

BSYBAC-6

Bacheloroppgave i Sykepleie

“Women Are Not Small Men”

- *en litteraturstudie om kjønnsforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt.*



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 30.01.24)

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Kvinner og menn opplever betydelige forskjeller i helsestatus og sykdomsrisiko som krever økt forståelse av kjønnsperspektivet for å oppnå likeverdige helsetjenester. Til tross for økt kunnskap om kvinners helse, påvirker ikke dette i tilstrekkelig grad utformingen av helsetjenester, noe som understreker behovet for å adressere disse forskjellene.

Hensikt:

Oppgaven har som mål å øke forståelsen blant sykepleiere om hvordan hjerteinfarkt manifesterer seg hos kvinner og menn, samt viktigheten av en kjønnsspesifikk tilnærming i behandling. Gjennom å fokusere på pasientperspektivet, ønsker oppgaven å bidra til tidligere oppdagelse og bedre behandling av hjerteinfarkt hos kvinner.

Metode:

En litteraturgjennomgang av seks forskningsartikler ble gjennomført for å undersøke forskjellene i utredning og behandling av hjerteinfarkt mellom kvinner og menn. Eksisterende kunnskap om kjønnsspesifikke forskjeller i symptomer og behandling av hjerteinfarkt ble identifisert og sammenfattet gjennom systematisk analyse av relevant forskning.

Resultater:

Signifikante kjønnsforskjeller ble funnet i symptompresentasjon, triagering, diagnostikk, behandling, komplikasjoner og risikofaktorer ved hjerteinfarkt. Kvinner opplever ofte atypiske symptomer og blir underdiagnostisert, noe som kan føre til forsinket behandling og høyere dødelighet. Dette understreker behovet for en kjønnsspesifikk tilnærming i behandling av hjerteinfarkt.

Nøkkelord:

Kjønnsspesifikke helseforskjeller, likeverdige helsetjenester, symptompresentasjon, behandling, kjønnsspesifikk tilnærming, kvinneperspektiv i hjertehelse, forbedret pasientomsorg.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | INNLEDNING | 5 |
| 1.1 | BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA..... | 5 |
| 1.2 | PROBLEMFORMULERING..... | 5 |
| 1.3 | HENSIKT..... | 6 |
| 2.0 | TEORIKAPITTEL | 7 |
| 2.1 | HJERTEINFARKT..... | 7 |
| 2.1.1 | <i>Patofysiologi og årsaksfaktorer</i> | 7 |
| 2.1.2 | <i>Symptomer</i> | 8 |
| 2.1.3 | <i>Klassifikasjon</i> | 8 |
| 2.1.4 | <i>Retningslinjer for diagnostikk og behandling</i> | 10 |
| 2.2 | SYKEPLEIERS FUNKSJON..... | 11 |
| 2.2.1 | <i>Sykepleiers funksjonsområder</i> | 11 |
| 2.2.2 | <i>Sykepleiers observasjonskompetanse og kunnskapsgrunnlag</i> | 12 |
| 2.3 | ETIKK OG JURIDISKE RAMMER..... | 12 |
| 2.4 | FLORENCE NIGHTINGALE SYKEPLEIETEORI..... | 13 |
| 3.0 | METODE | 15 |
| 3.1 | HVA ER METODE?..... | 15 |
| 3.2 | INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT..... | 15 |
| 3.3 | SØKEPROSESS..... | 16 |
| 3.3.1 | <i>Valg av søkestrategi</i> | 16 |
| 3.3.2 | <i>Valg av databaser</i> | 17 |
| 3.3.3 | <i>Valg av søkeord</i> | 18 |
| 3.3.4 | <i>Valg av artikler</i> | 18 |
| 3.4 | ANALYSE AV ARTIKLER..... | 20 |
| 4.0 | RESULTATER | 22 |
| 4.1 | SYMPTOMPRESNTASJON OG TRIAGERING..... | 22 |
| 4.2 | DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING..... | 23 |
| 4.3 | KOMPLIKASJONER OG PASIENTRAPPORTERTE HELSERELATERTE UTFALL (PRO)..... | 24 |
| 4.4 | KOMORBIDITET OG RISIKOFAKTORER..... | 25 |
| 5.0 | DISKUSJON | 27 |
| 5.1 | METODEDISKUSJON..... | 27 |
| 5.1.1 | <i>Integrativ litteraturoversikt som metode</i> | 27 |
| 5.1.2 | <i>Kvantitativ metode som metode</i> | 27 |
| 5.1.3 | <i>Geografisk tilnærming</i> | 28 |
| 5.1.4 | <i>Studiens forfattere</i> | 28 |
| 5.1.5 | <i>Studiens deltakere</i> | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2 RESULTATDISKUSJON..... | 29 |
| 5.2.1 Symptompresentasjon og triagering | 29 |
| 5.2.2 Diagnostikk og behandling | 30 |
| 5.2.3 Komplikasjoner og pasientrapporterte helserelaterte utfall (PRO)..... | 31 |
| 5.2.4 Komorbiditet og risikofaktorer | 32 |
| 5.2.5 Konklusjon | 33 |
| 6.0 RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS | 34 |
| 6.1 STYRING AV SYKEPLEIERS KUNNSKAP OG BEVISSTHET | 34 |
| 6.2 FORBEDRING AV TVERRFAGLIG SAMARBEID | 34 |
| 6.3 ØKT FOKUS PÅ PASIENTOPPLÆRING OG EGENOMSORG | 34 |
| 6.4 IMPLEMENTERING AV KJØNNSBEVISSTE RETNINGSLINJER..... | 35 |
| 6.5 KONTINUERLIG FORSKNING OG KVALITETSFORBEDRING | 35 |
| 7.0 LITTERATUR..... | 37 |
| 8.0 VEDLEGG | 41 |
| 8.1 VEDLEGG 1. SØKELOGG | 41 |
| 8.2 VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE..... | 42 |

Antall ord: 7882

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kjønn spiller en avgjørende rolle innen helse, med betydelige forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder livsstil og påvirkning av sykdom. For å sikre likeverdige helsetjenester, er det nødvendig å anerkjenne dette kjønnsperspektivet.

I 2021 ble Kvinnehelseutvalget etablert av regjeringen med mål om å utarbeide en rapport om kvinners helse fra et kjønnsperspektiv. En kunnskapsoversikt ble presentert i mars 2023 gjennom Helse- og omsorgsdepartementets rapport, som avslørte et økt behov for å anerkjenne kjønnets betydning for helse (NOU 2023; 5, s. 13).

Selv om dagens kunnskap om kvinners kjønnsforskjeller innen helse har økt betydelig de siste 20 årene, mener eksperter at oppdatert kunnskap om kjønnsperspektiver ikke i tilstrekkelig grad påvirker utformingen av helsepolitikk, levering av helsetjenester og informasjon til befolkningen (NOU 2023; 5. s. 15). Dette indikerer en manglende «kunnskapsbro» på alle nivåer, som også støttes av en svensk studie fra 2015. Studien viser at kvinner nøler med å søke medisinsk hjelp ved hjerteinfarkt, delvis på grunn av manglende forståelse av symptomenes alvor (Gyberg et.al, 2015, s.675). Mangelen på tilstrekkelig forskning innen kvinnehelse ble påpekt allerede i 1999 gjennom NOU-en *Kvinnes helse i Norge* (Hafstad, 2023, s.5). Den begrensede forståelsen for kjønn i helse- og omsorgssektoren står i kontrast til regjeringens erklærte satsing på kvinnehelse.

1.2 Problemformulering

Kjønn spiller en betydningsfull rolle i vår biologi gjennom genetiske, epigenetiske og hormonelle mekanismer, med implikasjoner for helsen og sykdomsrisiko gjennom livsløpet. Genetiske og hormonelle forskjeller påvirker den biologiske sårbarheten for sykdomsutvikling (Mauvais-Jarvis et. al. 2020, s. 565). Dessverre opplever kvinner ofte dårligere behandling for visse sykdommer, hvor hjertesykdom er et tydelig eksempel (Hafstad, 2023, s.5).

