

Oppfølgingsspørsmål

-Hva gjorde du?
-Kan du fortelle litt om din emosjonell reaksjon på smerten?
-Gjorde du noe forsøk på å skjule ubehaget eller lot være å fortelle andre hva du gikk gjennom?
-På noe tidspunkt, lot du som om ubehaget/smertene ikke var så ille som de var? Hvorfor/Hvorfor ikke?
-Gjorde du noe forsøk på å lindre ubehaget før du tok kontakt?
-Hvorfor reagerte du slik tror du?

3. A) Du forteller at du holdt ubehaget ditt skjult ovenfor _____/Avventet situasjonen Hvorfor ble det slik tror du?

-Kultur?
-Forventinger egne og andres?
-Opprettholde image?
-Smerteterskel?
-Uroe familie?

3. B) Du sier du konfererte med _____ Kan du fortelle litt om det?/

-Estimert tid fra symptomdebut før du kontaktet andre/ble kontaktet
-Hvem snakket du med? (OBS opplysninger om 3. part)
-Hva snakket dere om?
-Var det en enighet om å avvente situasjonen?
-Enighet om å ringe etter hjelp

4. Kan du fortelle hva som fikk deg til å søke medisinsk hjelp?

-Hadde tid på døgnet/dag i uken noe påvirkning på når du tok kontakt?
-Tok du spesielle hensyn til noe eller noen før du tok kontakt?
-Hvem henvendte du deg til?
-Var det du som tok kontakt eller andre på dine vegne?
-Estimert tid fra symptomdebut?

5. Etter at avgjørelsen om å ta kontakt med helsevesenet ble tatt, opplevde du ytterligere forsinkelser?

-Reisevei? AMK? Bil? Kjører selv?
-Behandlingstiden etter ankomst legekontor/sykehus?

6. Hvordan opplevde du responsen fra helsevesenet?

-Ble du tatt på alvor?
-Informasjon underveis?
-Kan du fortelle meg hvorfor du tror det ble slik?
-Du nevnte at _____ kan du fortelle meg litt mer?

7. Livsstilsvaner og arv kan gi en økt risiko for å få et hjerteinfarkt. Hvordan vil du beskrive din posisjon relatert til det?

8. Kan du fortelle om dine vaner for hjelpesøkende atferd?

- Når går du til legen?
-Lav terskel/høy terskel?
-Når mener du det er legitimt å oppsøke lege?
-Hvordan tror du din hjelpesøkende atferd er påvirket av din kulturelle bakgrunn?
-Eller av at du er mann?

9. Kan du fortelle om de ulike symptomer som kan indikere et pågående hjerteinfarkt som du kjenner du til?

10. Vår kulturelle bakgrunn, media og andre instanser påvirker hvordan vi forstår ulike sosiale fenomener. Hvordan tror du det har preget din forforståelse og kunnskap om hjerteinfarkt?

11. Mener du det kan være forskjell på å vokse opp i byen vs. Bygda relatert til hjelpesøkende atferd? Hvordan da? Hvordan ikke? (avstand, tilgjengelighet, kultur, språk og normer)

- På generelt grunnlag, hvordan vil du beskrive Innlandskulturen?
- Hvordan vil du karakterisere/beskrive folk fra Innlandet/Hedmark?
- Hvordan vil du si at denne beskrivelsen passer deg?

12. Kan du fortelle meg hvordan eventuelle tidligere erfaringer med helsevesenet har vært?

- Positivt/negativt?
- Ventetid?
- Opplevelse av å bli sett/møtt slik du ønsker?
- Påvirkning fra andre?

13. Er det noe annet du kan fortelle som du tror kan ha påvirket din tid hjemme før du tok kontakt med helsevesenet?

- Ville du reagert på samme måte i dag?
- Retrospektivt, mener du at behandlingstiden ble forsinket fordi du avventet å søke medisinsk hjelp?

