



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Beslutningsforsinkelse ved symptomer på hjerteinfarkt
/ Decision delay in symptoms of myocardial infarction**

Bendik Villa og Ibrahim Ahmet

Totalt antall sider inkludert forsiden: 65

Molde, 29.05.2018



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Dale Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2018

Antall ord: 9177

Sammendrag

Bakgrunn:

Hjerteinfarkt en av de hyppigste dødsårsakene for menn og kvinner. Vellykket behandling er avhengig av at pasienten kommer raskt til sykehus. Å vente for lenge med å oppsøke medisinsk hjelp ved symptomer på hjerteinfarkt kan få fatale konsekvenser for pasienten.

Hensikt:

Hensikten med denne studien var å belyse årsaker som har påvirket pasientenes prehospital forsinkelse og beslutningen deres om å søke medisinsk hjelp.

Metode:

Litteraturstudie basert på ti kvalitative og to kvantitative studier.

Resultat:

Flere årsaker førte til at pasientene ventet med å oppsøke hjelp. Pasientene kjente ikke igjen symptomene sine og knyttet dem ikke til hjertesykdom. Det var en misoppfatning mellom erfarte og forventede symptomer. De knyttet symptomene sine til tidligere diagnoser og ufarlige årsaker. Mange prøvde å håndtere situasjonen på egenhånd gjennom bruk av selvhjelpsteknikker. Noen fornektet at de kunne være rammet av et hjerteinfarkt. Frykt for å bekymre familie, og belaste helsevesenet fremsto som en barriere for å søke hjelp.

Konklusjon:

Helsepersonell kan bidra med kunnskap og informasjon rundt årsakene til at personer som opplever symptomer på hjerteinfarkt venter med å oppsøke hjelp. Helseopplysningen bør ta sikte på å informere befolkningen om at symptomene ved hjerteinfarkt kan variere fra person til person, at menneskets mestringsatferd i truende situasjoner kan være uheldig for utfallet av situasjonen, og at helsevesenet er til for å hjelpe. Dette vil kunne føre til at pasienter bruker mindre tid på å prøve å håndtere situasjonen på egenhånd, og dermed raskere oppsøker medisinsk hjelp.

Nøkkelord:

Hjerteinfarkt, beslutningsforsinkelse, hjelpesøkende atferd, prehospital forsinkelse

Abstract

Background:

Heart attack is one of the most common causes of death for men and women. Successful treatment is dependent on the patient coming to hospital quickly. Waiting too long to seek medical care with symptoms of myocardial infarction can have fatal consequences for the patient.

Aim:

The purpose of this study was to elucidate causes that have affected the patient's prehospital delay and their decision to seek medical care.

Method:

Literature study based on ten qualitative studies and two quantitative studies.

Results:

Several reasons made patients delay seeking medical care. Patients did not recognize their symptoms and did not associate them with heart disease. There was a misconception between experienced and expected symptoms. They linked their symptoms to previous diagnoses and harmless causes. Many tried to deal with the situation on their own by using self-help techniques. Some denied that they could be affected by a heart attack. Fear of worrying their family and burdening the health care service appeared as a barrier to seek help.

Conclusion:

Healthcare professionals can contribute knowledge and information about the reasons why people who experience symptoms of myocardial infarction are waiting to seek medical care. Health education should aim at informing the public that symptoms of myocardial infarction may vary from person to person, that man's behavior in threatening situations may be unfortunate for the outcome of the situation, and that the health care service is available for assistance. This could cause patients to spend less time trying to deal with the situation on their own and make them seek medical care sooner.

Keywords:

Myocardial infarction, decision delay, help seeking behavior, prehospital delay

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling.....	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Prehospital forsinkelse	2
2.2 Hjerteinfarkt.....	2
2.2.1 Symptomer, diagnostikk, behandling og komplikasjoner	3
2.3 Identitet og tap av selvstendighet.....	4
2.4 Krise	4
2.5 Mestringsstrategier.....	5
2.6 Forebyggende helsearbeid og helseopplysning	5
3.0 Metodebeskrivelse	6
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.2 Datainnsamling/ litteratursøk	6
3.3 Kvalitetsvurdering.....	8
3.4 Etisk godkjenning	8
3.5 Analyse.....	9
4.0 Resultat	10
4.1 Ulike symptomoppfatninger påvirker pasientens beslutning	10
4.2 Selvhjelpsteknikker påvirker pasientens beslutning	13
4.3 Frykt for å belaste andre påvirker pasientens beslutning	14
5.0 Diskusjon	16
5.1 Metodediskusjon	16
5.1.1 Søkestrategi.....	16
5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	19
5.1.3 Analyse	20
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Symptomoppfatningen	20
5.2.2 Selvhjelpsteknikker	23
5.2.3 Frykt for å belaste andre	24

6.0 Konklusjon	27
6.1 Anbefalinger for videre forskning	27
Referanseliste	28

Vedlegg 1: P(IC)O-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabeller over inkluderte artikler

Vedlegg 4: Oversikt over tema og undertema med kilde til artikkel

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerte- og karsykdommer er i dag den største dødsårsaken på verdensbasis, og i 2015 døde rundt 7,4 millioner mennesker av koronar hjertesykdom (World Health Organisation 2017). I Norge har dødeligheten av hjerte- og karsykdommer gått ned de siste førti årene, men dødeligheten er fortsatt høy (Folkehelseinstituttet 2014a). Det ble i dødsårsaksregisteret i 2016 registrert nesten 11 000 dødsfall av hjerte- og karsykdommer, der akutt hjerteinfarkt alene ble vurdert som årsak til død i rundt 2 300 av disse tilfellene (Folkehelseinstituttet 2017).

I en stor studie utført i USA med nesten 6000 deltagere, kom det frem at gjennomsnittlig prehospitall forsinkelse lå på ca. 4,5 time (Saczynski et al. 2008). Jo lengre tid det går før behandling iverksettes ved hjerteinfarkt, desto større omfang vil infarktets få (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Pasienter med akutt hjerteinfarkt skal ha revaskulariserende behandling omgående, helst innenfor en tidsramme på 90-120 minutter (Jacobsen 2017). Nasjonalforeningen for folkehelsen oppfordrer personer som opplever kraftige brystmerter med varighet i mer enn fem minutter å ringe 113 med én gang. Det kan være symptomer på hjerteinfarkt (Nasjonalforeningen 2017).

Å vente for lenge med å søke hjelp kan få fatale konsekvenser. Ved å bli bevisste på mekanismene rundt dette fenomenet, kan vi som fremtidige sykepleiere bidra med viktige og relevante helseopplysninger, som kan sørge for at flere pasienter kommer til behandling i tide.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse årsaker som påvirket pasientenes prehospitale forsinkelse og beslutningen deres om å søke medisinsk hjelp.

1.3 Problemstilling

Hvorfor venter pasienter som opplever symptomer på hjerteinfarkt med å oppsøke hjelp?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Prehospital forsinkelse

Tiden fra symptominnsettelse til behandling av hjerteinfarkt kan være lang. For å begrense den iskemiske utviklingen og skaden i myokardet er den prehospital tiden en faktor av betydning. Den prehospital tiden innebærer hele tidsrommet før pasienten ankommer sykehuset. For at man skal lykkes med reperfusjonsbehandling som trombolyse og PCI (perkutan koronar intervensjon), og dermed bedre prognosen for lidelsen, er det avgjørende at pasienten kommer tidnok til sykehus for utredning og behandling (Jarlöv 2000).

Det finnes to komponenter som påvirker den prehospital forsinkelsen hos pasienter som opplever symptomer på hjerteinfarkt. Den største delen av den totale prehospital forsinkelsen skyldes pasientens egen beslutningsforsinkelse, mens tiden det tar for ambulansen å rykke ut og transportere pasienten til sykehus er tilnærmet konstant og avhenger i hovedsak av avstanden mellom pasientens bosted/lokalisasjon og behandlende sykehus (Jarlöv 2000). Denne fasen kalles gjerne «door-to-balloon time» (Jacobsen 2017). Man har også en hospital forsinkelse der pasienten innad i sykehuset kan bli liggende for lenge å vente på behandling (Jarlöv 2000). I vår litteraturstudie ønsker vi imidlertid å få en dypere forståelse av årsaker som påvirker pasientenes beslutning om å søke medisinsk hjelp før kontakt med helsevesenet.

2.2 Hjerteinfarkt

Hjertet er en todelt blodpumpe som ved hjelp av elektriske impulser sørger for at hjertet pumper oksygen og næringsrikt blod ut i lungekretsløpet og kroppskretsløpet parallelt. For at kroppens vitale organer og funksjoner skal kunne opprettholdes til en hver tid, er man avhengig av at hjertemuskelen, myokardet, selv får tilstrekkelig tilførsel av oksygen (Nicolaysen 2014). Myokardet blir oksygenert av egne kransarterier eller koronararterier som har sitt utspring helt i begynnelsen av aortabuen. Høyre koronararterie og dens forgreininger forsyner høyre hjertehalvdel, mens venstre koronararterie forsyner venstre hjertehalvdel. I myokard er det få blodkar som forsyner samme vevsområde. Koronararteriene er utsatt for aterosklerotisk sykdom med påfølgende tilstopping av

blodtilførsel og infarktutvikling i det affiserte vevet. Aterosklerose er en sentral årsak til utvikling av hjerteinfarkt. Akutt hjerteinfarkt kan typisk oppstå etter ruptur av ateromatøst plakk i karveggen, der trombocytter kleber seg til åreveggen og forsnevrer eller tetter karlumen helt (Jacobsen 2017).

Hjerteinfarkt kan deles inn i to hovedtyper, STEMI (ST-elevasjonsmyokardinfarkt) og NSTEMI (Non-ST-elevasjonsmyokardinfarkt), og denne kategoriseringen er basert på om det forekommer forandringer (ST-heving) i EKG eller ikke. Ved NSTEMI har den iskemiske skaden vært tilstrekkelig til å produsere synlig myokardskade med hjertemarkørstigning (Troponin). Ved STEMI er en eller flere koronararterier helt tilstoppet. Hvis ikke blodstrømmen gjenoprettes, vil det oppstå irreversibel celledød i myokard, med akutt celledød og nekroseutvikling i vevet. Jo lengre tid koronararteriene er tilstoppet, desto større blir omfanget av myokardskaden (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

2.2.1 Symptomer, diagnostikk, behandling og komplikasjoner

Symptomer ved hjerteinfarkt er vanligvis klemmende, pressende eller snørende smerter sentralt i brystet som kan stråle ut i venstre arm, opp i kjeven og/ eller halsen. Kvalme og brekninger. Blek og kaldsvett hud. Dyspné ved stort infarkt (Jacobsen 2017). Symptomene kan i midlertid variere i styrke, art og lokalisasjon, særlig for kvinner (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Diagnosen stilles på bakgrunn av minst to av tre følgende kriterier.

1. Typiske brystsmerter eller akutt tungpusthet i mer enn 20 minutter.
2. EKG-forandringer
3. Blodprøver

De fleste steder i landet har man i dag utstyr til å ta prehospitalt EKG i ambulansen. Dette effektiviserer diagnostikken i felten og sparer tid fordi pasienten kan transporteres rett til et sykehus med PCI-behandling (Jacobsen 2017).

Behandling av hjerteinfarkt omfatter MONA-behandling og reperfusjonsbehandling.

Noen pasienter kommer så sent til sykehus at behandling med morfin, oksygen, nitroglyserin og acetylsalisylsyre blir eneste terapi. Ved reperfusjonsbehandling prøver man å gjenåpne det okkluderte karet snarest mulig, enten medikamentelt gjennom

trombolyse eller mekanisk gjennom perkutan koronar intervensjon (PCI). PCI foretrekkes der pasienten kommer til behandling innen 90-120 minutter, hvis ikke anbefales trombolyse, som kan startes allerede i ambulansen. Ulempen med trombolyse er at det kun gjenåpner det okkluderte karet hos ca 60% av pasientene. PCI gjenåpner karet hos nesten alle pasientene, om det ikke har gått for lang tid. (Jacobsen 2017).

Hjerteinfarkt kan forårsake alvorlige komplikasjoner som f.eks hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvikt, lungeødem, ventrikkelseptumdefekt, mitralinsuffisiens, arterielle embolier og kardiogent sjokk. Pasienter er mest utsatt for komplikasjoner i den akutte fasen, og hjerterytmeforstyrrelser som ventrikkelflimmer og ventrikkeltakykardi ses hos nesten 95% av pasientene og er en vanlig dødsårsak (Jacobsen 2017).

2.3 Identitet og tap av selvstendighet

Identitet handler om menneskers opplevelse av å være seg selv. Det er en oppsummering av alle de sider som gjør at den enkelte opplever seg som en helhet (Solvoll 2011).

Forandringer i kroppens funksjon inntreffer ofte når en person blir syk og det kan forårsake innskrenket frihet og redusert mulighet til å utfolde seg fritt og realisere sine egne verdier. Dette kan få konsekvenser for personens identitet. Helsesvikt og sykdom kan føre til at mennesker ikke kan være så selvstendige i sitt eget liv som tidligere. For de fleste er det viktig å kunne være selvstendig og ha kontroll over sitt eget liv. Behovet for å være selvstendig ligger dypt forankret i mennesket, og tap av selvstendigheten vil derfor kunne oppleves som vanskelig og føre til stress (Solvoll 2011).

2.4 Krise

Johan Cullberg definerer en krise som individets psykiske situasjon ved en hendelse av en slik karakter at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet blir truet (Cullberg 2007).

Krisens akutte fase består av sjokkfasen og reaksjonsfasen. I den akutte krisen kan det forekomme psykiske reaksjoner, forsvarsmekanismer, som har som oppgave å redusere opplevelsen og bevisstheten av en trussel og faren den har for personen. Fornektelse vil si

at vedkommende legger merke til det som burde virke truende, men nekter for at det har noe å si. Rasjonalisering beskriver den psykiske tendensen til å redusere følelsen av en trussel med tilsynelatende fornuftige argumenter (Cullberg 2007).

2.5 Mestringsstrategier

For å håndtere situasjoner som oppleves som stressende skiller det i hovedsak mellom to hovedtyper av mestringsstrategier. Problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring er en aktiv og direkte strategi der personen prøver å løse en vanskelig situasjon, for eksempel ved å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte i tilknytning til denne utfordringen.

Emosjonelt orientert mestring innebærer strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Gjennom å unngå eller unnvike utfordringen, vil strategien bidra til å undertrykke ubehagelige følelser hos personen. Dette kan skje gjennom at personen prøver å late som at ubehaget ikke finnes, prøve å benekte, omdefinere eller bortforklare det, bagatellisere alvorret i situasjonen, holde følelsene som situasjonen truer med å vekke for seg selv, unngå å oppsøke noen som kan konfrontere personen med kunnskap rundt situasjonen, og å bruke forsvarsmekanismer som for eksempel fornektelse. På bakgrunn av denne mestringsstrategien kan personer som opplever symptomer på alvorlig sykdom forsøke å håndtere situasjonen ved å bagatellisere symptomene og unngå å oppsøke lege (Kristoffersen 2015).