I min bacheloroppgave retter jeg fokus mot kjønnsforskjeller i utredning og behandling av sykdom, med spesifikt fokus på hjerte- og karsykdommer. Jeg vil undersøke forskjellene i utredning og behandling av hjerteinfarkt.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å formidle essensiell kunnskap til sykepleiere om identifisering og behandling av hjerteinfarkt hos kvinner. Gjennom en vektlegging av pasientperspektivet, spesielt med hensyn til forskjeller i symptompresentasjon og behandling mellom kjønn, har oppgaven som mål å øke bevisstheten blant helsepersonell. På den måten håper jeg å bidra til tidligere oppdagelse og forbedret behandling av hjerteinfarkt hos kvinner. Jeg ønsker å fremheve behovet for en kjønns spesifikk tilnærming til denne alvorlige medisinske tilstanden. Som forsker og forfatter Stacy Sims påpekte i sin TEDx-talk, vil jeg understreke at;

«Women are not small men».

(Sims, 2019, 13:03)

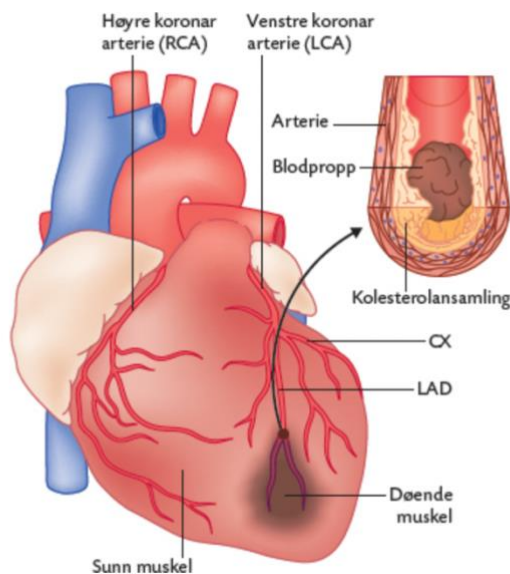
2.0 TEORIKAPITTEL

Teorikapittelet utforsker generelle aspekter ved hjerteinfarkt og sykepleiepraksis, som ikke nødvendigvis tar hensyn til kjønnsforskjeller. Innledningsvis tar jeg for meg patofysiologien, klassifiseringen og gjeldende retningslinjene for hjerteinfarkt. Deretter utforskes generelle sykepleieteoretiske prinsipper og observasjonskompetanse.

2.1 Hjerteinfarkt

2.1.1 Patofysiologi og årsaksfaktorer

Hjerteinfarkt oppstår når myokardceller går til grunne på grunn av utilstrekkelig blodtilførsel, kjent som iskemi. De nekrotiserte muskelcellene erstattes av bindevev, og gjenoppretting av normal hjertemuskelatur er ikke mulig. Tapet av hjertemuskelceller fører til økt arbeidsbelastning på gjenværende celler. Dersom belastningen blir for stor, kan hjertet ikke lenger pumpe tilstrekkelig med blod, noe som kan føre til hjertesvikt og økt risiko for livstruende hjerterytmeforstyrrelser (Bach-Gansmo & Ørn, 2022, s.158).



Figur 1. «Hjerteinfarkt er en tilstand der en del av hjertemuskelen nekrotiserer på grunn av manglende arteriell blodtilførsel. I denne illustrasjonen er det en total avstengning av blodsirkulasjonen på grunn av en blodpropp i en koronar arterie. Den delen av hjertemuskelen som forsynes med blod fra den tilstoppende arterien, vil dø som følge av oksygenmangel dersom arterien ikke åpnes igjen i løpet av kort tid» (Bach-Gansmo & Ørn, 2022, s.158).

Hjerteinfarkt utvikles primært som følge av endringer i kransarterieveggen, som forsyner hjertemuskelen med blod. Aterosklerosen utvikler seg gradvis og ender opp som en kronisk betennelsesprosess. Denne prosessen involverer fettholdige betennesceller, kalt makrofager,

tilstrømming av ulike hvite blodceller, produksjon av kjemisk aktive signalstoffer og vekst av glatte muskelceller med produksjon av mellomcellesubstans. Dette fører til innsnevring av årenes hulrom og legger grunnlaget for angina pectoris* ved økt oksygenbehov (Andersen et. al, 2018).

Hjerteinfarkt oppstår typisk når et arteriosklerotisk plakk i arterieveggen brister, og det underliggende vevet blir eksponert for og kommer i direkte kontakt med det strømmende blodet. Dette utløser umiddelbar aktivering av trombocytter og koagulasjonssystemet, med dannelse av en lokal trombe. Dersom denne utvikler seg og blokkerer hele arteriens hulrom, stanser blodtilførselen, og den delen av hjertemuskelcellen som skulle forsynes av denne arterien, utvikler nekrose, og pasienten har et hjerteinfarkt (Andersen et. al, 2018).

2.1.2 Symptomer

Symptomene på et hjerteinfarkt omfatter typisk en klemmende smerter sentralt i brystet, med utstråling til hals, skulder og spesielt venstre arm. Kvalme, kaldsvette, åndenød og angst kan også følge smertene. Smertene kan også manifestere seg atypisk, som i den øvre mageregionen, ryggen, kjeven eller til og med pannen. Hjerteinfarkt kan også forekomme med kun åndenød som eneste symptom. Noen ganger presenterer hjerteinfarkt seg uten synlige symptomer, og diagnosen stilles i etterkant, for eksempel ved elektrokardiografi (EKG). Det er viktig å merke seg at en betydelig andel av pasienter, en tredjedel av kvinner og en fjerdedel av menn, ikke opplever bryst smerter ved akutt hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt oppstår vanligvis akutt, men kan forutgåes av økende angina pectoris dager eller uker før, signalisert som ustabilitet i et arteriosklerotisk plakk. Å identifisere en slik forløpertilstand, såkalt ustabil angina, er kritisk da moderne behandling kan forhindre utvikling av et hjerteinfarkt (Arnesen et. al, 2018).

2.1.3 Klassifikasjon

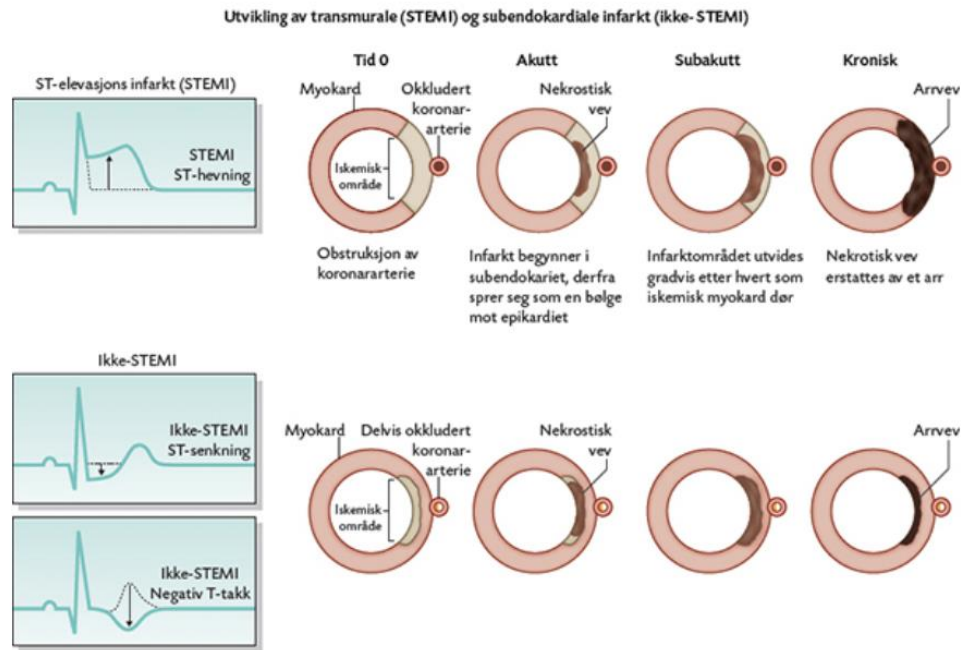
Hjerteinfarkt kategoriseres i to hovedtyper:

- Hjerteinfarkt uten elevasjon av ST-segmentet i EKG (non-STEMI/NSTEMI)
- Hjerteinfarkt med elevasjon av ST-segmentet i EKG (STEMI).