Vedlegg nr. 4 Godkjennelse fra Regionale Etske komiteer



Region:	Søknadstype:	Leitet:	Søk dato:	Søk nummer:
REK vest D	Finn Åge Godbolt	+47 22 84 58 21	11.03.2022	401616

Victor Chimhutu

Prosjektsøknad: Pasient-delay i behandling av hjerteinfarkt

Søknadsnummer: 401616 **Forskningsansvarlig institusjon:** Høgskolen i Innlandet

Prosjektsøknad: Endring godkiennes

Søkers beskrivelse

Hjerteinfarkt er blant de alvorlige sykdommene som rammer hyppigst i Norge. Til tross for ulike helseopplysningskampanjer bruker pasienter, både nasjonalt og internasjonalt, for lang tid fra symptomdebut til de ber om medisinsk hjelp (delay-tid). Dødeligheten for hjerteinfarkt i Innlandet fylke er ifølge Folkehelseinstituttets statistikkbank fra 2021 betydelig høyere enn i landet for øvrig og har vært stabil forhøyet over lengre tid. Menn rammes i større grad enn kvinner. Den Norske litteraturen på tema er mangelfull. Er det lokale forhold som påvirker holdning til egen helse?

Tall fra hjerteinfarktregisteret viser at nye av behandlingen ikke blir startet i henhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer. Hele 25% av pasientene som initialt behandles med PCI (Perkutan koronar intervensjon) på landsbasis får denne behandlingen for sent. Uten oksygen dør muskelcellene i hjertet og varig skade oppstår etter kun svært kort tid. Fordelene med tidlig intervensjon er klare.

Målet med studien er å belyse ulike faktorer som kan være med på å øke delay-tiden for behandling av hjerteinfarktpasienter fra Innlandet med problemstillingen "Hvordan opplever menn fra Innlandet tiden frem til avgjørelsen om å oppsøke medisinsk hjelp når symptomer på et hjerteinfarkt oppstår"

Dette er et kvalitativt studie med et eksplorativt forskningsdesign med en induktiv tilnærming og semi-strukturerte intervjuer. Bakgrunnen for oppgaven er å få klarhet på hvordan menn fra Innlandet opplever tiden fra symptomdebut frem til avgjørelsen om å kontakte helsehjelp. Hvordan de definerer situasjonen, konstruerer mening og handler for å forsøke å forstå situasjonen de befinner seg i vil kunne gi verdifull informasjon for å iverksette målrettede tiltak og slik redusere skadeomfanget og dødeligheten av hjerteinfarkt. Respondentenes handlingsmønstre, atferd, ytringer og meningsforståelse må kontekstualiseres som et resultat av lokale normer, kulturelle tradisjoner og miljø for slik å skape en dypere forståelse av fenomenet.

Ved bruk av tematisk analyse vil det kunne identifiseres ulike tema og mønstre med viktige fellestrekk som kan kategoriseres, begrunnes og vurderes ut fra deres signifikans for studiet. En slik kategorisering av data vil skape orden og struktur samtidig som nye sammenhenger og mønstre vil synliggjøres.

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 11.02.2022 for ovennevnte forskningsprosjekt.

Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst D på fullmakt med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum.

Søknaden er behandlet med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

REKs vurdering

Endringene innebærer:

- Ny leder for prosjektet: Victor Chimhutu
- Ny dato for prosjektslutt: 31.12.2022
- Oppdatert protokoll i henhold til vilkår satt i komiteens vedtak den 07.02.2022
- Oppdatert informasjonsskriv

Når det gjelder svar på komiteens vilkår bemerkes følgende:

I søknaden het det at personer som er åpenbart ustabile pasienter enten psykisk eller fysisk blir ekskludert fra deltagelse. Komiteen oppfattet dette som uklart, og satte som vilkår for godkjenning at det blir gitt en nærmere presisering av hvilke inklusjons- og/eller eksklusjonskriterier som skal legges til grunn.

Det fremgår nå at det kun vil inkluderes personer som medisinsk personell vurderer som «egnet og befinner seg på et stadium for å kunne delta». I tillegg er det vist til at det skal gjøres en vurdering av om deltageren er samtykkekompetent.

Komiteens leder oppfatter dette slik at medisinsk personell skal vurdere om aktuelle pasienter er samtykkekompetente. Man vil dermed ekskludere med psykisk og fysisk ustabilitet, og kun pasienter som er samtykkekompetente vil bli inkludert. På denne bakgrunn godkjennes prosjektet.

REK bemerker at informasjonsskrivet må oppdateres slik at prosjektleders navn endres til Victor Chimhutu.

Det fremmes ingen øvrige forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK har gjort en forskningsetisk vurdering av endringene i prosjektet, og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jf. helseforskningsloven § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 30.09.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen,

Pål Aukrust

Professor em. dr. med.