2.6 Forebyggende helsearbeid og helseopplysning

Forebyggende helsearbeid har som formål å bidra til å redusere risiko for sykdom eller øke befolkningens mulighet for god helse. Dette kan gjøres gjennom overordnede tiltak som helsevern, helseopplysning og helsepolitikk. Helseopplysning er et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet. Helseopplysning handler om læring i vid forstand, og ikke bare om å formidle informasjon. Det å være tilstrekkelig opplyst kan være en nødvendighet, og målet med helseopplysning er å påvirke folks holdninger, motivasjon og mulighet til å handle helsefremmende. Helseopplysning kan bidra til et bedre liv, men også føre til økt skyldfølelse og frykt (Mæland 2010).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde skal metoden på en tydelig måte beskrive datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse (Eines et al. 2018). Metoden skal være så tydelig beskrevet at undersøkelsen i prinsippet skal kunne gjennomføres av andre i ettertid.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Med bakgrunn i vår hensikt og problemstilling har vi inkludert artikler som studerer voksne (>18) kvinner og menn som har gjennomgått hjerteinfarkt (NSTEMI eller STEMI) med fokus på deres prehospitale forsinkelse. Videre inklusjonskriterier for artiklene var at de er skrevet på engelsk, fagfellevurdert og tidsavgrenset fra 2007 til nåtid.

Vi har ekskludert artikler med hovedfokus på sykepleier- og pårørendeperspektiv, og artikler som ikke var skrevet på engelsk. Videre eksklusjonskriterier var pasienter eldre enn 90 år og pasienter som kom fra annen helseinstitusjon eller som fikk hjerteinfarkt innad i sykehus.

3.2 Datainnsamling/ litteratursøk

Med utgangspunkt i hensikt og problemstilling benyttet vi oss av et PICO-skjema, som er et verktøy for å strukturere databasesøk på en hensiktsmessig måte for å få relevante treff når søket skal gjennomføres. Bokstavene i PICO-skjemaet representerer bestemte elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål. P står for pasient eller problem, og omhandler hvilken pasientgruppe spørsmålet gjelder (Nortvedt et al. 2012). Vi var interessert i pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Derfor satte vi her inn «myocardial infarction» og «heart attack».

I (intervention) og C (comparison) ble ekskludert fra skjemaet vårt, fordi vi ikke var interessert i et bestemt tiltak eller å vurdere ulike intervensjoner opp mot hverandre.

O står for outcome, og omhandler hvilke utfall eller endepunkt som er av interesse (Nortvedt et al. 2012). Her satte vi inn søkeordene «decision delay», «help seeking behavior» og «prehospital delay». Se PO-skjema i vedlegg 1.

For å kombinere søkeordene brukte vi boolske operatører, kombinasjonsord som OR og AND. Or utvider søket og and avgrenser søket (Nortvedt et al. 2012). Vi brukte «or» i mellom søkeordene myocardial infarction og heart attack. Det samme gjorde vi for søkeordene decision delay, help seeking behavior og prehospital delay. Tilslutt ble disse to gruppene av søkeord kombinert med kombinasjonsordet «and». Se søkehistorikk i vedlegg 2.

Første systematiske søk ble gjort i CINAHL 27.02.2018, og dette ga oss 107 artikkeltreff. Vi leste gjennom alle 107 overskriftene og 56 sammendrag. Vi tok med oss artikler som vi mente kunne være med å svare på vår hensikt og problemstilling, og som hadde et egnet design. I utgangspunktet var det kvalitative artikler vi ville samle inn på bakgrunn av spørsmålet vi hadde stilt i problemstillingen vår. Fra søket i CINAHL ble 8 artikler inkludert i litteraturstudien (Henriksson et al. 2007, Herning et al. 2011, Johansson et al. 2008, Nielsen et al. 2015, Løvlien et al. 2007, Noureddine et al. 2015, Nymark et al. 2009 og Nymark et al. 2014).

Ved søk i Ovid Medline den 05.03.2018 fikk vi treff på 76 artikler, der vi gikk gjennom 43 abstrakt og leste 6 artikler hvor 4 disse av disse ble inkludert (Covertry et al. 2017, O'Donnell og Moser 2012, Lesneski 2008, og Gyberg et al. 2016).

Vi gjorde også et søk i PsycInfo etter anbefaling fra bibliotekar, som viste oss hvordan vi kunne gjøre det. Denne databasen ga oss bare tre treff og vi følte at ingen av artiklene besvarte vår problemstilling. Vi gjorde også søk i ProQuest, men her fikk vi så høyt antall treff på artikler at vi ikke klarte å begrense søket med inklusjonskriteriene brukt i de tidligere søkene. Søkehistorikk for ProQuest er derfor ikke vedlagt i søkehistorikken i vedlegg 2.

Alle artiklene vi har inkludert i vår studie var skrevet på engelsk. Seks artikler var fra Sverige (Nymark et al. 2014, Nymark et al. 2009, Nielsen et al. 2015, Johansson et al. 2008, Gyberg et al. 2016 og Henriksson et al. 2007), og de øvrige var fra Australia

(Coventry et al. 2017), Danmark (Herning et al. 2011), USA (Lesneski 2008), Irland (O'Donnell og Moser), Norge (Løvlien et al. 2007) og Libanon (Noureddine et al. 2015).

I de fleste artiklene har forskningen blitt utført på både kvinner og menn, men i studiene til Gyberg et al. (2016) og Herning et al. (2011) er det bare blitt forsket på kvinner, mens det i Nielsen et al. (2015) bare er blitt forsket på menn.

3.3 Kvalitetsvurdering

I følge retningslinjene skal alle innhentede artikler kvalitetsvurderes (Eines et al. 2018). Vi har kvalitetsvurdert våre artikler med sjekklister hentet fra folkehelseinstituttet sine hjemmesider (Folkehelseinstituttet 2014b). Kvalitetsvurderingen ble gjort kontinuerlig etterhvert som vi fikk tilsendt artikler fra biblioteket etter bestilling, eller innhentet dem digitalt. I ti av de inkluderte artiklene har vi brukt sjekklister for kvalitativ forskning, og i de to kvantitative artiklene har vi brukt sjekklister for prevalensstudier.

Kvaliteten på studiene ble vurdert på bakgrunn av en subjektiv vurdering av oss ved hjelp av sjekklister. Studiene ble vurdert som gode og ble inkludert i studien om vi krysset ja på de to innledende spørsmålene i sjekklisten og kunne svare ja på minst sju av de åtte resterende spørsmålene. Tilsvarende gjaldt i sjekklister for prevalensstudier.

Vi sørget for at vi begge fikk et eksemplar av forskningsartiklene, og vurderte dem som regel hver for oss, før vi møttes og gikk gjennom hverandres vurderinger. Vi diskuterte de eventuelle ulikhetene vi hadde ved kvalitetsvurderingen.

3.4 Etisk godkjenning

Alle våre inkluderte artikler har blitt godkjent av etisk komité eller IRB (Institutional Review Board) der studien ble gjort. Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt er i en sårbar situasjon (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Dette har vi også opplevd i praksis ved kardiologisk sengepost. Det er viktig at det etiske blir tatt hensyn til hos disse pasientene. Alle deltagere har fått skriftlig og muntlig informasjon om deltagelse i studiene, og alle deltagerne har gitt sitt informerte samtykke om å delta. Flere av studiene har tilbydd profesjonell psykisk støtte til pasientene i de tilfellene der psykiske problemer

skulle oppstå i etterkant av intervjuene. Deltagerne har også fått informasjon om at de kan trekke seg når som helst fra studiene uten at dette skulle få konsekvenser for videre behandling og omsorg.

3.5 Analyse

I litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i Evans' (2002) fire faser. Evans (2002) understreker at det er viktig å være systematisk i analysearbeidet, og beskriver viktigheten med analyseringen.

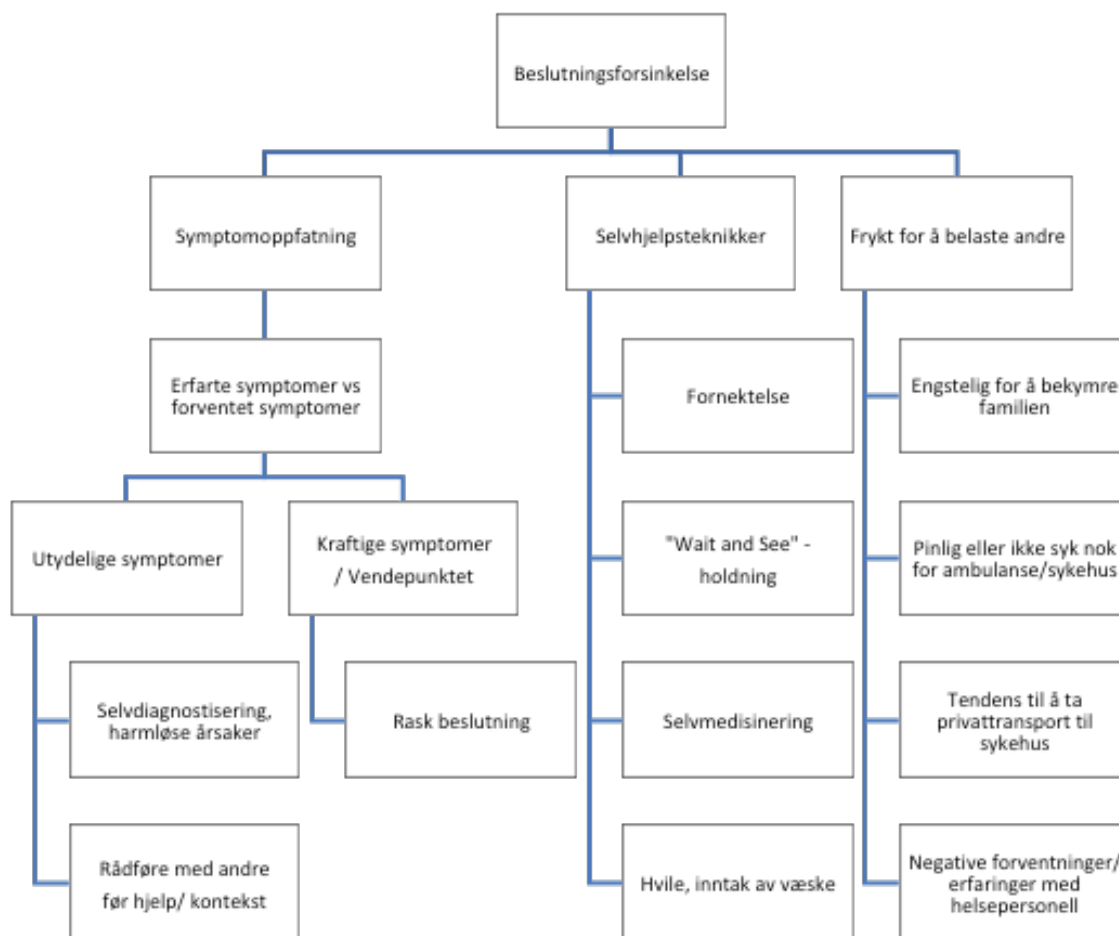
I den første fasen skal datamaterialet som skal analyseres samles inn (Evans 2002). Vi har gjennom vår søkeprosess, kvalitetsvurdering og inklusjonskriterier innhentet vårt datamateriale. I løpet av denne fasen ble 12 artikler inkludert i vår litteraturstudie. Artikkene ble nummerert fra 1-12 i alfabetisk rekkefølge, og informasjon om studiene ble ført inn i oversiktstabell (Vedlegg 3).

I den andre fasen skal hovedfunnene i hver artikkel identifiseres (Evans 2002). Vi sørget for å ha to eksemplarer av hver studie, slik at begge hadde hvert sitt eksemplar. Vi markerte med ulike farger det vi mente var relevant for litteraturstudiens hensikt og problemstilling, og diskuterte det i fellesskap. De nøkkelfunn og sitater vi fant relevant ble deretter skrevet inn i et dokument med referanse til forskningsartikkelen, slik at det senere kunne bli lettere å finne tilbake til originalartikkelen.

I den tredje fasen av analysen skal gjennomgående temaer identifiseres på tvers av studiene (Evans 2002). Vi diskuterte i fellesskap hvilke nøkkelfunn som gikk igjen, og skrev dette inn i en ny tabell for å samle de funn som gikk igjen i et overordnet og oversiktlig dokument.

Den siste fasen består av en beskrivelse av fenomenet som har blitt funnet i artiklene. Ut ifra datamaterialet skal det formuleres temaer (Evans 2002). I denne fasen knyttet vi gjennomgående nøkkelfunn opp til overordnede temaer som har blitt formulert som en syntese. Vi kom frem til tre hovedtema som videre vil bli presentert i resultatdelen av litteraturstudien, og har vedlagt en oversikt over tema og undertema med kilde til artikkel hvor funnet er identifisert (Vedlegg 4).

4.0 Resultat



4.1 Ulike symptomoppfatninger påvirker pasientens beslutning

«I felt in a way that I never felt before» (Nymark et al. 2009, 3361). I ni av studiene rapporterte mange av deltagerne at de ikke kjente igjen symptomene sine, og at de var usikre på grunn av diffuse, vage og utydelige symptomer, som gjerne kom snikende over lengre tid. Dette førte ofte til at de valgte å vente med å oppsøke medisinsk hjelp (Coventry et al. 2017, Nymark et al. 2009, Nymark et al. 2014, Nielsen et al. 2015, Hering et al. 2011, O'Donnell og Moser 2012, Nouredine et al. 2015, Johansson et al. 2008, Henriksson et al. 2008).

For mange av pasientene samsvarte ikke deres opplevelse av symptomene med de symptomene de forventet at ville være fremtredende ved hjerteinfarkt. Det var en «mismatch» mellom erfaringene deres og det stereotypiske hjerteinfarkt. De forventet i

større grad kraftige smerter med klassiske symptomer (Herning et al. 2011, Nouredine et al. 2015, O'Donnell og Moser 2012, Nielsen et al 2015, Nymark et al. 2014).

It wasn't this crushing pain that everyone talks about or anything like that, so you know, I didn't know I was having a heart attack. I thought it would be a crushing pain and going down my left or right arm or whatever (O'Donnell og Moser 2012, 338)

I studien til Nielsen et al. (2015), som studerte utelukkende menn, kom det frem at magesmerter, smerter i høyre arm og andre ukarakteristiske symptomer gjorde at prosessen med å søke hjelp ble forlenget. En av deltagerne uttalte «I did not have the male symptoms, so that's why I am surprised that I had a heart attack». En kvinne i studien til Henriksson et al. (2007) meddelte «If I hadn't had pain in both arms I would have thought that it was a myocardial infarction. Then I suddenly felt very ill, but I still didn't believe it was the heart».

I studiene Gyberg et al. (2015) og Herning et al. (2011) kom det frem at kvinner ikke trodde de kunne være rammet av hjerteinfarkt, siden de var av den oppfatning av at hjertet lå på venstre side i brystkassen. En kvinne i studien Herning et al. (2011) uttalte «We have always been told that the heart was on the left side of the chest, but this was not where it hurted, it was in the centre».