Ved akutt iskemi er det avgjørende å forhindre utvikling av hjerteinfarkt og minimere størrelsen på den permanente skaden. Iskemi påvirker primært den innerste delen av hjertemuskelen

* Hjertekrampe

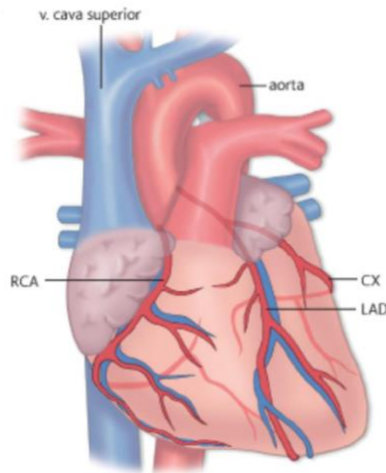
(subendokard), da dette området har minst blodforsyning og størst oksygenbehov. Delvis okklusjon av koronararterien resulterer i ST-senkning eller negativ T-takk på EKG, kjent som *ikke-ST-ElevasjonsMyokardInfarkt* (ikke-STEMI). Fullstendig okklusjon av en koronararterie fører til gjennomgående iskemi gjennom hele tykkelsen av hjertemuskelen, og dette viser seg som ST-heving på EKG, kjent som *ST-ElevasjonsMyokardInfarkt*. (STEMI). Se figur 2.



Figur 2. «Delvis okkludert koronararterie medfører mindre skade av myokard (ikke-STEMI). Fullstendig tilstopping av koronararterie (alvorlig STEMI-infarkt) medfører transmural iskemi, som gir en permanent skade i hele tykkelsen på myokard» (Bach-Gansmo & Ørn, 2022, s.159).

STEMI-hjerteinfarkt kan klassifiseres i fremvegg-, nedreveggs- og bakreveggsinfarkt, avhengig av hvilken affisert koronararterie (se figur 3).

- **Fremreveggsinfarkt** skyldes okklusjon av koronararterien LAD (left anterior descending artery). Tilstanden kan føre til redusert funksjon av venstre ventrikel og forstyrrelser i det ventrikulære ledningssystemet, med derav utvikling av tachykardier og tachyarytmier.
- **Nedreveggsinfarkt** skyldes okklusjon av koronararterien RCA (right coronary artery). Dette kan blant annet medføre bradykardier.
- **Bakreveggsinfarkt** skyldes okklusjon av koronararterien CX (circumflex artery). Tilstanden kan blant annet medføre rytmeforstyrrelser på grunn av affeksjon av sinus og AV-knuten (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 268-269).



Figur 3. «Koronararterienes hovedgrener; LAD, CX og RCA, med utgangspunkt i aorta»

2.1.4 Retningslinjer for diagnostikk og behandling

Retningslinjer evaluerer og oppsummerer tilgjengelig bevis med sikte på å hjelpe helsepersonell med å foreslå den beste diagnostiske eller terapeutiske tilnærmingen for en individuell pasient med en gitt tilstand (Buske et. al, 2023).

I samsvar med de oppdaterte retningslinjene fra European Society of Cardiology (ESC) fra 2023, skal helsepersonell, ved mistanke om hjerteinfarkt gjennomføre en triage-vurdering. Dette involverer å utføre et elektrokardiogram (EKG) for å identifisere abnormaliteter eller tegn på iskemi. Videre skal helsepersonell skaffe en målrettet klinisk historie for å vurdere den kliniske konteksten og gjennomføre en målrettet klinisk undersøkelse for å vurdere klinisk og hemodynamisk stabilitet. Basert på den første vurderingen, skal helsepersonell avgjøre behovet for umiddelbar invasiv behandling.

Pasienter med STEMI krever primær perkutan koronar intervensjon (PPCI) eller fibronlyse hvis PPCI ikke er mulig innen 120 minutter. Pasienter med NSTEMI med svært høy risiko, krever umiddelbar angiografi ± PCI hvis indisert. For NSTEMI-pasienter med svært høy risiko, anbefales poliklinisk angiografi innen 24 timer. En kombinasjon av antiplate- og antikoagulasjonsbehandling er indisert akutt for pasienter med hjerteinfarkt.

Retningslinjene betoner at flertallet av hjerteinfarktpasienter etter hvert skal gjennomgå revaskularisering, oftest med perkutan koronar intervensjon (PCI). Når den endelige diagnosen er fastsatt, er det viktig å implementere tiltak for å forhindre tilbakefall og optimalisere kardiovaskulær helse ifølge ESC. Dette inkluderer medisinsk terapi, livsstilsendringer og hjerterehabilitering, samt å ta hensyn til psykososiale faktorer (Buske, et. al, 2023).

2.2 Sykepleiers funksjon

2.2.1 Sykepleiers funksjonsområder

Sykepleie som yrke inneholder ulike definerte funksjoner og ansvarsområder, som er fastsatt i forskriften til Kunnskapsdepartementet (Kunnskapsdepartementet 2019 § 4, punkt b). Fem sentrale funksjoner er direkte pasientrettet og utgjør formålet med sykepleiepraksisen; helsefremming, forebygging, behandling, lindring og palliasjon og rehabilitering (Grimsbø et. al, 2021, s. 19).

Helsefremming handler om å styrke og ivareta ressursene for å fremme helse og velvære, både i individet og i omgivelsene (Grimsbø et. al, 2021, s. 19). Den forebyggende funksjonen omfatter reduksjon eller eliminering av sykdomsfremkallende faktorer og omfatter primærforebyggende[†], sekundærforebyggende[‡] og tertiærforebyggende[§] tiltak. Den behandlende sykepleiefunksjonen retter seg mot mennesker med akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt. Når pasientens problem ikke kan fjernes, vil lindring ha som mål *å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger av fysisk, psykisk og sosial eller åndelig karakter*. Å fremme menneskets opplevelse av velvære og trygghet er et viktig mål knyttet til den lindrende funksjonen. Rehabilitering og habilitering fokuserer på å styrke pasientens forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje. Alle tiltakene er rettet mot å styrke pasientenes ressurser og mestringskompetanse (Grimsbø et. al, 2021, s. 20-21).

[†] Tiltak som tar sikte på å forhindre at sykdom oppstår i utgangspunktet. De fokuserer på å redusere risikofaktorer og fremme helse gjennom endringer i miljøforhold, livsstil og levekår.

[‡] Tiltak som er rettet mot å oppdage sykdom eller risiko for sykdom så tidlig som mulig, selv før symptomer oppstår. Målet er å redusere konsekvensene av sykdom ved å fange den opp på et tidlig stadium og iverksette passende behandling eller intervensjoner.

[§] Tiltak som er rettet mot å begrense konsekvensene av allerede eksisterende sykdom eller funksjonshemninger for å forhindre ytterligere helseplager eller forverring av tilstand.

2.2.2 Sykepleiers observasjonskompetanse og kunnskapsgrunnlag

Florence Nightingale understreket betydningen av sykepleiers observasjonskompetanse, noe som også er vektlagt i sykepleierutdanningen (Grimsbø et al., 2021, s.59). For å identifisere et hjerteinfarkt er det kritisk at sykepleieren besitter god observasjonskompetanse.