Leder

Finn Skre Fjordholm

~~Rådgiver~~

REK sør-øst

Kopi til:

Høgskolen i Innlandet

Marianne Cocozza

Vedlegg nr. 5 Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata

[Meldeskjema](#) / [Pasient-delay i behandling av hjerteinfarkt](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

421552

Prosjekttittel

Pasient-delay i behandling av hjerteinfarkt

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Victor Chimhutu, victor.chimhutu@inn.no, tlf: 96884913

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marianne Cocozza, marianne.cocozza@gmail.com, tlf: 91849208

Prosjektperiode

15.11.2021 - 30.12.2022

Vurdering (1)**31.03.2022 - Vurdert****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

GODKJENT AV REK

Prosjektet er vurdert og godkjent av REK etter helseforskningsloven (REK ref: 401616).

IKKE DPIA

Prosjektet behandler helseopplysninger om sårbare registrerte. Vanligvis krever dette en mer omfattende vurdering (DPIA).

Personverntjenester mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA. Dette fordi:

- Rekruttering foretas av helsepersonell som kjenner pasienten, og sikrer at kun samtykkekompetente personer deltar
- Alle forskningsdeltakerne får god informasjon og samtykker til behandling av personopplysninger
- Utvalget er lite, og det behandles et relativt lite omfang opplysninger om hver person
- Få personer har tilgang til personopplysningene
- Varigheten av behandlingen er relativt kort
- Prosjektet har etisk godkjenning fra REK

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.12.2022.

REKRUTTERING

Førstegangskontakt med utvalget foretas av behandler/sykehusavdelingen der pasienten er innlagt. Vi forstår det slik at invitasjon til deltagelse deles ut til aktuelle pasienter ved utreise. Forsker/student får først tilgang til opplysningene, etter at pasientene har samtykket til å delta.

IKKE OPPLYSNINGER OM TREDJEPERSON

Prosjektet skal ikke innhente opplysninger som kan identifisere tredjeperson, ettersom det ikke er nødvendig for formålet. Vi anbefaler derfor at du ber intervjudeltakerne omtale andre i generelle termer som "noen i nær familie", "venner", "helsepersonell", og ikke oppgi navn eller identifiserende bakgrunnsinformasjon (som f.eks. "ektefelle").

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan

dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger vil være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a) og art. 9 nr. 2 a), jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

Vi minner også om at hvis du skal dele intervjutranskripsjoner med informant, må du gjøre det via trygge kanaler (f.eks. kryptert epost), slik at ikke helseopplysninger kommer på avveie. Følg retningslinjene for din institusjon.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

UIO er databehandler i prosjektet. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon (Høgskolen i Innlandet).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Inga Brautaset

Lykke til med prosjektet!



Marianne Cocozza
marianne.cocozza@gmail.com
Sykehuset Innlandet Elverum.

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet HF
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler:
Spesialrådgiver Birgit Hovde

Vår ref.: 17387334

Brumunddal, 26.04.2022

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK 17387334 PASIENT-DELAY I BEHANDLING AV HJERTEINFARKT

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Sykehuset Innlandet (SI). Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SI å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

Om saken – prosjektansvarliges beskrivelse

Formål

Dødeligheten for hjerteinfarkt i Innlandet fylke er betydelig høyere enn i landet for øvrig og har vært stabil forhøyet over lengre tid. Til tross for moderne medisinske og teknologiske fremskrittene påpekes fortsatt pasient delay som det svakeste ledd ved akuttbehandlingen av hjerteinfarkt. Den totale skaden på hjertermuskelen relatert til et hjerteinfarkt avhenger av tiden fra symptomdebut til behandling. Tall fra Norsk hjerteinfarktregisteret viser at behandlingstiltak iverksettes for sent. Målet med studien er å belyse de ulike faktorene som medfører en økt delay-tid for behandling av pasienter fra Innlandet med hjerteinfarkt og muligheten for å påvirke disse slik at livsforlengende behandling kan iverksettes i tråd med retningslinjene. Fordelene med tidlig intervensjon er klare (Govatsmark et al., 2021). Den norske litteraturen på tema er mangelfull. Bakgrunnen for studiet er å få innsikt i deres opplevelser og fortolkninger. Hvordan de har definert situasjonen, konstruert mening og bestemt en handling og for å forstå situasjonen de befant seg i kontekst av deres gitte kulturelle rammer, kjente stereotypiske kjønnsroller og sosiale miljø. Er det lokale forhold som påvirker holdning til egen helse? Et eksplorativt kvalitativt studie med induktiv tilnærming og semi-strukturerte intervjuer vil kunne gi innsikt i respondentenes opplevelse av en situasjon som plutselig ikke lenger kan klassifiseres som «normal» eller «hverdagslig». Jeg må kontekstualisere respondentenes handlingsmønstre, atferd, ytringer og meningsforståelse som et resultat av lokale normer, kulturelle tradisjoner og miljø for slik å skape en dypere forståelse av fenomenet. Ved hjelp av tematisk analyse vil jeg kunne identifisere ulike tema og mønstre med viktige fellestrekk som kan kategoriseres, begrunnes og vurderes ut fra deres signifikans for studiet. Å få klarhet på hvordan menn fra Innlandet opplever tiden fra symptomdebut til avgjørelsen om å kontakte medisinsk hjelp vil kunne gi verdifull informasjon og muligheter for å belyse forhold som påvirker