Et utbredt funn fra mange av forskningsartiklene var at pasientene knyttet sine symptomer til harmløse eller ufarlige årsaker, gjerne knyttet til diagnoser eller hendelser fra tidligere (Coventry et al 2017, O'Donnell og Moser 2012, Nymark et al. 2009, Gyberg et al. 2015, Henriksson et al. 2007, Nymark et al. 2014, Lesneski 2010, Herning et al. 2011). «To me it was like a real, real bad heartburn, which I get from time to time» (O'Donnell og Moser 2012, 338).

De vanligste diagnosene eller årsakene pasientene forklarte sine symptomer med var mage- og fordøyelsesproblemer, halsbrann, influensa, muskelsmerter, luftveisproblemer og angina (Coventry et al. 2017, Nymark et al. 2009, O'Donnell og Moser 2012, Herning et al. 2010, Nymark et al 2014, Lesneski 2008, Henriksson et al. 2007). I studien til Lesneski

(2008) kom det frem at 29,5% av pasientene trodde at de hadde problemer med fordøyelsen eller magen.

Det tydeliggjøres i en del av studiene at noen av pasientene har hatt så kraftige og tydelige symptomer at de raskt har mistenkt at de har blitt rammet av et hjerteinfarkt og søkt medisinsk hjelp innen kortere tid (Coventry et al. 2017, O'Donnell og Moser 2012, Herning et al. 2010, Henriksson et al. 2007, Nymark et al. 2009). «It got worse, and finally I couldn't endure the pain and I asked my colleague to call EMS because I had a feeling that it might be a heart attack» (Herning et al. 2010, 243)

Flere av artiklene beskriver og definerer det punktet der pasientene ikke klarer å tolerere ubehaget de opplever lenger, og blir vendepunktet i forhold til å søke hjelp (Noureddine et al. 2015, Gyberg et al. 2016, Nielsen et al. 2015). Vendepunktet er basert på at pasientene opplever symptomer som forblir konstante, eller intensiveres og blir uutholdelige. Symptomene gjør så kraftig inngripen i pasientenes daglige aktiviteter at de innser at de trenger medisinsk assistanse.

I felt how it was too much, it just ached and ached, and I couldn't take it anymore. The pain didn't stop; instead it gradually became worse and I didn't know what to do with myself. It was at that time me and my wife decided to phone an ambulance cause we didn't dare to wait any longer (Johansson et al. 2008,188).

Angst og frykt knyttet til symptomene virket som en motivasjon til å søke hjelp hos pasientene, og var økende ved alvorligheten av symptomene (Gyberg et al. 2016, Henriksson et al. 2007, Nymark et al. 2014, Nielsen et al. 2015, Lesneski 2008, Johansson et al. 2008, Nymark et al. 2009)

Mange deltagere rapporterte at de hadde en holdning der de ønsket å vente og se hvordan situasjonen utviklet seg. Dette gjorde de i håp om at symptomene skulle gå over, og ved å gjøre dette ble tiden fra symptominnsettelse til kontakt med helsevesenet forlenget (Noureddine et al. 2015, Gyberg et al 2016, Lesneski 2008, Henriksson et al 2007, Coventry et al. 2017, Nymark et al. 2009).

«It happens to others, but not to me» (Nymark et al. 2009, 3362). I åtte av studiene meddelte mange av pasientene at de ikke kunne forstå at de kunne bli rammet av et hjerteinfarkt og at de videre hadde fornektet situasjonen. «It cannot be the heart» hadde en deltager i studien til Nymark et al. (2009) meddelt i fokusgruppeintervjuet. Pasientenes selvbilde var preget av en sunn og frisk identitet og de følte at de var for unge til å bli rammet av et hjerteinfarkt (Herning et al. 2010, Coventry et al. 2017, Henriksson et al. 2007, Johansson et al. 2008, Nymark et al. 2014, Gyberg et al. 2016, Nymark et al. 2009, Nielsen et al. 2015).

4.2 Selvhjelpsteknikker påvirker pasientens beslutning

Relatert til årsakene pasientene mente forårsaket sine ubehag, prøvde de å behandle og lindre dette på egenhånd gjennom bruk av ulike typer medisiner (O'Donnell og Moser 2012, Nymark et al. 2009, Coventry et al. 2017, Johansson et al 2008, Herning et al 2011, Nielsen et al. 2015, Henriksson 2007, Gyberg et al 2016, Løvlien et al. 2007, Noureddine et al 2015).

I felt hot and I kind of felt weak and I got this pain. I thought it was heartburn because I suffer from it for years, so I reached for my TUM's and it sort of went after a while (O'Donnell og Moser 2012, 338).

Pasientene tok for eksempel smertestillende medisiner, nitroglyserin dersom de hadde angina pectoris fra før, og syrenøytraliserende medisiner ved halsbrann eller fordøyelsesproblemer.

I knew it was serious but I took some paracetamol (a mild analgesic) and tried lying on the couch to relieve it but nothing would relieve it, I was crying with the pain (O'Donnell og Moser 2012, 339).

Et nokså utbredt funn i studiene var at pasientene prøvde å hvile før de tok kontakt med helsevesenet. De vurderte effekten av å legge seg ned eller sette seg ned, og prøvde på denne måten å tilpasse seg ubehaget (Henriksson et al 2007, Nielsen et al 2015, Johansson 2008, Coventry et al. 2017, Løvlien et al. 2007, O'Donnell og Moser 2012, Nymark et al. 2009).

En del av pasientene rapporterte at økt inntak av ulike typer væsker ble brukt som smertelindring før de søkte medisinsk assistanse. Drikkene varierte fra ulike typer kalde til varme drikker (Nymark et al. 2009, Coventry et al. 2017, Johansson et al. 2008, Herning 2011, Nielsen et al. 2015).

4.3 Frykt for å belaste andre påvirker pasientens beslutning

I don't want to call my family and trouble them (Nymark et al. 2009, 3362). I flere av studiene rapporterte pasientene at de ikke ønsket å forstyrre og bekymre sin ektefelle eller familie med sine symptomer, og at dette naturligvis bidro til å forlenge tiden de brukte for å beslutte å søke hjelp for sitt ubehag (Coventry et al. 2017, Nymark et al. 2014, Nymark et al. 2009, Herning et al. 2011, Johansson et al. 2008, Noureddine et al. 2015, Nielsen et al. 2015). I studien til Noureddine et al. (2015) uttalte en pasient «The pain started at midnight, then at 1:00 a.m, it became very strong; the family was asleep I did not want to wake them up so I waited».

Konteksten rundt symptomene var også av betydning. Flere pasienter i studiene ga uttrykk for at de ventet med å meddele ubehaget de kjente på til pårørende hadde stått opp neste morgen, eller kommet hjem fra arbeid (Noureddine et al. 2015, Coventry et al. 2017, O'Donnell og Moser 2012).

Svært få pasienter ringte selv etter medisinsk assistanse. Pasientene tok som regel kontakt med en pårørende først, før de i fellesskap innså at det måtte tilkalles hjelp (O'Donnell og Moser 2012, Nymark et al. 2009, Nielsen et al. 2015, Johansson et al. 2008, Henriksson et al. 2007). Å kontakte pårørende, venner eller kolleger før man tok kontakt med helsevesenet, ble rapportert blant 84% av pasientene i studien til Løvlien et al. (2007).

«I thought I wasn't sick enough to dial 112» (Nymark et al. 2009, 3362). Deltagere i studiene følte at de ikke var syke nok til å ringe etter ambulanse. De var usikre på hvor syk en måtte være før en kunne ha rett til å oppta en hel ambulanse eller ressurser på sykehuset (Henriksson et al. 2007, Johansson et al. 2008, Nymark et al. 2009, Nymark et al. 2014, Nielsen et al. 2015, Herning et al. 2011, Noureddine et al. 2015). En pasient i studien til Nymark et al. (2014) uttalte «I thought I didn't want to take someone else's place in the emergency room, because there are always so many ill people». Mange pasienter ønsket

ikke å være til bryderi for ambulanspersonell og sykehus, og disse følelsene holdt dem tilbake fra å be om hjelp.

You don't want to call an ambulance and then, when ending up at the emergency room, they tell you that nothing is wrong with you. I think you have to pass a threshold there (Nymark et al. 2014, 44)

I studien til Herning et al. (2011) kom det frem at kvinnene var ambivalente i forhold til om de skulle ringe etter medisinsk assistanse eller håndtere situasjonen på egenhånd. Deres motvilje til å ringe etter hjelp var motivert av en potensielt nedverdiggende situasjon, dersom det skulle vise seg at situasjonen var en såkalt «falsk alarm».

På bakgrunn av det overforstående hadde flere pasienter en tendens til å bli kjørt av pårørende til sykehus istedenfor ambulansen. (Coventry et al. 2017, Henriksson et al. 2007, Johansson et al. 2008, O'Donnell og Moser 2012).

And then, even if you do't want to confess it or not, I think there is a slight... fear of doctors, that you're embarrassed to hear that you have not lived as you should, nor eaten as you should, that you'll be told off for mistreating your body (Nymark et al. 2014, 44)

Noen pasienter ga uttrykk for at de av ulike grunner hadde en motvilje til å kontakte helsepersonell på bakgrunn av fordommer eller tidligere negative erfaringer (Nymark et al. 2014, Nouredine et al. 2015, Nielsen et al. 2015).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Med utgangspunkt i Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgaven skal vi i dette kapitlet diskutere styrker og svakheter i vår litteraturstudie, med fokus på søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess (Eines et al. 2018).

5.1.1 Søkestrategi

Det har vært en prosess å komme frem til de søkeordene vi har brukt i litteraturstudien. I starten av arbeidet gjorde vi prøvesøk med direkte oversettelse av våre norske søkeord til engelske. Vi lagret ikke disse søkene, noe som kan ses på som en svakhet, men ved å se på søkeordene forfatterne selv hadde brukt i sine artikler, ble vi introdusert for gode og relevante engelske søkeord for vår hensikt og problemstilling.

Vi har jobbet og reflektert en del rundt utarbeidelsen av inklusjonskriteriene for denne litteraturstudien. Vi ønsket blant annet en aldersavgrensning på deltagerne i studiene, og endte med å sette denne til å gjelde alle voksne over 18 år. Vi har undersøkt alle artiklene slik at vi vet det ikke har vært deltagere med i studiene som har vært under 18 år. I tillegg tenker vi at hjerteinfarkt som diagnose er aldersbegrensende i seg selv og utvikler seg etter en viss alder. Barn blir for eksempel veldig sjeldent rammet av hjerteinfarkt.

De fleste studiene har inkludert pasienter som har vært fra slutten av 30-årene til slutten av 80-årene, med gjennomsnittlig alder på rundt 65 år. Noen studier har hatt en øvre aldersgrense som har vært relativt lav, fordi de ikke har villet studere pasienter som lider av komorbiditet der flere ulike diagnoser spiller inn på sykdomsbildet til personen. Vi har derimot bare ekskludert artikler der pasienter har vært over 90 år, noe som må anses som svært høy alder. Muligheten for at komorbiditet har påvirket resultatet kan derfor ikke utelukkes.

En svakhet ved søkestrategien vår er at vi teknisk sett ikke har benyttet oss av «limits» eller begrensninger når det gjelder alder da vi søkte i databasene. Grunnen til dette er at vi erfarte at vi mistet relevante forskningsartikler når vi for eksempel begrenset søket til å

gjelde «all adults» eller «age 18-90». Det må tas høyde for at vi fortsatt er relativt uerfarne når det gjelder gjennomføring av søk i ulike databaser.

Gjennom flere prøvesøk så vi at mye forskning rundt dette temaet var publisert på slutten av 2000-tallet. Vi satte derfor tidsavgrensningen for inkluderte artikler til 2007. Vi tenker at dette er et ganske stort tidsspenn og kan ses på som en svakhet i litteraturstudien vår, men de eldste forskningsartiklene bidrar til å understøtte funn fra de nyeste artiklene våre på en tilfredsstillende måte. På bakgrunn av at artiklene bygger hverandre opp, og at det stilles krav i retningslinjene om minimum ti inkluderte forskningsartikler, føler vi at en tidsavgrensning helt tilbake til 2007 ikke er urimelig.

Nortvedt et al. (2012) beskriver at trunkering vil si å søke på stammen av et ord, der man legger på et tegn for å få med alle varianter av ordet. Vi har imidlertid ikke benyttet oss av trunkering i våre søk, noe som kan ses på som en svakhet da vi kan ha risikert å ikke få med alle artikler som er relevant for oppgaven. Vi snakket med bibliotekar om dette, og vedkommende mente at trunkering ikke ville ha nevneverdig betydning i forhold til de søkeord vi har benyttet i litteraturstudien. Vi gjorde en ekstra vurdering på dette ved at vi gjennomførte parallelle søk på hver vår datamaskin. Det ble konkludert med at det å bruke trunkering i vårt tilfelle hadde minimal betydning for artikkeltreff i databasesøkene.

Vi har prøvd å gjøre de ulike søkene så like som mulig, ved å ha de samme søkeordene og begrensningene i hvert søk. Vi tenker at dette i utgangspunktet er en styrke for oppgaven, og at det er positivt at søkene har direkte sammenheng med PICO-skjemaet vårt. Noen vil kanskje påstå at vi med fordel kunne gjort små variasjoner av søkeordene i de ulike databasene for å få flere artikkeltreff. Ingen variasjon i søkeordene vil på en annen side kunne være en styrke da det vil kunne bidra til å finne artikler med likt innhold. I tillegg vil det være enklere for andre å gjenta en ryddig søkeprosess. At vi ikke har benyttet oss av manuelle søk ser vi ikke på som noen ulempe, siden bacheloroppgaven inntil nylig har vært en systematisk litteraturstudie. Vi håper og tror at grunnen til at vi har sluppet å benytte oss av manuelle søk er at vi har gjort en grundig jobb for å finne relevante søkeord som forskningsmiljøet selv bruker. Her har utforskende prøvesøk i litteraturstudiens sprede begynnelse vært nyttig.

Mange av studiene som er inkludert i litteraturstudien er gjennomført i Skandinavia. Mye forskning omkring tematikken er gjort i Sverige, hvor vi har inkludert hele seks artikler (Gyberg et al. 2016, Henriksson et al. 2007, Johansson et al. 2008, Nielsen et al. 2015, Nymark et al. 2014 og Nymark et al. 2009). Dette ser vi på som en styrke for vår oppgave fordi skandinaviske artikler vil kunne bidra til å styrke overførbareheten av resultatet til norsk kontekst. Vi har også inkludert en artikkel fra Danmark (Herning et al. 2011) og en fra Norge (Løvlien et al. 2007). De resterende artiklene er fra Australia (Coventry et al. 2017), USA (Lesneski 2008), Libanon (Noureddine et al. 2015) og Irland (O'Donnell og Moser 2012).