Observasjon av pasienten innebærer å bruke sansene for å innhente informasjon om pasientens tilstand, også kjent som klinisk blikk. Fire forutsetninger er nødvendige for å utvikle observasjonskompetanse; evnen til å sanse og oppfatte, viljen til å være årvåken og varsom, teoretisk kunnskap om relevante fenomener, samt refleksjon over egne erfaringer (Grimsbø et. al, 2021, s.187).

Et velutviklet klinisk blikk gjør det mulig å oppfatte ikke bare det forventede, men også det nye og uventede. Sykepleier må opprettholde et undrende, spørrende og åpent blikk for å undersøke nærmere når noe ikke umiddelbart forstås. Denne tilnærmingen er avgjørende i sykepleiesituasjoner (Grimsbø et. al, 2021, s.189-190).

Observasjon bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Til tross for avansert monitoreringsteknologi i økende grad overvåker pasienter, er sykepleiers hender, øyne og ører fortsatt essensielle. Grunnleggende observasjonskompetanse ligger i oppmerksomhet for pasientens situasjon og evnen til å oppdage endringer. Kunnskap om anatomi, fysiologi, samt patofysiologiske prosesser og sykdom er grunnleggende for god observasjonskompetanse. Sykepleier må være oppmerksom på både pasientens subjektive opplevelse av sykdom og objektive kliniske tegn på forandring (Grønseth & Stubberud, 2022, s.10).

2.3 Etikk og juridiske rammer

Kunnskap om etiske prinsipper og retninger innenfor etisk teori er av generell relevans for å veilede riktige og gode handlinger i sykepleiesituasjoner (Grimsbø et. al, 2021, s. 183). Innen sykepleien er det fire fundamentale etiske prinsipper som sykepleiere må ta hensyn til, basert på Beauchamp og Childress` etiske rammeverk. De fire etiske prinsippene har betydelig innflytelse innenfor medisinsk etikk i både USA og Europa, inkludert Norge (Brinchmann, 2021, s. 84).

De fire etiske prinsippene er:

- **Velgjørenhet** – plikten til å handle til det beste for andre.
- **Ikke skade** – plikten til å unngå å påføre skade på andre.
- **Autonomi** – plikten til å respektere autonome personers beslutninger.
- **Rettferdighet** – plikten til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser rettferdig.

De fire etiske prinsippene er ikke hierarkisk ordnet; de anses som likeverdige og er ikke absolutte, men heller som prima fascie-prinsipper**. I situasjoner der det oppstår konflikt mellom prinsippene, må de ulike prinsippene avveies og balanseres i forhold til hverandre. Sykepleier må vurdere hva som er mest relevant i den konkrete situasjonen (Brinchmann, 2021, s. 85).

Forsvarlig praksis i sykepleien forutsetter tilstrekkelig kompetanse, og sykepleieren har en plikt til å utøve forsvarlighet i sitt arbeid, i tråd med helsepersonelloven. Dette innebærer å utføre arbeidet i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, basert på sykepleiers kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2011, §4). I tillegg har sykepleier ansvar for å systematisk forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven 1999, helse og omsorgsloven 2011, NSF 2019). God klinisk praksis kjennetegnes av bevisst vurdering og diskusjon om behovet for endringer eller kvalitetssikring i sykepleiers egen praksis (Grønseth & Stubberud, 2022, s.10).

2.4 Florence Nightingale sykepleieteori

Florence Nightingale vektla betydningen av at sykepleiere utviklet en grundig evne til klinisk observasjon. Hun hevdet at denne evnen var avgjørende for sykepleiers nytteverdi. Nightingale uttrykte følgende synspunkt:

«Det viktigste praktiske egenskap som kan gis sykepleiere, er å lære dem hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som indikerer bedring og hvilke som indikerer det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie».

** Moralske prinsipper som umiddelbart synes å være forpliktende eller rettferdige ved første øyekast.

(Nightingale red i: Grimsbø et al.,2021,s.186)

Hun betonte også at sykepleierens observasjoner ble nøyaktig dokumentert i rapporter til legen angående pasientens tilstand. Disse observasjonene var knyttet til pasientens nåværende tilstand og eventuelle endringer, med mål om å opprettholde pasientens liv og velvære. Selv om Nightingales beskrivelse reflekterer tidsperioden på midten av 1800-tallet, forblir de områdene sykepleiere har ansvar for å observere i dag i stor grad de samme. Kort oppsummert inkluderer sykepleiers observasjoners vurdering av pasientens tilstand relatert til grunnleggende behov og livsprosesser, og med mål om å fremme pasientenes helse og velvære (Grimsbø et. al, 2021, s. 186).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap»

Vilhelm Aubert (Aubert, 1969, s.200)

Min tilnærming til å utforske det jeg ønsker å studere er gjennom bruk av metode. Metoden fungerer som verktøyet mitt for å samle inn data, altså den informasjonen nødvendig for min undersøkelse (Dalland, 2020, s.54).

Valget av metode avhenger av problemstillingen. Det er hovedsakelig to typer forskningsmetoder; kvantitative og kvalitative. Kvantitative metoder gir målbare data, noe som muliggjør analyse av forekomster, gjennomsnitt og prosentandeler. På den annen side utforsker kvalitative metoder meninger, opplevelser og erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles. En distinksjon er at kvantitativ forskning søker å forklare et problem, mens kvalitativ forskning søker å forstå det (Dalland, 2020, s.52-53).

Denne oppgaven tar form som en integrativ litteraturstudie.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt som metode innebærer å utforske den aktuelle kunnskapsstatusen innenfor et spesifikt område innen sykepleie, enten det er relatert til praksis eller kompetanse (Friberg, 2022, s.185). Den systematiske gjennomgangen av eksisterende forskning gir innsikt i studier utført på dette området. Metoden kan ha ulike tilnærminger, inkludert generell og integrativ. Begge metodene krever grundig utvelgelse av artikler, og både kvantitative og kvalitative studier kan inkluderes (Friberg, 2022, s.196).

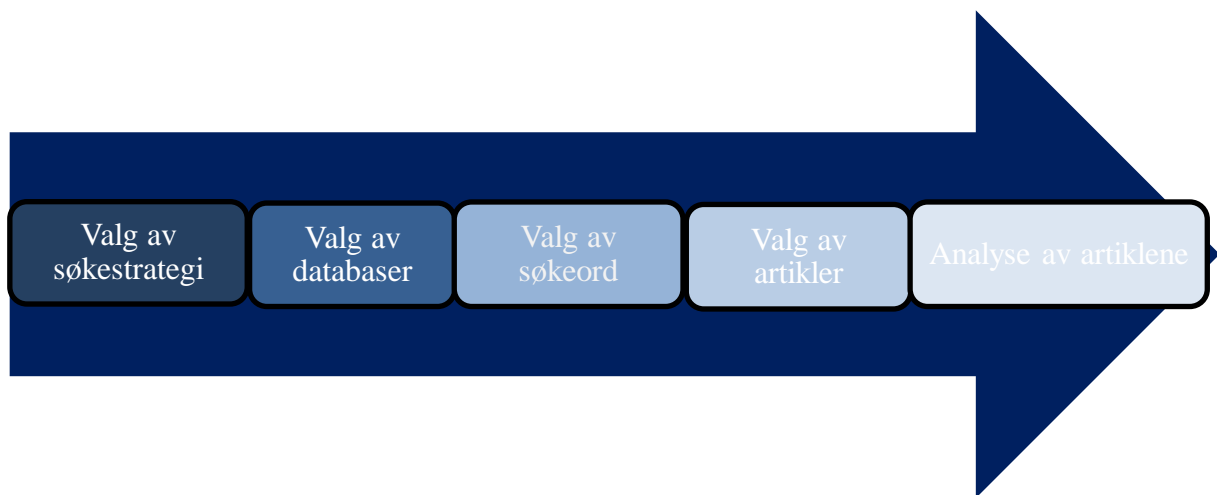
En integrativ litteraturoversikt, som denne oppgaven bygger på, går utover en generell oversikt ved å trekke egne konklusjoner og analysere innhentede data. Prosessen fokuserer på å identifisere underliggende mønstre og krever tolkning for å syntetisere^{††} kunnskapen grundig (Friberg, 2022, s. 196).