BESØKSADRESSE:
Furnesveien 25
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 915 06 200 Telefaks: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST



avgjørelser om egen helse og iverksette målrettet tiltak slik at skadeomfanget og dødeligheten av hjerteinfarkt reduseres.

Hvem er de registrerte?

Pasienter

Samles det inn nye opplysninger eller gjenbrukes det opplysninger som allerede er samlet inn?

Nye opplysninger

Kilde**Hvor / hvordan behandles opplysningene?**

Nettskjema

Tsd

papir

DatoerOppstart

01/05/2021

Avslutning

31/12/2022

Av dokumentasjons og oppbevaringshensyn bevares opplysningene til

31/12/2027

Personvernombudets vurdering

Dette er et helseforskningsprosjekt der dataansvarlig er Høyskolen i Innlandet. Prosjektet har en godkjenning fra REK med saksnummer 401616. Prosjektet er en masteroppgave, og ansvarlig for oppgaven er ansatt i SI.

Formål

Tiden det tar fra symptomdebut til behandling for hjerteinfarkt er svært viktig for videre prognose, og prosjektet skal her belyse de ulike faktorene som kan medføre en økt delay-tid for behandling av hjerteinfarkt hos pasienter fra Innlandet. Videre skal det ses på mulighetene for å påvirke faktorene, slik at livsforlengende behandling kan iverksettes i tråd med retningslinjene.

Deltakere og rekruttering

Deltakerne i prosjektet er menn fra innlandet innlagt med hjerteinfarkt, de skal intervjues om hvordan de opplevde tiden fra symptomdebut frem til avgjørelsen om å kontakte helsehjelp. Det vil inkluderes personer som det medisinske personellet på avdelingen vurderer som «egnet og befinner seg på et stadium for å kunne delta», og personellet gjør også vurderingen av om personene er samtykkekompetente.

Informasjonssikkerhet

Intervjuene tas opp via nettskjemaløsningen hos UIO sin diktafonapp, og lagres i TSD.



Prosjektet er godkjent hos NSD, som har vurdert at DPIA ikke er nødvendig. Saksnummer 421552. Personvernombudet har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen. Lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger er artikkel 6.1 bokstav a Samtykke og artikkel 9.2 bokstav a Samtykke til behandling av helseopplysninger.

Supplerende lovgrunnlag

Det vises til etiske vurdering og forhåndsgodkjenning av REK, som er det nasjonale rettsgrunnlaget for behandling av opplysningene i prosjektet, jf. art. 6 nr. 3. Prosjektet er godkjent etter Helseforskningsloven §10.

Behandlingen av opplysninger **tilrådes** med forbehold om at vilkårene under oppfylles

Vilkår:

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding, øvrig dokumentasjon, aktuelle godkjenninger og behandlingsgrunnlag
- Ved vesentlige endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Behandlingen av personopplysninger er i henhold til gjeldende prinsipper og krav til informasjonssikkerhet hos Høyskolen i Innlandet som er dataansvarlig, og i SI – her under bruk av
 - Nettskjemaløsningen hos UIO og lagring hos TSD
- Helsepersonell ansatt på avdelingen der pasienten behandles vurderer / forespør aktuelle deltakere.
- Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes, hverken direkte eller indirekte

Som en del av virksomhetsstyringen i SI, kan det bli gjennomført kontroll av etterlevelsen av vilkårene over.

Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet. Saken er registrert i protokoll over behandlingsaktiviteter i SI, i henhold til personvernforordningens artikkel 30.

Vennlig hilsen

Per Christian Jørgensen
Personvernombud

Birgit Hovde
Saksbehandler