Studien fra Libanon var den studien vi til å begynne med var mest usikre på om kunne være overførbare til norsk kontekst på bakgrunn av relativt store forskjeller i kultur og helse, men det viste seg at funn fra denne studien ikke skilte seg særlig ut fra resten, men heller var med på å støtte opp om funn fra andre studier.

I litteraturstudien har vi sett på årsaker til pasientens prehospitalt forsinkelse både hos kvinner og menn. Kvinner har jevnt over vært litt underrepresentert i studiene der de har forsket på begge kjønn. Dette gjelder alle studiene unntatt Nielsen et al. (2015) som bare har studert menn, og studiene Gyberg et al. (2016) og Herning et al. (2011) som bare har studert kvinner. Underrepresentasjonen av kvinner kan tolkes som en svakhet i vår oppgave dersom funnene fra litteraturstudien skal kunne være like gjeldene for både kvinner og menn. En mulig årsak til underrepresentasjonen av kvinner tenker vi kan være at forekomsten av hjerteinfarkt er noe høyere hos menn og at de dermed blir lettere å rekruttere. For å prøve å veie opp for kjønnskjæveten har vi inkludert to artikler som bare har sett på kvinners erfaringer.

Studiene til Henriksson et al. (2007) og Noureddine et al. (2015) har i tillegg til pasientperspektivet hatt et innslag av pårørendeperspektivet, da de også intervjuet pårørende til pasienten som var rammet av hjerteinfarkt. Vi har vært nøye med å bare se på funn som knyttes opp til det pasientene selv har uttalt i studiene, og ekskludert de funn knyttet til pårørende.

Vi har inkludert 10 kvalitative studier i litteraturstudien vår og 2 kvantitative. Blanding av kvalitative og kvantitative studier ser vi på som en styrke i oppgaven. De kvantitative

studiene har bidratt til å underbygge de kvalitative funnene og bidratt til å gjøre litteraturstudiens funn mer troverdig. Vi ønsker likevel å være forsiktig med å generalisere resultatet av litteraturstudien til å være et utbredt fenomen som gjelder alle pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Grunnen til dette er blant annet at vi har inkludert få kvantitative artikler, og at alle studiene vi har inkludert har relativt få deltagere. Det behøves mer forskning på dette viktige området.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Arbeidet med kvalitetsvurderingen startet med at vi begge satte oss inn i artiklene og dannet oss et bilde av innholdet. Vi diskuterte innholdet og kom frem til en felles forståelse av artiklene. Arbeidet med artiklene var en kontinuerlig prosess etterhvert som vi innhentet fulltekst-eksemplarer av dem. Vi samarbeidet om å føre artiklene inn i en oversiktstabell (vedlegg 3) etter at artiklene var kvalitetsvurdert. At vi begge vurderte artiklene hver for oss, anser vi som en styrke for oppgaven. På denne måten gjorde vi to individuelle vurderinger av artiklene, uten at vi påvirket hverandre under vurderingsprosessen.

Ved å kunne svare ja på de innledende spørsmålene i sjekklisten, tok vi med oss artiklene videre. De artiklene der vi videre kunne svare ja på minst syv av de åtte resterende spørsmålene, vurderte vi til å ha god nok kvalitet for vår litteraturstudie. Kvalitetsvurderingen vår var subjektiv, og vi har ikke støttet oss på litteratur i forhold til kvalitetsvurderingen. Dette kan anses som en svakhet i oppgaven.

Standardiserte sjekklister fra folkehelseinstituttet er blitt benyttet i kvalitetsvurderingen av artiklene. Dette har bidratt til at vi kan stole på funnene i artiklene og er en styrke for oppgaven. I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal inkluderte forskningsartikler være fagfelleverderte (Eines et al. 2018). Ved hjelp av norsk senter for forskningsdata sine nettsider sjekket vi at artiklene var fagfelleverderte og av tilstrekkelig vitenskapelig kvalitet. Tre artikler var publisert i tidsskrift på nivå 2 (Coventry et al. 2017, Nymark et al. 2014 og Nymark et al. 2009) og 9 artikler var publisert på nivå 1.

Alle artiklene er skrevet på engelsk og det må tas høyde for muligheten for feiltolkning i arbeidet med å oversette artiklene. Faren for feiltolkning representerer en potensiell

svakhet for oppgaven, da det engelske språket er rikere enn det norske, og ord og utsagn kan ha ulik betydning på norsk. En styrke er at vi begge har jobbet med artiklene slik at vi har kunnet diskutere eventuelle ord og uttrykk vi var usikre på, der ordbok og oversettelsesprogram var tvetydig.

Siden pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt er en sårbar gruppe, har vi vært opptatt av at etiske hensyn skal ha vært ivaretatt. Etiske hensyn har også vært et kriterium for at vi har inkludert artiklene i litteraturstudien vår. Alle de inkluderte artiklene er derfor etisk godkjent av etisk komité eller IRB (institutional review board). All deltagelse har vært frivillig og det ble innhentet skriftlig og muntlig samtykke fra deltagerne. Vårt fokus på å ivareta etiske hensyn ser vi på som en styrke for litteraturstudien.

5.1.3 Analyse

En styrke og nødvendighet ved litteraturstudien er at vi har brukt Evans' (2002) fire faser i analysearbeidet. Dette har bidratt til å systematisere arbeidet vårt og gjort det oversiktlig. Å lese artiklene hver for oss, der vi videre diskuterte funnene i felleskap var en god måte å sikre at alle relevante funn ble tatt med. Vi leste artiklene og aktuelle funn flere ganger for å forsikre oss om at vi ikke hadde oversett noe. Vi streket under relevante funn med ulike farger, og merket oss gode sitater som kunne bidra til å belyse resultatdelen på en god måte. Dette var en tidkrevende prosess. Etterhvert som vi ble godt kjent med artiklene hadde vi grunnlag til å lage overordnede tema og undertema.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse årsaker som påvirker pasientens prehospitalt forsinkelse og beslutningen deres om å søke medisinsk hjelp. For å svare på problemstillingen ønsket vi å finne svar på hvorfor pasienter som opplever symptomer på hjerteinfarkt venter med å oppsøke hjelp.

5.2.1 Symptomoppfatningen

I resultatene fra vår litteraturstudie kommer det frem at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har hatt problemer med å gjenkjenne symptomene. Symptomene har vært så

vage og utydelige at pasientene har ventet med å oppsøke hjelp. På bakgrunn av dette ser vi et behov for at pasientene må bli bedre opplyst om hvordan symptomene ved hjerteinfarkt kan utarte seg. Her kan sykepleiere ha en sentral rolle i et nyansert arbeide med å opplyse befolkningen om at hjerteinfarkt ikke nødvendigvis alltid rammer personen kraftig og med tydelige symptomer. Samtidig er det viktig at denne informasjonen blir gitt på en måte som hindrer unødvendig frykt og angst hos befolkningen.

Pasientene er tydelig i en annen oppfatning av hvordan et hjerteinfarkt skal oppleves. Når symptomene ikke stemmer overens med hvordan de forventer at et hjerteinfarkt skal oppleves, kan det bidra til at de venter med å oppsøke hjelp eller at det blir vanskeligere for dem å vite når de skal søke hjelp. Det er likevel forståelig at det ikke alltid er like enkelt å vite når man skal oppsøke hjelp for sine symptomer. Hjerteinfarkt blir beskrevet i litteraturen som en lidelse med klassiske symptomer som klemmende brystmerter midt i brystet, med utstråling i venstre arm i tillegg til hals og kjeve (Jacobsen 2017). Når dette er symptomene vi er opplært til å forvente ved hjerteinfarkt, vil vagere symptomer i mindre grad relateres til hjertesykdom. Det bør bli lagt større vekt på å fremheve at det også finnes avvik i klassiske symptomer ved hjerteinfarkt, både for kvinner og menn. En deltager fra litteraturstudien uttalte at «I did not have the male symptoms...». Dette utsagnet sier noe om at pasienter forventer at de klassiske, mannsdominerte symptomer skal være tilstede før de velger å oppsøke hjelp.

Almås (2017) beskriver at symptomene ved hjerteinfarkt kan variere i styrke, art og lokalisasjon, særlig for kvinner. På bakgrunn av funn i litteraturstudien er det også grunn til å tro at det samme kan gjelde for menn, og at symptomene ikke alltid er like lett gjenkjennelig hos denne gruppen. Uavhengig av kjønn vil befolkningen også kunne ha nytte av økt informasjon om de klassiske symptomene på hjerteinfarkt, på bakgrunn av at deltagere i litteraturstudien for eksempel ikke knyttet sine symptomer til hjerteinfarkt da smerten var lokalisert sentralt, ikke til venstre i brystkassen.

Mangel på kunnskap hos pasientene kan basert på våre funn se ut til å spille en sentral rolle i hvordan de responderer på symptomene. Flere har gitt uttrykk for at når hjertet ligger på venstre side i brystkassen, vil smerter lokalisert midt i brystkassen ikke bli relatert til hjertet. Dette er et noe overraskende funn. Det samme gjelder når pasienter har opplevd smerter i begge armer, eller bare i høyre. Det virker som at pasientene har vært dårlig

forberedt på at atypiske symptomer kan forekomme, og at dette har bidratt til at det har tatt lenger tid før de har innsett at de har blitt rammet av en potensielt dødelig lidelse. Derfor ser vi det som essensielt at befolkningen generelt og pasienter som vet de er i risikogruppen for hjerteinfarkt, får hjelp til å tilegne seg mer kunnskap om tematikken.

Vi fant gjennom vår litteraturstudie at mange pasienter hadde knyttet sine symptomer til harmløse eller ufarlige årsaker, ofte knyttet til tidligere diagnoser eller hendelser. Tendensen pasienter har til å knytte symptomene sine til tidligere ufarlige diagnoser kan tenkes å være del av en rasjonaliseringsprosess hos pasienten. Cullberg (2007) beskriver at rasjonalisering er den psykiske tendensen mennesket har til å redusere følelsen av en trussel gjennom tilsynelatende fornuftige argumenter. Denne måten å tenke på bidrar til at pasientene finner en mening i symptomene sine som de kan leve med. Rasjonalisering av symptomene vil være en svært uheldig forsvarsmekanisme i dette tilfellet, fordi infarktutviklingen vil kunne utvikle seg ytterligere og føre til store konsekvenser for pasienten.

På bakgrunn av at Jacobsen (2017) understreker at den akutte fasen av hjerteinfarkt er den mest kritiske med tanke på dødelige komplikasjoner som ventrikkelflimmer og ventrikkeltakykardi, kunne pasienter med fordel vurdert sine symptomer opp i mot mer alvorlige diagnoser, som for eksempel hjerteinfarkt. På en annen side må sykepleiere og annet helsepersonell prøve å finne en balansegang i helseopplysningen slik at pasienter ikke ender opp med å bli rammet av unødvendig angst og usikkerhet. Likevel viser funn i vår litteraturstudie at pasienter har en utbredt tilbøyelighet til å overse hva symptomene kan føre til i verst tenkelige tilfelle. Å lage en opplysningskampanje som kunne gått på sosiale medier eller som reklame i underholdningspausen på helligdager, kunne vært en måte å drive effektiv helseopplysning til befolkningen.

Motstridende funn i litteraturstudien vår nyanserer pasienters utydelige symptomoppfatning, ved at noen pasienter også har hatt en rask gjenkjennelse av sine symptomer og knyttet det til noe hjerterelatert. Disse pasientene har etterhvert fått så kraftige symptomer at de ikke har vært i stand til å håndtere situasjonen på egenhånd lenger, og søkt hjelp innen kort tid. Dette indikerer at vi kan konkludere med at symptomoppfattelsen er helt avgjørende når det gjelder å komme raskt til behandling.

Til tross for at mange pasienter mistenkte symptomer på hjerteinfarkt, var det flere som hadde en holdning der de ønsket å vente og se hvordan situasjonen utviklet seg. En slik holdning vil kunne bidra til å forlenge beslutningsprosessen, og kan være svært uheldig for pasientens prognose i etterkant. Å bli rammet av et hjerteinfarkt kan ses på som en krise. Cullberg (2007) definerer en krise som en situasjon som oppstår når personens eksistens, identitet og trygghet blir truet. Solvoll (2005) beskriver at sykdom kan føre til tap av selvstendighet og kontroll. På bakgrunn av dette kan vi forstå at enkelte pasienter ikke har villet ta innover seg realiteten av situasjonen i begynnelsen.

Våre funn viser at mange pasienter fornektet at de kan ha blitt rammet av et hjerteinfarkt. De føler seg ikke som en del av risikogruppen, basert på at de er for unge og føler seg sunne og friske. For å håndtere situasjoner som oppleves som stressende eller truende, gjør Kristoffersen (2015) rede for to hovedtyper av mestringsstrategier. Fornektelse av at man er rammet av hjerteinfarkt samsvarer med den emosjonelt orienterte mestringsstrategien, der man istedenfor å gjøre noe med selve situasjonen, tar sikte på å endre opplevelsen av den truende situasjonen. Ved å fornekte at symptomene deres er knyttet til hjertet, kan pasientene føle at det blir enklere å håndtere situasjonen på egenhånd. Å benytte seg av denne mestringsstrategien vil i dette tilfellet være svært ugunstig, fordi det vil kunne føre til forsinket behandling. Utfordringen for oss sykepleiere vil i dette tilfellet være å hjelpe pasientene og den øvrige befolkningen inn i en tankegang som er mer i retning av den problemorienterte mestringsstrategien. Der forsøker pasientene aktivt å løse trusselen ved å søke informasjon, veiledning og støtte hos andre, i stedet for å håndtere situasjonen på egenhånd eller bagatellisere alvoret i situasjonen.

5.2.2 Selvhjelpsteknikker

Funn fra litteraturstudien påpeker at pasientene bruker tid på å håndtere symptomene sine på egenhånd gjennom selvmedisinering, hvile og inntak av drikke. Disse håndteringsmetodene kommer som konsekvens av at pasientene har oppfattet symptomene sine som harmløse og noe de kan kontrollere og håndtere selv. Men selv de pasientene som har kraftige symptomer, forsøker selvhjelpsteknikker i en viss tid før de søker hjelp. Sitatet i studien til O'Donnell og Moser (2012) belyser dette «I knew it was serious but i took some paracetamol (a mild analgesic) and tried lying on the couch to relieve it but nothing would relieve it, I was crying with the pain». Dette sitatet bidrar til å poengtere at det må

være noe mer enn harmløse forklaringer som bidrar til at pasienter utsetter å ta kontakt med helsevesenet. Flere er nok i den oppfatning av at de er rammet av noe alvorlig, men forneker likevel det som skjer.