^{††} Oppbygging fra mindre enheter.

Ved å velge integrativ litteraturstudie, tar oppgaven ett skritt videre enn generelle litteraturstudier. Dette innebærer ikke bare generell datareduksjon, oversikt og sammenlikning, men også konklusjonsdannelse og verifisering. Metoden setter søkelys på å syntetisere resultater fra ulike studier til en ny helhet (Friberg, 2020, s.196). Gjennom disse studiene søker jeg innsikt i hvilken kunnskap sykepleiere bør ha for å identifisere og behandle hjerteinfarkt, uavhengig av kjønn. For å oppnå dette, har jeg bevisst valgt å fordype meg i den kvantitative forskningslitteraturen, som best egner seg for å belyse og utforske hensikten.

3.3 Søkeprosess

I figur 4 har jeg illustrert søkeprosessen, og vil nå gå inn på hvert steg av prosessen.



Figur 4. Søkeprosess.

3.3.1 Valg av søkestrategi

Jeg har benyttet strukturert litteratursøk som søkestrategi for å avgrense og klargjøre mitt undersøkelsesområde. Dette omfattet en systematisk begrensning av søket ved bruk av ulike kriterier som utgangspunkt (Dalland, 2020, s.148). Artikkene ble nøye utvalgt basert på forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å sikre datakvalitet, fulgte jeg metodologiske normer i henhold til retningslinjer gitt av Dalland. Dette innebærer at forskningsresultatene skal være i samsvar med virkeligheten, dataene skal være systematisk utvalgt og nøyaktig brukt, forskerens førforståelse skal klargjøres og at resultatene skal være kontrollerbare (Dalland, 2020, s.58).

I tillegg kombinerte jeg den strukturerte litteratursøkestrategien med gressing og snøballmetoden. Gressing involverte ustrukturert søking på nett og i bibliotekets digitale samlinger, mens snøballmetoden innebar å sjekke litteraturlisten i relevante bøker og artikler (Dalland, 2020, s.151). Disse metodene ble brukt for å utvide søket og finne relevante funn omkring temaet.

Pasientperspektivet danner utgangspunktet for å belyse oppgavens hensikt. For å sikre validitet, søkte jeg opprinnelig nordisk forskning innenfor en tiårsperiode. Validitet referer her til datamaterialets relevans for de problemstillingene som skal belyses (Grønmo, 2016, s. 241). Datamaterialets kvalitet er høyere jo mer velegnet materialet er til å belyse problemstillingen (Grønmo, 2016, s.237). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene fremgår av tabell 1.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Fagfellevurdert | |
| Publiseringsårstall 2013-2023 | Publisering tidligere enn 2013. |
| Engelsk og norskspråklige artikler | |
| IMRaD-struktur | |
| Geografisk ramme: hovedsakelig Europa | |
| Pasientperspektiv | Sykepleie- og pårørendeperspektiv |
| Pasientgruppe over 18 år | Pasientgruppe under 18 år |

3.3.2 Valg av databaser

For å identifisere empiriske studier, gjennomførte jeg omfattende søk i flere databaser tilgjengelige via UiS-bibliotekets nettside. Databaser som Cinahl, SweMed+, PubMed og British Nursing Index ble valgt på grunn av deres relevans innen helse- og sosialfag. I tillegg benyttet jeg Idunn for å søke etter norsk forskning omkring temaet.

Innledningsvis brukte jeg databasen SweMed+ og benyttet både engelske og norske nøkkelord i søket. Målet var å identifisere forskning utført i nordiske land, gitt den relative likheten i kultur og helsevesen. Da resultatene var noe begrensede, utvidet jeg de geografiske rammene til Europa, samtidig som jeg fortsatte å prioritere studier fra de nordiske landene. Dette valget baserte seg på liknende modeller for helsevesen, preget av egalitær ideologi med fokus på lik

tilgang til helsetjenester, lave egenandeler og høy grad av skattefinansiering (Kristiansen & Pedersen, 2000).

3.3.3 Valg av søkeord

Bakgrunnen for valg av søkeord bør reflektere nøye utvalgte ord som best representerer problemstillingen (Friberg, 2022, s.83). Ved å bruke pensum i sykdomslære og gjennomføre innledende prøvesøk basert på hensikten, identifiserte jeg søkeord. Søkeordene «heart attack» og «myocardical infarction» genererte betydelige treff gjennom flere søk. For å forbedre søkets presisjon, kombinerte jeg ulike søkeord. Jeg innledet søket med norske nøkkelord for å finne relevant norsk forskning, men utvidet etterhvert søket ved å inkludere engelske søkeord. Gjennom en kombinasjon av disse søkeordene, oppnådde jeg et tilfredstillende antall treff. For å redusere og presisere resultatene ytterligere, inkluderte jeg flere kombinasjoner av søkeord og benyttet boolske operatører for å kombinere ordene. Målet var å oppnå nøyaktige søk og få tilgang til et til et håndterbart utvalg av artikler. Søkeordene er presentert i figur 1, og de ulike kombinasjonene av søkeord er presentert i vedlegg 1 Søkelogg.

Figur 5. Søkeord

SØKEORD:
Cardiovascular disease, gender differences, heart attack, sex factors, myocardical infarction,
knowledge gap, disparity, hjerteinfarkt, kjønnsforskjell, diagnostisering,

3.3.4 Valg av artikler

Jeg gjennomførte en systematisk vurdering av artiklene basert på deres egenskaper og relevans. Grovsøket involverte gjennomgang av titlene på artiklene fra søket, der jeg forkastet de som ikke var relevant for hensikten (Coughlan & Cronin, 2020, s.67). Etter å ha gjennomført grovsøk i 24 søk, satt jeg igjen med 11 artikler som jeg deretter leste sammendraget av. Fokuset mitt var rettet mot metoden og strukturen i artiklene. Flere artikler ble ekskludert fordi de ikke var primærstudier. Etter denne vurderingen satt jeg igjen med åtte artikler, som jeg igjen gjennomgikk og reduserte basert på deres egnethet til å belyse hensikten.

For å ytterligere begrense antallet artikler, ble flere vurderinger gjennomført. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble nøye fulgt for å finne de mest relevante artiklene. Dette resulterte i eliminering av artikler som ikke oppfylte kriteriene. Avslutningsvis var det min hensikt og

inklusions- og eksklusjonskriteriene som ledet meg til de seks utvalgte forskningsartiklene. Disse artiklene er presentert i tabell 2, og mer detaljert beskrevet i vedlegg 2.

Tabell 2. Oversiktstabell over valgte artikler

| Forfattere, årstall, tittel | Hensikt | Perspektiv | Metode |
|--|---|----------------|--|
| <p>Artikkel 1: Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Høle, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. 2016 <i>Kjønnforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt</i></p> | <p>Avdekke kjønnsforskjeller i utredning, behandling, komplikasjon og overlevelse ved hjerteinfarkt i Norge.</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Retrospektiv registerbasert metode.</p> |
| <p>Artikkel 2: Ankerstjerne Rasmussen, Anne. Fridlund, Bengt. Nielsen, Karina. Bernholdt Rasmussen, Trine. Thrysoe, Lars. Borregaard, Britt. Brun Thorup, Charlotte. Kikkenborg Berg, Selina. Elmose Mols, Rikke 2022 <i>Gender differences in patient-reported outcomes in patient with acute myocardial infarction</i></p> | <p>Undersøke om kjønn er assosiert med helse relaterte pasientrapporterte utfall.</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie.</p> |
| <p>Artikkel 3: Wenzl, F. A., Kraler, S., Ambler, G., Weston, C., Herzog, S. A., Räber, L., Muller, O., Camici, G. G., Roffi, M., Rickli, H., Fox, K. A. A., de Belder, M., Radovanovic, D., Deanfield, J., & Lüscher, T. F. 2022 <i>Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation.</i></p> | <p>Vurdere GRACE 2.0-verktøyet kjønns spesifikke ytelse i koronare syndomer og utvikle en forbedret poengsum (GRACE 3.0) som tar hensyn til kjønnsforskjeller i sykdomskarakteristikk</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming Kombinasjon av retrospektive analyser, maskinlæringsteknikker og ekstern validering.</p> |
| <p>Artikkel 4: Redfors, B., Angeras, O., Ramunddal, T., Petursson, P., Haraldsson, I., Dworeck, C., Odenstedt, J., Ioaness, D., Ravn-Fischer, A., Wellin, P., Sjoland, H., Tokgozoglu, L., Tygesen, H., Frick, E., Roupe, R., Albertsson, P., & Omerovic, E. 2015 <i>Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction</i></p> | <p>Undersøke om det eksisterer kjønns spesifikke forskjeller i klinisk forløp, diagnose og behandling av akutt hjerteinfarkt.</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Retrospektiv observasjonskohortstudie.</p> |

| | | | |
|--|---|----------------|--|
| <p><i>in Western Sweden: A Report From the Swedish Web System for Enhancement of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEART)</i></p> | | | |
| <p>Artikkel 5: Jackson, A. M., Zhang, R., Findlay, I., Robertson, K., Mitchell, L., Morris, T., Forbes, B., Papworth, R., McConnachie, A., Mangion, K., Jhund, P. S., McCowan, C., & Berry, C. 2020 <i>Healthcare disparities for women hospitalized with myocardial infarction and angina.</i></p> | <p>Undersøke kjønns spesifikke forskjeller i presentasjonsegenskaper, behandling og total dødelighet blant pasienter innlagt på sykehus med hjerteinfarkt eller angina.</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming Kohortstudie</p> |
| <p>Artikkel 6: Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., Daneshvar, M., Spertus, J. A., & D'Onofrio, G. 2018 <i>Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients)</i></p> | <p>Undersøke kjønnsforskjeller ved symptompresentasjon, oppfatning av symptomer og helseatferd hos pasienter med akutt hjerteinfarkt.</p> | <p>Pasient</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Tversnittundersøkelse med strukturerte pasientintervju.</p> |

3.4 Analyse av artikler

Analysearbeidet kan beskrives som en bevegelse fra helhet til deler, for deretter å rekonstruere til en ny helhet (Friberg, 2022, s.176). Jeg benyttet Fribergs metode som grunnlag for analysen, der helheten ble konstruert gjennom de utvalgte vitenskapelige artiklene.

Analysen startet med gjentatte gjennomlesninger av de utvalgte artiklene for å oppnå en dypere forståelse av innholdet og betydningen, som utgjør det første trinnet i Fribergs analysemodell (Friberg, 2022, s.177). Fokuset var spesielt rettet mot resultatdelen i hver artikkel. Deretter identifiserte jeg hovedfunn i resultatdelene, som representerer trinn to i Fribergs analysemodell.

For å skape en sammenhengende oversikt, ble resultatene fra hver studie sammenstilt, noe som representerer trinn tre i Fribergs modell (Friberg, 2022, s.178). Under gjennomgangen av artiklene, skrev jeg ned nøkkelfunn for å systematisere informasjonen. Jeg avdekket både likheter og ulikheter i studiene, og overordnede kategorier ble identifisert. Dette stadiet i

arbeidet innebar ifølge Friberg og relaterte studienes resultater til hverandre (Friberg, 2022, s.178). Prosessen var tidkrevende, men nødvendig for å kunne sammenstille mine funn.

Etter analysearbeidet etablerte jeg hovedkategorier og underkategorier, som utgjorde essensen i å besvare oppgavens hensikt. Disse kategoriene er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Sammenstilling av analysearbeid; hoved- og underkategorier.

| Hovedkategori | Underkategori |
|---|---|
| Symptom og triagering | Symptopresentasjon Sykehusinnleggelse |
| Diagnostikk og behandling | Diagnostisering Invasiv behandling Sekundær profylaktisk behandling |
| Komplikasjoner og pasientrapporterte helserelaterte utfall (PRO) | |
| Komorbiditet og risikofaktor | |

4.0 RESULTATER

Resultatene fra artiklene er basert på sammenstillingen ovenfor, presentert systematisk etter hovedkategorier. Videre utvikler innholdet seg fra de identifiserte underkategoriene for å gi en helhetlig forståelse. Europeiske retningslinjer skiller ikke klart mellom ulike hjerteinfarkttypene når det gjelder behandling og derfor presenteres resultatene samlet.

4.1 Symptompresentasjon og triagering

I studien til Lichtman et.al (2018) fremheves ulikheter i akutt hjerteinfarktpresentasjon mellom kvinner og menn. Brystsmerter, inkludert smerte, trykk, tetthet og ubehag, var det mest dominerende symptomet for både kvinner (87%) og menn (89,5%) (Lichtman et. al, 2018, s.787). Kvinner rapporterte imidlertid flere andre uspesifikke symptomer, som epigastriske symptomer, smerte eller ubehag i kjeve, nakke, armer eller mellom skulderbladene, hjertebank og kortpustet (Lichtman et. al, 2018, s.785).

Epigastriske symptomer, som fordøyelsesbesvær, kvalme, magesmerter, svie eller ubehag var betydelig vanligere hos kvinner enn menn, både ved STEMI (67,1% vs. 52,1%) og NSTEMI (56,8% vs. 46,2%) (Lichtman et. al, 2018, s.785). Kvinner i alderen 45-53 år hadde større sannsynlighet for å presentere hjerteinfarkt uten brystsmerter sammenliknet med menn. Selv om brystsmerter var det mest rapporterte symptomet for begge kjønn, oppga kvinner flere tilleggssymptomer (Lichtman et. al, 2018, s.787).

Uavhengig av hjerteinfarkttype, hadde kvinner signifikant større sannsynlighet for å oppleve epigastriske symptomer sammenliknet med menn. Kvinner med NSTEMI hadde også større sannsynlighet for symptomer som kortpustet og hjertebank i forhold til menn. Studien indikerer at den økte sannsynligheten for at kvinner får NSTEMI uten brystsmerter, kombinert med andre assosierte symptomer, kan komplisere diagnostiseringen av hjerteinfarkt hos unge kvinner, en gruppe som generelt betraktes som lavrisikopasienter for akutte hjerterelaterte hendelser (Lichtman et. al, 2018, s.788).

Lichtman et. al (2018) understreker også et betydelig gap i anerkjennelsen av hjertesykdom blant unge pasienter, spesielt blant kvinner som vanligvis antas så tilhøre en lavrisikopopulasjon. Nesten 30% av kvinnene i studien søkte hjelp for liknende symptomer før sykehusinnleggelsen, men over halvparten av disse kvinnene rapporterte at helsepersonell ikke

trodde at symptomene var relatert til hjertet, sammenliknet med 37% av mennene. Kvinner med typiske symptomer med enklere diagnostisert enn de som rapportere atypiske symptomer (Lichtman et al., 2018, s.788). Studien fremhever at kjønnsforskjeller i umiddelbar gjenkjenning og presentasjon av hjertesymptomer kan ha negativ innvirkning på riktig triage, mottak av diagnostiske tester og adekvat behandling, spesielt for pasienter med NSTEMI (Lichtman et al., 2018, s.788).