Å behandle sine symptomer på egenhånd ut ifra at man i god tro mener man lindrer en ufarlig tilstand, er i og for seg en fornuftig atferd. Problemet er at fatale konsekvenser kan oppstå når pasienten har feildiagnostisert seg selv eller forneker situasjonen, og prøver å håndtere en potensielt dødelig tilstand på egenhånd. Dette har vi erfaring med fra privat hold, da en av forfatterne av litteraturstudien har mistet en av sine nærmeste pårørende på grunn av hjerteinfarkt, der trolig fornektelse og selvbehandling var en medvirkende årsak til dødsfallet. Alle deltagerne som har vært inkludert i vår litteraturstudie har overlevd sitt hjerteinfarkt, men personlig erfaring tilsier at det noen ganger kan gå virkelig ille. På bakgrunn av dette kan det være store mørketall i forhold til hvor utbredt fenomenet med å vente å søke hjelp er, fordi man av naturlige årsaker bare kan forske på de pasientene som faktisk overlevde hjerteinfarkt.

Solvoll (2011) definerer identitet som menneskets opplevelse av å være seg selv. Hjerteinfarkt kan blant annet føre til forandringer i kroppens funksjon, og dermed få konsekvenser for personens identitet. Bruken av selvhjelpsteknikker kan ses på som en måte å prøve å bevare ens identitet og selvstendighet, men for pasienter med symptomer på hjerteinfarkt er det viktig å presisere at selvhjelpsteknikker vil kunne føre til en uheldig forsinkelse i søken etter kyndig medisinsk hjelp.

5.2.3 Frykt for å belaste andre

Funn fra litteraturstudien tyder på at pasienter venter i det lengste med å oppsøke hjelp fordi de ikke vil være til bryderi for sine nærmeste. Ved å meddele sitt ubehag til pårørende fryktet de at de ville bli oppfattet som en byrde ovenfor familien. Bakgrunnen for dette kan være som Solvoll (2011) påpeker at ønsket om å være et selvstendig individ ligger dypt forankret i mennesket. Ved å holde ubehaget for seg selv eller benekte at det finnes, vil de heller ikke overføre den emosjonelle belastningen til andre. Pårørende opptrådte som en barriere for at pasienten skulle søke hjelp. Gjennom arbeidet med analyseringen av forskningsartiklene fikk vi ikke direkte inntrykk av at familien opptrådte som en sterk motivasjon for å søke hjelp, selv om vi tenker at det er nærliggende å tro det.

Først når ubehaget ikke er til å holde ut, tar de kontakt med sine nærmeste. En persons familiære, følelsesmessige tilknytning til andre tenker vi burde være en sterk motivasjon for å søke medisinsk hjelp. Noen personer rammet av hjerteinfarkt innser kanskje ikke at situasjonen i ytterste konsekvens kan påvirke den rammedes eksistens.

Som tidligere påpekt, kommer pasientene etterhvert i en fase der de ikke klarer å håndtere situasjonen på egenhånd og føler de mister kontroll over situasjonen. Funn fra studien viser at svært mange pasienter tar kontakt med pårørende før de endelig tar kontakt med helsevesenet. Dette blir på mange måter et forlengende mellomledd for å raskt kunne søke hjelp, men pårørende er som regel en viktig støttespiller og motivator for at den som er rammet av symptomene faktisk oppsøker hjelp. På bakgrunn av at pårørende ser ut til å være en nøkkelperson i denne sammenheng, ser vi det som viktig at sykepleier også retter sin helseopplysning til et vidt spekter av befolkningen, og ikke bare den eldre befolkningen eller de som er i risikogruppen.

Ut i fra våre funn viser det seg at pasientene vegrer seg for å ringe etter ambulanse når de opplever symptomer på hjerteinfarkt. Frykt for at de ikke var syke nok for å benytte ambulansen opptrådte som en barriere for å søke hjelp, i tillegg til at de ikke ønsket å være en belastning for sykehuset. Som en konsekvens av dette var det ikke uvanlig at pasienter ble fraktet med privattransport til sykehuset. I følge Jacobsen (2017) er den prehospital diagnostikken i ambulansen effektiv og god i de fleste deler av landet. Tendensen til å ta privattransport til sykehuset kan ses på som uheldig og få negative ringvirkninger for pasientens prognose. Ambulansen er en adekvat medisinsk enhet som kan ta prehospitalt EKG underveis og eventuelt frakte pasienten direkte til et sykehus med PCI-beredskap eller starte trombololysebehandling allerede i ambulansen. På bakgrunn av funn i vår litteraturstudie tenker vi at befolkningen bør få mer informasjon om dette, og at sykepleierne kan ha en sentral rolle i å meddele denne informasjonen til befolkningen.

Helseopplysning kan foregå på ulike arenaer, der sykepleier for eksempel kan oppsøke helselag i lokalsamfunnet, eller bruke sosiale medier til å nå ut til store deler av befolkningen. Helseopplysning bør også gå ut på å gi befolkningen informasjon og kunnskap om hvordan hjerteinfarkt kan utvikle seg med avvik fra klassiske symptomer. Man bør også prøve å belyse menneskers reaksjoner og handlingsmønster når man blir rammet av en akutt sykdom slik som hjerteinfarkt, i håp om at dette kan bidra til en

holdningsendring. I tillegg bør det understrekes at helsevesenet er til for å hjelpe alle som trenger helsehjelp, der hjerteinfarkt har en høy prioritet fordi konsekvensene av å gå ubehandlet kan være store.

Det er ikke til å komme utenom at helseopplysning vil koste penger, og at det kreves politisk vilje for å få dette gjennomført. Et eksempel for inspirasjon kan være kampanjen som har gått omkring diagnosen hjerneslag, der akutte konsekvenser som vanskeligheter med å prate, smile og løfte har blitt illustrert på en måte som gjør at befolkningen lettere vet hva de skal gjøre i situasjonen.

Som Mæland (2010) utdyper, kan man stille spørsmålsteget ved effekten av helseopplysningen. Undersøkelser av atferdsrettet helseopplysning har vist seg å ha varierende resultat. I tillegg kan helseopplysning bidra til å skape skyldfølelse og frykt hos noen pasienter. Funn fra litteraturstudien tyder på at det ikke er uvanlig at personer vegrer seg for å ta kontakt med helsepersonell på grunn av negative erfaringer og følelser knyttet til sin egen helse.

Gjennom arbeidet med vår litteraturstudie har vi derimot blitt bevisste på at opplysning rundt årsaker til forsinket beslutning ved symptomer på hjerteinfarkt, og de positive effektene av å komme tidsnok til behandling, veier tyngre enn de potensielle negative ulempene ved helseopplysningen. Å sette fokus på dette temaet vil være positivt for folkehelsen og kunne bidra til å forhindre at fatale hendelser oppstår.

6.0 Konklusjon

I litteraturstudien konkluderer vi med at pasienter med symptomer på hjerteinfarkt oppgir ulike årsaker som har påvirket deres beslutning om å søke medisinsk hjelp. Noen har ikke gjenkjent sine symptomer eller knyttet dem til hjertesykdom. For mange pasienter samstemte ikke deres erfarte symptomer med symptomene de forventet ville være fremtredende ved hjerteinfarkt. De knyttet symptomene til ufarlige tilstander de var kjent med fra før, og prøvde å håndtere symptomene på egenhånd gjennom selvmedisinering og selvhjelpsteknikker. Noen pasienter fornektet sine symptomer på bakgrunn av at de ikke følte seg som en del av risikogruppen. Pasientene ønsket ikke å være til bekymring for sine nærmeste eller til belastning for ambulanse og sykehus. Disse årsakene har bidratt til at pasientene bevisst eller ubevisst har ventet med å oppsøke hjelp for sine symptomer.

Ut i fra litteraturstudiens funn ser vi at sykepleiere og annet helsepersonell kan bidra med å spre kunnskap og informasjon rundt årsakene til at personer som opplever symptomer på hjerteinfarkt kan ha en tendens til å vente med å oppsøke hjelp. Å sette fokus på tematikken vil i seg selv kunne være forebyggende. Videre bør helseopplysningen basere seg på å understreke at symptomer på hjerteinfarkt kan fremtøne seg ulikt fra person til person, at menneskets mestringsatferd i truende situasjoner kan være uheldig for utfallet av situasjonen, og at helsevesenet er til for å hjelpe. Ved tilstrekkelig helseopplysning vil pasienter som opplever symptomer på hjerteinfarkt kunne se en sammenheng mellom sine symptomer og hjerteinfarkt, og dermed bruke mindre tid på å prøve å håndtere situasjonen på egenhånd gjennom selvhjelpsteknikker. Resultatet av et godt forebyggende helsearbeid vil kunne sørge for at pasienter kommer raskere til behandling, og dermed forbedrer prognosen og livskvaliteten i tiden etter hjerteinfarkt.

6.1 Anbefalinger for videre forskning

Etter vårt arbeid med denne litteraturstudien ser vi at det hadde vært interessant å undersøke effekten av økt helseopplysning hos befolkningen, og for å se om det faktisk fører til at pasienter velger å kontakte helsevesenet innen kortere tid. Noen pasienter dør før de kommer til behandling, på bakgrunn av dette hadde det vært interessant å undersøke de etterlattes tanker og erfaringer i forhold til den avdødes respons på å bli rammet av sykdom.

Referanseliste

- Coventry, Linda L, Johanna W Schalkwyk, Peter L Thompson, Scott A Hawkins, and Desley G Hegney. 2017. "Myocardial Infarction, Patient Decision Delay and Help-seeking Behaviour: A Thematic Analysis." *Journal of Clinical Nursing* 26, no. 13-14
- Cullberg, Johan, and Carl Hambro. 2007. *Mennesker I Krise Og Utvikling: En Psykodynamisk Og Sosialpsykiatrisk Studie*. 3. Utg., 3. Oppl. [i.e. Ny Utg.]. ed. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eikeland, Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland. 2016. «Sykepleie ved hjertesykdommer» I *Klinisk sykepleie*: 1, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 229- 276, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag
- Folkehelseinstituttet. 2017. "Dødsårsaksregisteret – statistikkbank". Lest 10.04.2018. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. 2014a. "Hjerte- og karsykdomer i Norge". Lest 10.04.2018. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/hjerte--og-karsykdommer-i-norge---f/>
- Folkehelseinstituttet. 2014b. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler». Lest 05.03.2018 <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gyberg, Anna, Lena Björck, Susanne Nielsen, Sylvia Määttä, and Kristin Falk. 2016. "Women's Help-seeking Behaviour during a First Acute Myocardial Infarction." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, no. 4: 670-677.
- Henriksson, C., B. Lindahl, and M. Larsson. 2007. "Patients' and Relatives' Thoughts and Actions During and after Symptom Presentation for an Acute Myocardial Infarction." *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, no. 4: 280-286.
- Herning, Margrethe, Peter R Hansen, Birgitte Bygbjerg, and Tove Lindhardt. 2011.

- "Women's Experiences and Behaviour at Onset of Symptoms of ST Segment Elevation Acute Myocardial Infarction." *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, no. 4: 241-247.
- Jakobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2017. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi. kap 1. 3.utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansson, Ingela, Anna Strömberg, and Eva Swahn. 2008. *Manageability, Vulnerability and Interaction: A Qualitative Analysis of Acute Myocardial Infarction Patients' Conception of the Event. Vol. 4. Særtrykk (Høgskolen I Molde: Trykt Utg.)*. Molde: Høgskolen I Molde, 200
- Jarlöv, Marianne B. 2000. "Psykosociala faktorer som påverkar beslutet att söka vård vid misstänkt hjärtinfarkt." I *Psykosociala perspektiv på kranskärslssjukdom*, red. Ewa Billing, 65-79. Sweden: Lund Studentlitteratur.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Stress og mestring» I *Grunnleggende Sykepleie: B. 3: Pasientfenomener Og Livsutfordringer*, red. Eli-Anne Skaug, 133-189. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lesneski, Lisa. 2008. "Factors Influencing Treatment Delay for Patients with Acute Myocardial Infarction." *Applied Nursing Research* 23, no. 4: 185-190.
- Løvlien, M., B. Schei, and T. Hole. 2007. "Prehospital Delay, Contributing Aspects and Responses to Symptoms among Norwegian Women and Men with First Time Acute Myocardial Infarction." *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, no. 4: 308-313.
- Mæland, John Gunnar. 2010. *Forebyggende Helsearbeid: Folkehelsearbeid I Teori Og Praksis*. 3. Utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalforeningen. 2017. "Hjerteinfarkt" Lest 21.04.2018
<https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjerteinfarkt/>
- Nicolaysen, Gunnar, Per Holck, Ansgar Berg, Deborah. Maizels, and Philip Wilson. *Kroppens Funksjon Og Oppbygning*. 2. Utg. ed. Vol. [5]. 37°C. Oslo: Gyldendal, 2014.
- Nielsen, Susanne, Kristin Falk, Anna Gyberg, Sylvia Määttä, and Lena Björck. 2015. "Experiences and Actions During the Decision Making Process Among Men With a First Acute Myocardial Infarction." *The Journal of Cardiovascular Nursing* 30, no. 4: 332-339.
- Noureddine, Samar, Nuhad Y Dumit, and Mohammad Saab. 2015. "Deciding to Seek

- Emergency Care for Acute Myocardial Infarction." *Clinical Nursing Research* 24, no. 5: 487-503.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.
- Nymark, Carolin, Anne-Cathrine Mattiasson, Peter Henriksson, and Anna Kiessling. 2014. "Emotions Delay Care-seeking in Patients with an Acute Myocardial Infarction." *European Journal of Cardiovascular Nursing* 13, no. 1: 41-47.
- Nymark, Carolin, Anne-Cathrine Mattiasson, Peter Henriksson, and Anna Kiessling. 2009. "The Turning Point: From Self-regulative Illness Behaviour to Care-seeking in Patients with an Acute Myocardial Infarction." *Journal of Clinical Nursing* 18, no. 23: 3358-3365.
- O'Donnell, Sharon K., and Debra Moser. 2012. "Slow-Onset Myocardial Infarction and Its Influence on Help-Seeking Behaviors." *The Journal of Cardiovascular Nursing* 27, no. 4: 334-344.
- Saczynski, Yarzebski, Lessard, Spencer, Gurwitz, Gore, and Goldberg. 2008. "Trends in Prehospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction (from the Worcester Heart Attack Study)." *The American Journal of Cardiology* 102, no. 12: 1589-1594.
- Solvoll, Betty-Ann. 2011. "Identitet Og Egenverd." I *Grunnleggende Sykepleie: B. 3: Pasientfenomener Og Livsutfordringer*, red. Eli-Anne Skaug, 15-36. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: P(ICO)-skjema

	P (pasient/problem)	<i>I</i> (Intervensjon/tiltak)	<i>C</i> (sammenligning)	O (utfall)
N o r s k	Hjerteinfarkt			Forsinke Beslutning Be om hjelp Atferd Prehospital forsinkelse
E n g e l s k	Heart attack Myocardial infarction			Help seeking behavior Decision delay Prehospital delay