Liknende funn kommer frem i studien til Wenzl. et al. (2022). Funn fra studien viser at tiden mellom symptomdebut og sykehusinnleggelse var lengre hos kvinner sammenliknet med menn, samt at GRACE-risikovurderingen var konsekvent høyere hos kvinnelige pasienter med akutt NSTEMI (Wenzl et al., 2022, s. 751). Studien til Jortveit et al. (2016) viste derimot små kjønnsforskjeller i tidsforsinkelsen fra symptomdebut til sykehusinnleggelse, muligens på grunn av manglende registrering av tidsforløpet ved mange hjerteinfarkttilfeller (Jortveit et al., 2016, s.1217).

4.2 Diagnostikk og behandling

I studien av Jortveit et. al (2016) ble det påvist at færre kvinner enn menn med hjerteinfarkt gjennomgikk koronar angiografi. Ved både STEMI og NSTEMI ble det påvist færre kvinner enn menn med signifikant koronar stenoser ved koronar angiografi, spesielt ved NSTEMI. For pasienter med påviste signifikante koronar stenoser, var det ingen kjønnsforskjell i andelen som gjennomgikk perkutan koronar intervensjon (PCI), med unntak av en noe lavere andel hos kvinner under 50 år med STEMI. For de fleste aldersgrupper forelå det ingen kjønnsforskjell i tidsforsinkelsen fra innleggelse til revaskularisering (Jortveit et al., 2016, s.1217-1218).

Liknende funn ble presentert i studien av Wenzl et al. (2022). Til tross for høyere GRACE-risikoestimer for kvinner, gjennomgikk kvinnelige pasienter mindre sannsynlig koronar angiografi og tidlig invasiv terapi enn menn. Kvinnene hadde lengre sykehusopphold, lavere forekomst av antiplate- og statinbehandling, samt høyere sykehusdødelighet sammenliknet med mannlige pasienter (Wenzl et al., 2022, s. 751-752).

Kjønnsforskjeller ved invasiv behandling ble også avdekket i studien til Jackson et al. (2020). Omtrent 16% færre kvinner enn menn gjennomgikk koronar angiografi og PCI. Blant de som hadde koronar angiograf, fikk kvinner PCI 10% sjeldnere enn menn. Overføring til umiddelbar

behandling var 6,2% mindre vanlig for kvinner med STEMI, og median dør-til-ballong-tid^{‡‡} var lengre for dem (Jackson et al., 2020, s.159). Kjønnforskjeller vedvarte etter justering for grunnlinjerisikofaktorer, noe som understreker behovet for likestilling innen helsetjenester (Jackson et al., 2020, s.160). Redfors et al. (2015) fant også at kvinner hadde mindre sannsynlighet enn menn for å motta retningslinjeindiserte farmakologiske og invasive koronarbehandlinger (Redfors et al., 2015, s. 5).

Jortveit et al. (2016) avdekket også kjønnforskjeller i bruk av sekundærprofylaktiske medikamenter ved utskriving. Færre kvinner med NSTEMI ble utskrevet med sekundærprofylaktiske medisiner, spesielt statiner. Det forelå derimot ingen kjønnforskjeller i bruken av antikoagulasjonsmedisiner ved utskriving (Jortveit et al., 2016, s.1217-1218). Til tross for internasjonale retningslinjer som anbefaler tidlig koronar angiografi, viser studien at mange pasienter, spesielt de med NSTEMI, ikke får tilbud om slik utredning. Dette gjelder spesielt kvinner noe som støttes av nasjonale og internasjonale datasett (Jortveit et al., 2016, s.1220).

Diskusjonen i Jortveit et. al.'s (2016) studie vurderer mulige årsaker til disse kjønnforskjellene. Mangel på dokumentasjon om nytteverdien av invasiv utredning og behandling hos kvinner, i tillegg til tilleggsymptomer, kan bidra til kjønnforskjellene. Studien understreker også at retningslinjene fra European Society of Cardiology (ESC) ikke skiller mellom kvinner og menn når det gjelder anbefalinger for invasiv utredning og behandling av hjerteinfarkt.

4.3 Komplikasjoner og pasientrapporterte helserelevante utfall (PRO)

I studien av Jortveit et al. (2016) ble det kun observert små kjønnforskjeller i forekomsten av komplikasjoner etter hjerteinfarkt. Hjertesvikt var den mest hyppige komplikasjonen, spesielt blant eldre pasienter. Noen flere menn enn kvinner opplevde ventrikkelflimmer eller tachykardi i løpet av de første to dagene etter infarkt, men ellers var kjønnforskjellene i forekomsten av komplikasjoner begrenset (Jortveit, et al., 2016, s. 1220).

Redfors et al. (2015) presenterte funn knyttet til komplikasjoner etter et hjerteinfarkt. Kvinner med STEMI hadde en økt risiko for å utvikle akutt hjertesvikt og kardiogent sjokk, spesielt når

^{‡‡} Tiden fra ankomst sykehus til registrert åpen arterie

reperfusjonsbehandling ble forsinket. Det ble imidlertid ikke observert kjønnsforskjeller i tid fra EKG til reperfusjon. Forskerne antydte at kvinner generelt oppsøker lege senere i sykdomsforløpet, noe som kan forklare den høyere risikoen for komplikasjonene. Redfors et al. (2015) understreket at det mest overraskende funnet fra studien var at kjønnsforskjellene i dødelighet og behandling ikke hadde blitt redusert i løpet av de siste to tiårene, til tross for tiltak for landsomfattende kampanjer og administrative tiltak for å fremme likestilling mellom kjønnene i helsevesenet (Redfors et al., 2015, s.9).

Studien til Jackson et al. (2020) avdekket også en høyere dødsrate blant kvinner, spesielt blant dem med STEMI (Jackson et al, 2020, s.160). Ankerstjerne et al. (2022) rapporterte at kvinner rapporterte dårlige pasientrapporterte helserelaterte utfall (PRO) sammenliknet med menn etter et hjerteinfarkt. Kvinner rapporterte dårligere fysisk og mental helse, samt en høyere symptombyrde og dårligere sykdomsoppfatning ved utskriving etter hjerteinfarkt sammenliknet med menn. (Ankerstjerne et al., 2022, s. 776).

4.4 Komorbiditet og risikofaktorer

Jortveit et al. (2016) presenterte kliniske karakteristikk i deres studie. Eldre menn hadde en høyere forekomst av røyking sammenliknet med kvinner i samme aldersgruppe. Vedrørende diabetes mellitus og hypertensjon var det få kjønnsforskjeller, men kvinner i alderen 50-59 år hadde høyere forekomst av diabetes mellitus i samme aldersgruppe. Videre viste studien at færre kvinner over 60 år brukte statiner ved innleggelse (Jortveit et al., 2016, s. 1217).

Resultatene fra Redfors et al.'s studie (2015) viste at kvinner hadde høyere komorbiditet enn menn. Eldre kvinner med både STEMI og NSTEMI hadde økt sannsynlighet for å ha diabetes mellitus, hjertesvikt, hypertensjon og kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) sammenliknet med menn. Selv om færre kvinnene røykte og tidligere hadde gjennomgått hjerteinfarkt, PCI og koronar bypassoperasjon, hadde de likevel større sannsynlighet for å ha hypertensjon (Redfors et al, 2015, s.10).

Jackson et al. (2020) identifiserte også kjønnsforskjeller i kardiovaskulære risikofaktorer. Studien viste at diabetes mellitus og hypertensjon var mer vanlig hos kvinner, spesielt yngre kvinner. Dette kunne ifølge forfatterne øke risikoen mer for kvinner enn for menn. Studien avdekket også spesifikke risikofaktorer for kvinner, inkludert hypertensive svangerskapsforstyrrelser og graviditetsrelatert diabetes mellitus, som var assosiert med høyere

kardiovaskulær risiko senere. Viktige komorbiditeter som demens og depresjon ble også avdekket (Jackson et al., 2020, s. 160).