Vedlegg 2: Oversiktstabell I forhold til søkehistorikk

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Myocardial infarction or heart attack	27.02.2018	CINAHL	35037			
2	Help seeking behavior or decision delay	27.02.2018	CINAHL	4334			
3	«Myocardial infarction or heart attack» AND «Help seeking behavior or decision delay or prehospital delay»	27.02.2018	CINAHL	218			
4	«Myocardial infarction or heart attack» AND «Help seeking behavior or decision delay or prehospital delay» Limiters – Published date: 01.01.2007- 27.02.2018; English Language; Peer Reviewed -----	27.02.2018 -----	CINAHL -----	107 -----	56 -----	10 -----	8 -----
1	myocardial infarction.mp. or exp Myocardial Infarction/	05.03.2018	Ovid Medline	213198			
2	heart attack.mp.	05.03.2018	Ovid Medline	3514			
3	help seeking behavior.mp. or exp Help-Seeking	05.03.2018	Ovid Medline	850			

	Behavior/						
4	decision delay.mp.	05.03.2018	Ovid Medline	31			
5	prehospital delay.mp.	05.03.2018	Ovid Medline	233			
6	1 or 2	05.03.2018	Ovid Medline	215025			
7	3 or 4 or 5	05.03.2018	Ovid Medline	1104			
8	6 and 7	05.03.2018	Ovid Medline	116			
9	limit 8 to (yr="2007 - Current" and english) -----	05.03.2018 -----	Ovid Medline -----	76 -----	43 -----	6 -----	4 -----
1	Myocardial infarction.mp. or exp Myocardial Infarctions/	07.03.2018	PsycInfo	3067			
2	heart attack.mp.	07.03.2018	PsycInfo	532			
3	help seeking behavior.mp.	07.03.2018	PsycInfo	3600			
4	decision delay.mp.	07.03.2018	PsycInfo	10			
5	prehospital delay.mp.	07.03.2018	PsycInfo	24			
6	1 and 2	07.03.2018	PsycInfo	92			
7	3 or 4 or 5	07.03.2018	PsycInfo	3632			
8	6 and 7	07.03.2018	PsycInfo	4			
9	limit 8 to (english language and yr="2007 - Current") -----	07.03.2018 -----	PsycInfo -----	3 -----	3 -----	3 -----	0 -----

Vedlegg 3: Oversiktstabeller over inkluderte artikler

Artikkel nr.1	
Forfattere	Coventry, Linda L. Johanna W van Schalkwyk. Peter L Thompson. Scott A Hawkins. Desley G Hegney.
År	2017
Land	Australia
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	<i>Myocardial infarction, patient decision delay and help-seeking behavior: a thematic analysis</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske pasientens beslutningsforsinkelse, symptomopplevelsen og faktorer som motiverte pasienter med hjerteinfarkt å oppsøke akuttmottak
Metode/Instrument	Kvalitativ studiedesign / semi-strukturert intervju. Intervjuene varte fra 15 til 20 minutter. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og det ble skrevet notater fra hvert intervju. Notatet ble ikke returnert til deltagerne for kontroll.
Deltager/frafall	<p>367 deltakere var kvalifisert. 255 pasienter deltok i undersøkelsen.</p> <p>9 pasienter ble ekskludert på grunn av at det ikke var første gangs innleggelse. 46 pasienter ble ekskludert fordi de ikke var samtykkekompetent, 38 pasienter ønsket ikke å delta.</p> <p>17 pasienter ble ekskludert på grunn av at det var umulig å kontakte dem. 3 pasienter døde. 2 pasienter ble ekskludert fordi de mistet samtykkekompetansen.</p> <p>Totalt 112 pasienter ble ekskludert.</p> <p>218 av dem ble intervjuet på sykehuset, 37 ble intervjuet på telefon etter utskrivelse.</p>
Hovedfunn	Å være alene og i ukjente omgivelser førte ofte til forsinkelse i å søke hjelp. Noen valgte å vente på at symptomene skulle gå over, eller vente til partner sto opp, eller

	<p>kom hjem.</p> <p>Mange pasienter kjente ikke igjen symptomene som et hjerteinfarkt, «ulikt noe tidligere opplevd».</p> <p>Noen opplevde midlertidige og snikende symptomer som varierte i intensitet, noe som kunne føre til forsinkelse på dager til uker.</p> <p>Noen få pasienter gjenkjente symptomene som hjerteinfarkt og ringte amulanse øyeblikkelig. Pasienter knyttet sine symptomer opp mot harmløse årsaker som f.eks fordøyelsesproblemer, halsbrann og influensa. De forsøkte selvhjelpsteknikker og selvmedisinering før de søkte hjelp.</p>
Etisk vurdering	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Sir Charles Gairdner Group Human Research Ethics Committee, Perth, Australia.</p> <p>Pasienter som var på sykehuset fikk utdelt skriftlig informasjon om studien. Pasienter som hadde reist hjem fikk skriftlig informasjon i posten.</p> <p>Skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakere og registrert.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Tidsskrift på Nivå 2 på nsd.no</p> <p>Sjekkliste for kvalitativ studie.</p>

Artikkel nr.2	
Forfattere	Gyberg, Anna. Lena Björk. Nielsen Susanne. Sylvia Määttä. Kristin Falk.
År	2016
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Science
Tittel	<i>Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å identifisere hvordan kvinners opplevelser påvirket beslutningen om å søke medisinsk hjelp ved deres første akutte hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerte intervju med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål knyttet til beslutningsprosessen.</p> <p>Intervjuene varte fra 25 til 140 minutter.</p>

	<p>Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker.</p> <p>10 ble intervjuet i hjemmet. 6 ble intervjuet før utskriving. 1 ble intervjuet på sykehuset etter utskriving.</p>
<i>Deltager/fracfall</i>	<p>17 kvinner, mellom 38 og 75 år, deltok i undersøkelsen. 8 var pensjonister og 9 jobbet deltid eller full tid.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall fra studien.</p>
<i>Hovedfunn</i>	<p>Endring i deres evne til å utføre daglige aktiviteter var kjernen i kvinnenes beslutningprosess i forhold til å søke hjelp. Kvinnene rapporterte om gjentakende, snikende og plutselig akselererende symptomer. Kvinnene stolte på sine gamle vaner og sin evne til å takle helseutfordringer. Til tross for sine symptomer følte kvinnene seg friske og sunne. De forklarte ofte symptomene med harmløse årsaker, ikke knyttet til hjertet, men heller tidligere diagnoser som leddgikt, gastritt, eller kols.</p> <p>Intensivering av symptomene fremskyndet kvinnenes avgjørelse om å søke hjelp, men så lenge symptomene var håndterbare, var det mulig å vente og håpe det skulle gå over. Tanken på å bli innlagt på sykehus førte til stresstanker, fordi kvinnene da ville bli forhindret i å fortsette med sitt daglige liv og aktiviteter. Når symptomer utviklet seg utover det gjenkjennbare og harmløse årsaker, ble kvinnene rammet av frykt, angst, usikkerhet, panikk og fremprovoserte eksistensielle tanker. Dette førte til rask beslutning om å søke hjelp.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	<p>Studien ble godkjent av Gøteborgs regionale etiske komité. Skriftlig og muntlig informasjon ble gitt før intervjuet, og de kunne trekke seg fra studien når som helst uten ytterligere forklaring. Deltagernes anonymitet ble ivaretatt og det var frivillig å delta. Om intervjuene førte til ubehag eller sterke følelser kunne deltakerne få profesjonell støtte og hjelp knyttet til dette.</p>
<i>Vurdering av kvalitet</i>	<p>Fagfellevurdert.</p>

	Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no. Sjekkliste for kvalitative studier.
Artikkel nr.3	
Forfattere År Land Tidsskrift	Henriksson, C., B. Lindahl, M. Larsson 2007 Sverige European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Patients' and Relatives' Thoughts and Actions During and after Symptom Presentation for an Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Målet med denne studien var å få en dypere forståelse av hvordan pasienter med akutt hjerteinfarkt og deres nærmeste pårørende tenker og handler under og etter symptominnsettelse.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer. Gruppene besto av pasienter som hadde hatt minst et akutt hjerteinfarkt og en slektning. Pasient og pårørende hadde adskilte gruppeintervjuer og var delt opp i kjønn. Kvalifiserte pasienter ble kontaktet enten personlig eller via telefon og informert om studien. De fikk også skriftlig informasjon om studien. Intervjuet fant sted i et konferanserom i nærheten av sykehuset. Intervjuet varte i en time og det ble tatt opp på bånd.
Deltager/fracfall	38 personer mellom 50 og 75 år som hadde gjennomgått akutt hjerteinfarkt de siste tre månedene ble invitert til å delta i studien. 11 av dem kunne ikke eller ønsket ikke å delta. De vanligste årsakene er problemer med transport til sykehuset eller at de allerede hadde brukt nok tid på sykehuset. En person ønsket ikke å bli tatt opp på lydbånd, 2 deltok ikke i intervjuet. 13 pasienter fra 56 til 73 år (9 menn og 4 kvinner) og 14 slektninger, total 27 personer deltok i studien.

Hovedfunn	<p>Pasientene følte ofte usikkerhet rundt opphavet til symptomene sine, men sterkere smerter gjorde det enklere å ta beslutningen om å søke hjelp. Noen av pasientene forsto at symptomene kom fra hjertet, andre mente symptomene hadde sin årsak i noe de hadde spist eller muskelstrekk, gastritt, gallestein, nyrestein eller allergisk reaksjon. Pasientene prøvde ofte å forklare symptomene med mindre alvorlige tilstander enn hjertet. Noen tenkte at symptomene var for milde til å være et akutt hjerteinfarkt, og assosierte det ikke til dette. Noen hadde holdninger som at hjerteinfarkt ikke ville ramme dem, og at det ville gå over. En rekke pasienter tok smertestillende eller medisin knyttet til magen eller fordøyelsen for å prøve å lindre smerten. Hvile var et annet tiltak for å prøve å håndtere ubehaget. Når symptomene ikke forsvant diskuterte de med sine nærmeste før de tok kontakt med helsevesenet. Noen pasienter var rolige til tross for smerten, mens andre opplevde frykt, angst og usikkerhet knyttet til situasjonen. Noen pasienter følte at de ikke kunne ringe ambulanse bare på grunn av litt mage eller brystsmerter. De ønsket ikke å forstyrre, noe som førte til at de ofte tok privattransport til sykehuset.</p>
Etisk vurdering	<p>Studien forholdt seg til prinsippene i «Declaration of Helsinki», og ble etisk godkjent av «Regional Medical Ethical Committee in Uppsala».</p> <p>Alle deltakerne ga informert samtykke til å delta i studien.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no.</p> <p>Sjekkliste for kvalitative studier.</p>

Artikkel nr.4	
Forfattere	Herning, Margrethe. Peter R. Hansen. Birgitte Bygbjerg. Tove Lindhardt.
År	2011
Land	Danmark
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Women's Experiences and Behaviour at</i>

	<i>Onset of Symptoms of ST Segment Elevation Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan kvinners tanker, motivasjoner og handlinger påvirket deres beslutninger i å søke medisinsk behandling når de opplevde symptomer i den akutte fasen av STEMI-infarkt.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie. Dybdeintervju med fenomenologisk tilnærming. Etter at pasientene hadde gitt muntlig og skriftlig samtykke til å delta ble intervjuene utført 1 til 6 dager etter symptomstart i kardiologisk sengepost. Intervjuene varte 20 til 30 minutter.
Deltager/fracfall	17 kvinner var kvalifisert til å delta i studien. 3 kvinner ønsket ikke å delta grunnet fatigue/tretthet. Totalt 14 kvinner deltok i studien. Inklusjonskriterier: Kvinne, bekreftet STEMI diagnose, kunne forstå dansk. Eksklusjonskriterier: Pasienter som fikk symptomer på hjerteinfarkt mens de var på sykehus, de med kognitive problemer og pasienter fra sykehjem.
Hovedfunn	Feiltolking av symptomer var vanlig. Forventninger til hvordan et hjerteinfarkt ville oppleves var forskjellige fra hvordan kvinnene faktisk opplevde symptomene. De var i den oppfatning at symptomene ville være mer dramatisk med knusende smerte i brystet, stråling ned i armer og tap av bevissthet. Generelt følte kvinnene at de ikke var i risikogruppen for å få et akutt hjerteinfarkt. De oppfattet at de var beskyttet av å være kvinne og sin sunne livsstil, eller assosierte ikke sine usunne vaner til risikoen for å få hjerteinfarkt. Denne typen tankegang forsinket tydelig prosessen med å søke hjelp etter symptominnsettelse. Pasienter tilskrev sine symptomer til harmløse årsaker som var fornuftige og

	<p>rasjonelle for dem. Å knytte symptomer opptil noe harmløst hadde en beroligende effekt som forsinket prosessen med å ta kontakt med helsevesenet.</p> <p>Når pasientene gjenkjente symptomene på hjerteinfarkt, ble ingen forsinkende selvbehandling forsøkt og pasienten selv eller pårørende tok kontakt med helsevesenet.</p> <p>Pasientene fryktet at det ville bli pinlig om det viste seg at symptomene deres bidro til falsk alarm i helsevesenet. Dette kunne bidra til at pasientene prøvde å håndtere situasjonen på egenhånd. De bagatelliserte sine symptomer.</p> <p>Tilstedeværelse av andre personer reduserte generelt forsinkelsen og de som levde alene uten nærfamilie hadde den lengste beslutningsforsinkelsen.</p> <p>Pasientene ønsket å ta hensyn til andre ved at de ikke ville være til ulempe, bekymring eller problem for dem.</p> <p>Pasientene prøvde å lindre symptomene og ubehaget gjennom selv-behandling med smertestillende eller ved å drikke kaldt vann.</p> <p>Det kunne være viktig for kvinner som levde alene å ha en plan på forhånd i tilfelle en nødsituasjon som hjerteinfarkt skulle oppstå.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	<p>Studien forholdt seg til prinsippene i «Declaration of Helsinki», og ble etisk godkjent av «Regional Committee for Scientific Ethics».</p> <p>Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon til deltagerne om studien, og at det var frivillig å delta og dataene skulle behandles konfidensielt. Deltakerne kunne trekke seg tilbake fra studien når som helst. Det ble understreket at dette ikke skulle få konsekvenser for videre behandling og omsorg.</p>
<i>Vurdering av kvalitet</i>	Fagfellevurdert.

	Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no. Sjekkliste for kvalitativ studie.
--	--

Artikkel nr.5	
Forfattere	Johansson, Inga. Eva Swahn. Anna Strömberg.
År	2008
Land	Sverige
Tidsskrift	European journal of cardiovascular nursing
Tittel	<i>Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan enkelte personer oppfatter variasjoner i symptomene på et akutt hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie / intervju Intervjuene varte mellom 25 og 80 min. Gjennomført i pasientens rom på kardiologisk sengepost. Intervjuene ble tatt opp på bånd.
Deltager/frafall	15 pasienter (9 menn og 6 kvinner), mellom 41 og 83 år deltok i studien. De som hadde prehospitalfase på mellom 15 min og 5 dager var inkludert i studien.
Hovedfunn	Deltagere beskrev klassiske symptomer på hjerteinfarkt, men også diffuse, vage og varierende symptomer som følelse av svakhet og trøtthet. Noen hadde fatigue og ubehag over brystet fra timer til dager på forhånd. Deltagere rapporterte at de prøvde å håndtere situasjonen på egenhånd, og at de prøvde å koble situasjonen til tidligere opplevde hendelser og lete etter forklaring på sine symptomer på bakgrunn av økende alder, smerte, eller trøtthet i etterkant av hardt arbeid. Noen deltagere var ikke klar for å møte trusselen øyeblikkelig og trengte tid for å la det synke inn, der de fornektet symptomene for å skaffe seg mere rom og tid. De håpte at symptomene ville gå over av seg selv. Selvhjelpsstrategier som selvmedisinering, hvile, massasje og inntak av væske ble forsøkt for å håndtere symptomene på

	<p>egenhånd. Pasientene innså at de hadde fått en uønsket akutt lidelse når symptomene forble konstante, gjenoppsto eller forverret seg i intensitet. Noe som førte til tap av kontroll. Symptomer relatert til hjertet førte til angst. Pasientene var i den oppfatning av at når hjertet ble rammet sto hele livet i fare. Angsten utviklet seg når strategier for å lette på symptomene ikke fungerte lenger. Angst så ut til å ha en sentral rolle både som forsvarsmekanisme som resulterer i forsinkelse, men også en trigger for å søke hjelp. Det kom til et punkt der situasjonen var uutholdelig og dette resulterte i kontakt med helsevesenet. Tilstedeværelsen av en annen person så ut til å påvirke den prehospitale fasen. Ansvar og bekymringer ovenfor familien forhindret pasientene fra å søke medisinsk hjelp. Pasientene ville unngå å være til bryderi eller bekymring for resten av familien. Noen fortalte ikke hvor alvorlig smertene deres var og klaget ikke over symptomer. De ignorerte symptomene fordi de følte at ansvaret for familien ikke kunne delegeres til noen andre. De var også redde for å forstyrre sykehuset og de så ikke på seg selv som syke nok til å ringe etter ambulanse. Å ringe ambulanse ville være en for drastisk handling, og deltagerne følte på at ambulanspersonellet hadde nok å gjøre. Deltagere uttrykte at de følte det ville være enklere å bli kjørt i privatbil enn ambulanse til sykehuset.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	<p>Studien ble godkjent av the regional Ethics Committee for Human Research ved Universitetet i Linköping, Sverige, og er i samsvar med prinsippene i Helsinkierklæringen.</p> <p>Alle intervjuer ble gjennomført etter 1 til 3 dager etter sykehusinnleggelse for å sikre at pasientene ble fysiologisk stabile og smertefrie.</p>
<i>Vurdering av kvalitet</i>	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no</p> <p>Sjekkliste for kvalitativ studie.</p>

Artikkel nr.6	
---------------	--

Forfattere År Land Tidsskrift	Lesneski, Lisa. 2010 USA Applied Nursing Research
Tittel	<i>Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Formålet med denne studien var å identifisere kognitive, sosiale og følelsesmessige faktorer som påvirket pasienter med behandlingsforsinkelse ved akutt hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvantitativ studie/ Spørreskjema ble brukt. «the Response to Symptoms Questionnaire» ble besvart av deltagerne og undersøkelsen består av 30 temaer som vurderer faktorer knyttet symptom innsettelse, pasientens respons på symptomene og responsen fra andre på symptomene. Deltagerne ble intervjuet av forskerne selv som leste spørsmålene og noterte svarene. Spørreskjemaet tok ca. 20- 30 minutter å fullføre. Forskere tok kontakt med pasienter mellom 24 og 72 time etter at de kom på avdelingen.
Deltager/fracfall	105 pasienter fra 33 til 89 år deltok i studien. Gjennomsnittlig alder var 64 år. Alle deltagerne var hvite. Inklusjonskriterier var: 18 år eller eldre; De måtte kunne lese, forstå og snakke engelsk. Opplevde symptomer på akutt hjerteinfarkt utenfor sykehuset. Bekreftet av lege om diagnosen er akutt hjerteinfarkt. Våken og orientert; smertefri; og villighet til å delta. Eksklusjonskriterier var: innlagt i akutt mottak fra sykehjem, behandlet i andre steder og, eller hadde hjerteinfarkt tidligere.
Hovedfunn	Tid fra symptominnsettelse til ankomst til sykehuset var gjennomsnitt 5,64 timer, og varierte fra 20 minutter til ca. 7 døgn. De fleste deltakere rapporterte at symptomer på akutt hjerteinfarkt først oppsto mens de var hjemme (71,4%). på

	<p>jobben (9,5%).</p> <p>72% av pasientene rapportert om angst når de først gjenkjente symptomene på akutt hjerteinfarkt og angstnivået var fra mildt (33,3%), moderat (20%), veldig (14,3%) og ekstremt (4,8%).</p> <p>Det var vanlig at deltagerne håpte og ba om at symptomene skulle gå over (34,3%).</p> <p>21% tok medisiner, 18% prøvde å slappe av og veldig få deltagere søkte hjelp øyeblikkelig.</p> <p>Ca. en tredje del av deltagerne trodde de hadde problemer med hjerte, 29,5 % av deltagerne trodde at de hadde problemer med fordøyelsen eller mageproblemer. 15% av deltagerne knyttet symptomene sine til muskelsmerter. Andre årsaker var fatigue luftveisproblemer eller influensa lignende symptomer.</p> <p>Deltakerne rapporterte om hvor alvorlige de trodde at de første symptomene var og hvor mye kontroll de hadde over symptomene.</p> <p>Nesten halvparten (46,7%) av deltakerne mente at de ikke hadde evne til å kontrollere symptomene.</p> <p>Når andre hørte om symptomene, var det vanlig å få deltakerne til å søke medisinske hjelp (32,4%), ringe nødhjelpstjenester (20%), eller hvile (9,5%).</p> <p>Kort prehospital forsinkelse ble sett hos pasienter som tenkte at symptomene var relatert til hjertet, de som ringte 113, de med høy smerteterskel og de som fortalte andre om sine symptomer. Langt prehospital forsinkelse ble sett hos de som oppholdt seg hjemme, hadde evne til å kontrollere symptomene og de som oppholdt seg på offentlig sted ved symptominnsettelse.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	Studien ble godkjent av «The institutional review board (IRB)» på sykehuset der

	<p>studien ble gjennomført.</p> <p>Potensielle deltakere ble bedt om å delta i studien og ble informert om at deltakelse var frivillig og at de kunne trekke seg tilbake fra studien når som helst. For å beskytte deltakerens identitet ble en numerisk identifikasjonskode brukt i stedet for deltakerens navn. Informert samtykke ble gitt til hver deltaker før gjennomføring av undersøkelsen.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no</p> <p>Sjekkliste for prevalensstudie.</p>

Artikkel nr.7	
Forfattere	Løvlien, M. B. Schei. T. Hole
År	2007
Land	Norge
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å vurdere kjønnsforskjeller ved prehospital forsinkelse hos norske kvinner og menn med førstegangs akutt hjerteinfarkt, deres respons på symptomene og aspektene som påvirker deres avgjørelse om å søke medisinsk hjelp.
Metode/Instrument	<p>Kvantitativ studie. Spørreundersøkelsen ble sendt til kvalifiserte deltagere 2 uker etter sykehusutskrivelse.</p> <p>Spørreundersøkelsen inneholdt 48 temaer som omhandlet pasient karakteristikk, medisinsk historie, opplevelser og respons på akutte symptomer i forkant av sykehusinnleggelse og prehospital forsinkelse.</p> <p>Spørreundersøkelsen ble utviklet av forskerne og basert på tidligere forskning</p>

	på temaet, en kvalitativ studie, en kvantitativ studie og en pilotstudie.
<i>Deltager/frafall</i>	<p>Av 738 kvalifiserte deltagere, svarte 533 på spørreundersøkelsen. 149 kvinner og 384 menn. Gjennomsnittlig alder var rundt 60 år.</p> <p>Deltagerne ble hentet fra 5 norske sykehus, 2 universitetssykehus og 3 distriktsykehus.</p> <p>Pasienter som fikk symptomer når de var innlagt eller kom fra annen helseinstitusjon ble ekskludert.</p> <p>Pasienter under 76 år, innlagt på kardiologisk sengepost med førstegangs hjerteinfarkt, STEMI eller NSTEMI ble invitert til delta i studien.</p>
<i>Hovedfunn</i>	<p>Selvmedisinering ble rapportert blant 33% av kvinnene og 25 % mennene. 19 prosent av kvinnene brukte smertestillende, 14 % av mennene.</p> <p>Nitroglyserin ble brukt 15 % kvinene vs 12% mennene. Andre selvhjelpsintervensjoner var å sette seg og legge seg, og dette ble rapportert hos halvparten av deltagerne.</p> <p>Mer enn halvparten av både kvinner og menn tok utelukkende kontakt med fastlege.</p> <p>26% kvinnene og 30% mennene ringte akutt nødnummer. 7% kvinene og 8 % mennene dro til sykehus med egen transport.</p> <p>Mer enn halvparten av pasientene ventet mer enn en time før de ringte medisinsk assistanse, og mer enn halvparten av pasientene hadde en totalt prehospital forsinkelse over to timer.</p> <p>Flere kvinner enn menn hadde en pasient forsinkelse mellom 2 og 6 timer. En veldig kort pasient forsinkelse under 30 minutter ble rapportert hos 24% av kvinnene og 28% mennene. Pasientforsinkelse over 24 timer ble rapportert hos 11% kvinene og 10 % mennene.</p>

	<p>Selvmedisinering særlig bruk av smertestillende, og konferering med ektefelle økte pasientforsinkelsen hos begge kjønn. Rask utvikling av symptomer som matchet pasientenes forventinger, reduserte pasientforsinkelsen hos begge kjønn.</p> <p>Å ta kontakt med medisinsk nødnummer reduserte totalt prehospitalet forsinkelse hos begge kjønn, mens å ringe fastlege økte den prehospitalet forsinkelsen.</p> <p>Symptomer fra muskel- og skjelettsystemet økte den prehospitale forsinkelsen.</p>
Etisk vurdering	<p>Undersøkelsen er i samsvar med prinsippene i Helsinki- erklæringen, og ble godkjent av «Regional Ethice Committee for medical Research in Norway».</p> <p>Pasientene fikk skriftlige og muntlige informasjon om studien og ga informert samtykke til deltagelse.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no Sjekkliste for prevalensstudie.</p> <p>I studien ble svarprosenten vurdert som noe lav, på 72%. Men forskerne har gjort rede for at de som ikke svarte på studien ikke skilte seg nevneverdig ut fra de som responderte på studien.</p>

Artikkel nr.8	
Forfattere	Nielsen, Susanne. Kristin Falk. Anna Gyberg. Sylvia Määttä. Lena Björk;
År	2015
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Experiences and Actions During the Decision Making Process Among Men With a First Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Målet med denne studien var å beskrive handlinger og opplevelser knyttet til prosessen med å søke medisinsk hjelp hos menn med førstegangs akutt hjerteinfarkt.

<p>Metode/Instrument</p>	<p>Kvalitativ studie / Intervju</p> <p>20 deltakerne ble intervjuet innen 3 dager etter innleggelse på avdelingen. 1 deltakeren ble intervjuet hjemme 7 dager etter utskrivelse.</p> <p>Intervjuene varte fra 30 til 70 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Demografiske egenskaper ble også samlet.</p>
<p>Deltager/frafall</p>	<p>21 menn, mellom 39 og 73 år deltok i studien. 11 hadde full eller deltids jobb. 10 var pensjonister. Deltakerne var fri til å bestemme sted og tid for intervjuet.</p> <p>Forskere screenet pasienter som kunne være mulige deltagere i kardiologisk sengepost 2 dager etter innleggelse. De som hadde symptomer og kliniske tegn, f.eks forandringer i EKG STEMI, økning i Troponin T, ble inkludert. Pasienter som ikke kunne snakke svensk, yngre enn 25 år eller eldre enn 75 år ble ekskludert.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Menn opplevde en rekke snikende og vage symptomer som de ikke knyttet opp til akutt hjerteinfarkt. Dette forårsaket usikkerhet med tanke på å tolke symptomenes alvorlighetsgrad og bidro til en motvilje til å søke medisinsk hjelp. Kjernekonseptet var 3 sammenhengende begreper: kroppslige forandringer, å opprettholde av det daglige livet og å søke etter svar. Symptomene hadde stor innvirkning på deltakernes motivasjon til å kontakte medisinsk behandling. Den avgjørende utløseren for å søke medisinsk hjelp, var en bevissthet om behovet for behandling, som skyldes deltakerens erfaring med sykdom og alvorlighetsgrad av symptomer. Bevaring av selvbilde ble ansett som viktig og det forsinket ytterligere beslutningsprosessen. Noen menn ønsket å bevare sitt sterke selvbilde ovenfor andre. Men søking av hjelp indikerte svakhet, sykdom og en risiko for å bli sett på som umandig. De ønsket å unngå oppmerksomhet og å være uavhengig av andre og helsevesenet. Å ringe en</p>

	ambulansse var pinlig og ville tiltrekke seg oppmerksomheten til naboer eller kollegaer. Å bevare sin integritet bidro ikke bare til å unngå følelser av svakhet, men også å ha en følelse av å ha kontroll, noe som førte forlenget beslutningsprosess. Noen menn ble overrasket da de skjønnte at de hadde hatt et akutt hjerteinfarkt. Fordi de betraktet seg som om de hadde en sunn livsstil eller som ikke gammel nok til å oppleve et hjerteinfarkt.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Gøteborgs etiske komité. Deltagerne kunne trekke seg fra studien når som helst uten noen konsekvenser. Deltagernes uttalelser ble kodet slik at pasientene ikke kunne identifiseres senere. Deltagerne fikk tilbud om rådgivningstimer dersom intervjuet fremprovoserte vonde minner og følelser.
Vurdering av kvalitet	Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no Sjekkliste for kvalitativ studie.

Artikkel nr.9	
Forfattere	Noureddine, Samar. Nuhad Y. Dumit.
År	Mohammad Saab.
Land	2015
Tidsskrift	Libanon Clinical Nursing Research
Tittel	<i>Deciding to Seek Emergency Care for Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan pasienter som opplevde akutt hjerteinfarkt besluttet å søke akutt medisinsk hjelp.
Metode/Instrument	Kvalitativ studiedesign Intervjuet varte mellom 20 og 30 minutter. Det ble tatt opp båndopptak. En måned etter utskrivelser ble pasienter på nytt intervjuet hjemmet for å validere eller bekrefte sammendrag av intervjuene som ble gjennomført på sykehuset.
Deltager/frafall	Total 50 pasienter mellom 36 og 81 år

	<p>deltok i undersøkelsen. For å få en omfattende beskrivelse, ble 22 vitner også intervjuet.</p> <p>Tilsammen var det 65 pasienter fra to forskjellige sykehuset kvalifisert til studien. Men 11 pasienter ønsket ikke å delta og 4 ytterligere pasienter ble ikke fulgt opp.</p> <p>Inklusjonskriterier: 21 år eller eldre. Fått diagnosen akutt hjerteinfarkt. Eksklusjonskriterier: Overført fra andre institusjoner, hadde kognitiv svikt, psykiatrisk sykdom.</p>
Hovedfunn	<p>Pasientene prøvde å finne svar på sine symptomer gjennom å knytte dem opp til tidligere erfaringer. De sammenlignet også symptomene med hvordan de forventet at et hjerteinfarkt skulle oppleves. Selv-diagnostisering og selv-behandling av dette var vanlig. Pasientene hadde "vente og se hva som skjer-holdninger" når symptomene var innenfor det tolererbare. De ønsket ikke å bekymre andre, særlig om natten. Tanker rundt sin familie ble til en barriere for å søke hjelp.</p> <p>Noen hadde mistillit til helsepersonell, og ville ikke bli behandlet av studenter og turnuser i akuttmottaket, noen hadde mistillit til sin fastlege.</p> <p>Da pasientene innså alvorligheten i sine symptomer og ikke lenger kunne tolerere ubehaget, tok de den endelige avgjørelsen med å søke hjelp.</p>
Etisk vurdering	<p>Studien ble godkjent av «The institutional review board (IRB)» fra begge sykehus der studien ble gjennomført.</p> <p>Skriftlig informert samtykke ble gitt fra hver deltaker og de ble intervjuet innen 72 etter dette.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no. Sjekkliste for kvalitativ studie.</p>

Artikkel nr.10	
Forfattere	Nymark, Carolin. Anne-Cathrine Mattiasson. Peter Henriksson. Anna

År Land Tidsskrift	Kiessling. 2014 Sverige European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Emotions delay care-seeking in patients with an acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Målet med denne studien var å få en dypere forståelse av pasientens tanker, følelser og handlinger i forkant av beslutningen om å søke medisinsk hjelp ved akutt hjerteinfarkt
Metode/Instrument	Kvalitativ studiedesign / semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene varte fra 25 til 45 minutter og ble tatt opp på bånd. Intervjuet ble gjort rundt 6 dager etter utskrivelser på et egnet sted på sykehuset der pasienten følte seg komfortabel.
Deltager/frafall	14 pasienter deltok i undersøkelsen. 10 menn og 4 kvinner. Mellom 39 og 86 år. Pasienter som hadde fått behandling for akutt hjerteinfarkt for første eller andre gang og som kan snakke og forstå svensk ble inkludert. Pasienter som var klinisk ustabile og/eller hadde kognitive problemer ble ekskludert.
Hovedfunn	Pasientene rapporterte svekkelse av følelser som angst, frykt, skam og maktesløshet. De forsøkte å opprettholde sitt sunne selvbilde og sin identitet, til tross for at de var rammet av et udefinert ubehag. Dette kombinert med at de strebet etter å beskytte andre mot å bli involvert, styrket barrieren for å søke hjelp. Pasienter nølte med å ta kontakt med ambulanse fordi de var usikker på om de var syke nok til å oppholde den. Noen måtte overvinne sin egen stolthet før de søkte medisinsk hjelp. Pasientene følte seg for ung til å bli rammet av et hjerteinfarkt, overbevist om at et hjerteinfarkt ikke kunne ramme dem. Pasientene prøvde å døyve det vedvarende ubehaget ved å knytte det til årsaker som var

	ufarlige. Symptomer var mangfoldig, og det var et misforhold mellom deres ubehag og hva et hjerteinfarkt er. Frykt for å være en skremmende byrde og bekymring for ektefelle, venner og kolleger.
Etisk vurdering	Undersøkelsen ble dannet etter prinsippene i «Declaration of Helsinki», og ble etisk godkjent av «Regional Ethical Review Board in Stockholm, Sweden». Alle deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. Studien var anonymisert, og det var frivillig deltagelse. Deltagerne kunne trekke seg når som helst i løpet av studien og det skulle ikke gå ut over videre behandling.
Vurdering av kvalitet	Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 2 på nsd.no. Sjekkliste for kvalitativ studie.

Artikkel nr.11	
Forfattere	Nymark, Carolin, Anne-Cathrine Mattiasson, Peter Henriksson, and Anna Kiessling.
År	2009
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	<i>The Turning Point: From Self-regulative Illness Behaviour to Care-seeking in Patients with an Acute Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive den hjelpesøkende prosessen fra begynnende symptom til beslutning om å søke medisinsk hjelp hos pasienter med akutt hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie / Fokusgruppediskusjon. Fem fokusgrupper med 3-4 deltakere som hadde hatt et nylig akutt myokardinfarkt, deltok på en åpen diskusjon. Moderatorens rolle var å sette diskusjonen i gang, høre, oppmuntre og forme og avrunde diskusjonen. Assistent moderatorens rolle var å observere, notere, og spørre tilleggs spørsmål. Deltakerne ble invitert til studien av hovedforskeren innen 3-5 dager etter at deltakerne ble innlagt. Innen to uker etter

	<p>utskrivelse fra sykehuset ble det bestemt en tid for deltakelse gjennom en telefonsamtale fra hovedforskeren. Diskusjonen foregikk på sykehuset i en nøytral setting der deltakerne føle seg komfortable. Hver gruppens diskusjon varte i ca. 1 til 2 timer.</p>
<i>Deltager/fracfall</i>	<p>Det var 7 kvinner og 8 menn, mellom 40-74 år inkludert i studien. De ble behandlet for deres første eller andre akutt hjerteinfarkt og de søkte medisinsk behandling innen tre eller etter åtte timer fra første symptomer som angitt i pasientens registrering. De kunne snakke og forstå svensk, følte seg relativt bra, og hadde vilje til å delta. De som var klinisk ustabile og/eller med kognitive problemer ble ekskludert.</p>
<i>Hovedfunn</i>	<p>Pasientene beskrev varierende symptomer, der smerten varierte i intensitet, lokalisasjon og varighet. Pasienter med tidligere opplevelser beskrev nåværende smerter som mer intense og annerledes. Pasientene hadde vanskeligheter med å forstå og tolke ubehaget og skille ubehaget fra mer alvorlig sykdom. De hadde problemer med å relatere ubehaget til hjertet. «I felt in a way that i never felt before». Helsetrusselen ble heller relatert til årsaker av tidligere erfaring som stress, astma, gastritt, mageproblemer, forkjølelse eller influensa, flått-bitt, vond rygg eller angina pectoris. Symptomer som var utydelige og milde gjorde at pasientene klarte å håndtere dem selv. Ingen av pasientene hadde konferert med ektefelle, kolleger eller venner når det gjelder symptomene. Pasientene kjente på følelser som angst, frykt og nervøsitet i relasjon til de opplevde symptomene. Skremmende når symptomene er lokalisert i hjertetområdet eller at smertene ikke gir seg til tross for hvile. «When I woke up and still had pain without having exerted myself, then i became worried and felt that I should contact medical assistance». Pasientene prøvde forskjellige selvhjelp strategier som å legge seg, spise, puste godt inn og ut, gå en tur, ta bil i stedet for sykkelen til jobb,</p>

	<p>vente på at symptomene skulle avta. De prøvde å motvirke symptomene med smertestillende, aspirin eller økt inntak av væsker. Symptomene ble knyttet til harmløse årsaker, og en blanding av ønsketenkning om at symptomene ville gå over og fornektelse av dem var vanlig. «Oh, it will pass; it is just pressure». Pasientene tenkte at symptomene vil gå over og at hjerteinfarkt bare rammer andre. «It happens to others, but not me». I utgangspunktet trodde de ikke at symptomene kunne komme fra hjertet, fordi symptomene ikke gav mening eller var uforståelig for dem. Når de mistenkte at årsaken var relatert til hjertet prøvde de å fornekte det. «It cannot be the heart..». Pasientene ville ikke bekymre eller plage andre, f. eks sin familie. «I dont want to call my family and trouble them.» De tenkte at sine symptomer ikke var alvorlig nok for å søke hjelp og ringe ambulanse. Og de tenkte på fryktet for at folk skulle se man bli plukket opp av ambulanse. Det var også antagelser eller fordommer om at medisinsk nødtelefon ikke ville kunne være til rådførende nytte. Pasientene fortsetter med selvhjelpsteknikkeur, som selvmedisinering og venting og hvile, helt til det kommer et punkt hvor det ikke går lenger. Ved vedvarende og økende ubehag og smerte kom det et punkt hvor pasientene følte de mistet kontrollen over situasjonen og ikke klarte å håndtere den lenger, og tok selv kontakt med helsevesenet eller rådførte seg med familie, venner eller kolleger først.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	<p>Undersøkelsen ble dannet etter prinsippene i «Declaration of Helsinki; 1964», og ble etisk godkjent av «The Regional Ethical Review Board in Stockholm, Sweden».</p> <p>Informasjon om studien ble gitt muntlig og skriftlig. Før de ga sitt skriftlige samtykke, ble deltakerne enda en gang informert om deres rett til konfidensialitet og at de kan trekke seg tilbake fra studien når som helst.</p>
<i>Vurdering av kvalitet</i>	<p>Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 2 på nsd.no.</p>

	Sjekkliste for kvalitative studier.
--	-------------------------------------

Artikkel nr.12	
Forfattere År Land Tidsskrift	O'Donnell, Sharon. Debra K Moser. 2012 Irland Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	<i>Slow-Onset Myocardial infarction and Its Influence on Help-Seeking Behaviors</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å gjøre en grundig analyse av symptomopplevelsen ved hjerteinfarkt og beskrive pasientenes hjelpesøkende atferd knyttet opp mot symptomopplevelsen.
Metode/Instrument	Kvalitativ studiedesign / dybdeintervju, med klare kjernesporsmål samt tilleggs spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd og varte fra 35 til 56 minutter. Det ble gjennomført i et privat rom eller i et rolig område i kardiologisk sengepost.
Deltager/frafall	42 pasientene, 23 menn og 19 kvinner som møtte alle inkluderingskriterier og samtykket i å delta i studien. Inkluderte pasienter med bekreftet hjerteinfarktdiagnose, med kliniske EKG-forandringer og troponinstigning.
Hovedfunn	Basert på symptompresentasjon dannet forskerne to kategorier av hjerteinfarkt. Sakte innsettende hjerteinfarkt og hurtig innsettende hjerteinfarkt. Sakte innsettende hjerteinfarkt er preget av en gradvis innsettelse av milde symptomer, mens hurtig innsettende hjerteinfarkt innebærer plutselig utbrudd av alvorlige brystmerter. Flesteparten, 27/42 pasienter erfarte sakte innsettende hjerteinfarkt, og deres misforhold ift forventet og erfarte symptomer, førte til at de ikke relaterte symptomene til hjertet, noe som videre førte til forsinkelse i søken etter hjelp, ved at pasientene prøvde å kontrollere og håndtere symptomene alene på egenhånd. Pasientene i kategorien «hurtig innsettende hjerteinfarkt» gjenkjente raskt sine symptomer som mulig hjerteinfarkt, der de

	<p>fleste av 15/42, nådde sykehuset innen 90 min fra symptominnsettelse. Mens det kunne gå fra over 2 timer til flere dager hos de i kategorien sakte innsettende hjerteinfarkt.</p>
<i>Etisk vurdering</i>	<p>Undersøkelsen ble dannet etter prinsippene i «Declaration of Helsinki». Godkjenning for å gjennomføre studien ble mottatt fra «Faculty of Health Sciences Ethics Committee, University of Dublin, Trinity College» og etikkutvalget i hvert av de deltakende sykehusene.</p>
<i>Vurdering av kvalitet</i>	<p>Fagfellevurdert. Tidsskrift på Nivå 1 på nsd.no Sjekkliste for kvalitative studier.</p>

Vedlegg 4: Oversikt over tema og undertema med kilde til artikkel

Hovedtema er skrevet med fet skrift.

Undertema er skrevet med normal skrift med tilhørende kilde fra hvilken artikkel funnet er identifisert.

Symptomoppfatning	
Utydelige symptomer	(Coventry et al. 2017) (Henriksson et al. 2007) (Herning et al. 2011) (Nielsen et al. 2015) (Noureddine et al. 2015) (Nymark et al. 2014) (Nymark et al. 2009) (O'Donnell og Moser 2012)
Erfarte symptom vs forventede...	(Herning et al. 2011) (Nielsen et al. 2015) (Noureddine et al. 2015) (Nymark et al. 2014) (O'Donnell og Moser 2012)
Selvdiagnostisering - harmløse årsaker	(Herning et al. 2011) (O'Donnell og Moser 2012) (Coventry et al. 2017) (Nymark et al. 2009) (Gyberg et al. 2015) (Nymark et al. 2014) (Lesneski 2010) (Henriksson et al. 2007)
Kraftige symptomer – rask beslutning	(Coventry et al. 2017) (Henriksson et al. 2007) (Herning et al. 2011) (Johansson et al. 2008) (Noureddine et al. 2015) (Nymark et al. 2009) (O'Donnell og Moser 2012)
Vendepunktet	(Noureddine et al. 2015) (Gyberg et al. 2016) (Nielsen et al. 2015) (Herning et al. 2010)
Selvhjelpsteknikker	
Fornektelse (Rammer ikke meg, stole på seg selv, Sunn og frisk.)	(Coventry et al. 2017) (Gyberg et al. 2016) (Henriksson et al. 2007) (Herning et al. 2011) (Johansson et al. 2008) (Nielsen et al. 2015) (Nymark et al. 2014) (Nymark et al. 2009)
«Wait and See» - holdning	(Coventry et al. 2017) (Gyberg et al. 2016) (Henriksson et al. 2007) (Johansson et al. 2008) (Lesneski 2008) (Lesneski 2008) (Noureddine et al. 2015) (Nymark et al. 2009)
Selvmedisinering	(Coventry et al. 2017) (Henriksson et al. 2007) (Herning et al. 2011) (Johansson et al. 2008) (Lesneski 2008) (Løvlien et al. 2007) (Nymark et al. 2009) (O'Donnell og Moser 2012)
Hvile	(Coventry et al. 2017) (Henriksson et al. 2007) (Johansson et al. 2008) (Lesneski 2008) (Løvlien et al. 2007) (Nymark et al. 2009)
Væske	Coventry et al. 2017) (Herning et al. 2011)

	(Johansson et al. 2008) (Nymark et al. 2009) (Nielsen et al. 2015)
Frykt for å belaste andre	
Engstelig for å bekymre familien	(Coventry et al. 2017) (Nymark et al. 2014) (Nymark et al. 2009) (Herning et al. 2011) (Johansson et al. 2008) (Noureddine et al. 2015) (Nielsen et al. 2015)
Kontekst	(Noureddine et al. 2015) (Coventry et al. 2017) (O'Donnell og Moser 2012)
Pinlig eller ikke syk nok for ambulanse/sykehus	(Henriksson et al. 2007) (Johansson et al. 2008) (Nymark et al. 2009) (Nymark et al. 2014) (Nielsen et al. 2015) (Herning et al. 2011) (Noureddine et al. 2015)
Tendens til å ta privattransport til sykehus	(Coventry et al. 2017) (Henriksson et al. 2007) (Johansson et al. 2008) (O'Donnell og Moser 2012)
Negative forventninger erfaringer med helsepersonell	(Nymark et al. 2014) (Noureddine et al. 2015) (Nielsen et al. 2015)