Wenzl et al. studie (2022) viste markante kjønnsforskjeller i kardiometabolske risikofaktorer. Kvinnelige pasienter hadde redusert nyrefunksjon, indikert ved lavere eGFR, men lavere kreatininkonsentrasjon. Videre viste kvinnelige pasienter forskjeller i BMI, kolesterolkonsentrasjon og hypertensjonsprevalens, som ikke var en del av GRACE-skåren. Wenzl et al. (2022) argumenterte for at bevisstheten om kjønnsforskjeller i patologi og pasientens risikoprofil ved symptomdebut var avgjørende for å forbedre resultatene hos pasienter med akutt NSTEMI (Wenzl et al., 2022, s. 752-75).

Wenzl et al. (2022) påpekte begrensningene ved GRACE 2-0-verktøyet og hevdet at det undervurderte dødeligheten hos kvinnelige pasienter med akutt NSTEMI. De utviklet derfor GRACE 3.0-poengsummen, som tar hensyn til kjønns spesifikke faktorer. Denne nyutviklede poengsummen viser bedre resultater hos begge kjønn og reduserer kjønnsforskjeller i risikostratifisering. Bevisstheten om kjønnsforskjeller var avgjørende for å forbedre resultater hos pasienter med akutt NSTEMI. (Wenzl et al., 2022, s. 754).

5.0 DISKUSJON

I det påfølgende kapittelet vil jeg utforske metodene som er anvendt i oppgaven og analysere resultatene. Innledningsvis vil jeg diskutere reliabiliteten og validiteten til de utvalgte artiklene. Avslutningsvis vil jeg presentere resultatdiskusjonen, hvor jeg drøfter mine funn og knytter dem sammen med teorien for å danne en ny helhetlig forståelse. Jeg vil også inkludere mine personlige refleksjoner for å tilføre en nyansert perspektiv.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Jeg mener at en integrativ litteraturstudie, basert på seks forskningsartikler, er tilstrekkelig for å besvare min hensikt. Som følge av begrenset tid til rådighet, ville det vært utfordrende å analysere et større antall artikler. Selv om seks artikler kan virke som et begrenset utvalg, anser jeg likevel at det gir en tilstrekkelig innsikt med tanke på fagområdets kompleksitet. Etter en kritisk refleksjon ved de utvalgte studiene, mener jeg at jeg har valgt relevante og gyldige artikler for å besvare min hensikt. Jeg vil påpeke at flere av forskningsartiklene var engelskspråklige, og det er dermed en mulighet for at noen nyanser kan ha gått tapt i oversettelsen.

5.1.2 Kvantitativ metode som metode

Alle studiene jeg gjennomgikk benyttet kvantitative metoder for å utforske kjønnsforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. For eksempel undersøkte Jortveit et al. (2016) eventuelle forskjeller i utredning, behandling, komplikasjoner og overlevelse mellom kvinner og menn med ST-elevasjonsinfarkt og ikke ST-elevasjonsinfarkt innlagt i norske sykehus i perioden 2013-14. Jackson et al. (2020) hadde som mål å se på kjønnsforskjeller i egenskaper, behandling og dødelighet hos pasienter innlagt på sykehus med hjerteinfarkt eller angina. Jeg mener derfor at bruk av kvantitativ metode i de utvalgte studiene har vært passende for å belyse deres hensikter og besvare problemstillingene. Ettersom formålet mitt var å undersøke kjønnsforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt, valgte jeg bevisst å anvende kvantitativ forskning. Dersom formålet hadde vært å undersøke pasienters opplevelser og meninger for å utvikle en dypere forståelse, burde kvalitativ forskning blitt inkludert i oppgaven. Selv om jeg primært fant kvantitative forskningsartikler, ville det vært en fordel med flere kvalitative studier for å oppnå en mer helhetlig forståelse av sykepleie til pasienter med hjerteinfarkt.

For å evaluere studienes kvalitet, har jeg nøye gjennomgått deres kvalitetssikring, statistiske analyser og ivaretagelse av etiske forhold. Jortveit et al. (2016) beskrev klare retningslinjer for dataanalyse og opererte innenfor juridiske rammer for databehandling. Imidlertid kunne de inkludert flere detaljer om inklusjons- og eksklusjonskriterier for å styrke metodens robusthet. Ankerstjerne et al. (2022) benyttet nasjonale registre og inkluderte pasienter fra flere hjertesentre, noe som gir representative resultater og styrker studienes etiske integritet. Jackson et al. (2020) brukte pseudonymiserte data og overholdt retningslinjer for personvern, samt brukte avanserte statistiske metoder for pålitelige resultater. Den metodiske tilnærmingen til alle studiene gir tillit til validiteten av deres funn.

5.1.3 Geografisk tilnærming

De utvalgte studiene ble gjennomført i ulike land, inkludert Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia, Sveits og USA. Inkluderingen av den amerikanske studien ble begrunnet av dens spesifikke fokus på symptompresentasjon, snarere enn behandling. De andre studiene hadde geografiske tilnærminger til land som jeg anser som representative og sammenliknbare med det norske helsevesen. Spesielt deler Sverige og Danmark likheter med Norge når det gjelder egalitær ideologi, lav egenandel, høy skattefinansiering, offentlig sykehusdrift og desentralisert ansvar (Kristiansen & Pedersen, 2000). Ideelt sett ville studier utelukkende fra de nordiske landene vært foretrukket gitt deres liknende organisasjonsstruktur. Likevel mener jeg at det er gjort et adekvat valg av forskningsartikler med tanke på relevans for oppgaven. Den amerikanske studien, som primært kartla symptombaserte utfall, ble inkludert blant de valgte artiklene til tross for forskjeller i helsevesenet.

5.1.4 Studiens forfattere

For å kunne vurdere artiklenes reliabilitet, som referer til datamaterialets pålitelighet (Grønmo, 2016, s.240), undersøkte jeg forskernes faglige bakgrunn og kompetanse. Reliabilitet er et kriterium for kvalitet i forskning og omhandler i hvilken grad arbeidet som presenteres, er troverdig (Dalland, 2020, s.58). Alle de utvalgte artiklene ble forfattet av forskere med medisinsk faglig bakgrunn, inkludert overleger og leger med spesialisering i indremedisin og hjertesykdommer, samt kardiologiske sykepleiere.

5.1.5 Studienes deltakere

Deltakerne i alle studiene involverte pasienter med hjerteinfarkt, og valget av deltakere synes å samsvare godt studienes hensikt og problemstilling. Antall deltakere varierte fra 2009 til 420 781 pasienter. Det er viktig å understreke at studienes representativitet øker med antallet deltakere. Med tanke på omfanget som de valgte studiene har, mener jeg at de gir et solid utvalg av den faktiske populasjonen. Som et eksempel ble studien til Wenzl. et al. (2022) gjennomført på hele 420 781 pasienter.

Jeg hadde ingen spesifikke inklusjons- eller eksklusjonskriterier knyttet deltakernes alder, med den hensikt å oppnå et mangfoldig utvalg. Jeg betraktet variasjon som en fordel for oppgaven min. For eksempel inkluderte deltakerne Jortveit et al. studie (2016) alle tilfellene i Norsk hjerteinfarktregister, som utgjorde 26 447 pasienter og dermed sikret et bredt spekter av deltakere.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatene fra artiklene er basert på sammenstillingen i tabell 3. Jeg har valgt å presentere funnene systematisk ved å organisere dem etter hovedkategorier. Videre utvikler innholdet seg fra de identifiserte underkategoriene for å gi en helhetlig forståelse.

5.2.1 Symptompresentasjon og triagering

Som tidligere beskrevet i teorikapitlet, forutsetter forsvarlig praksis i sykepleien tilstrekkelig kompetanse i tråd med helsepersonelloven. Studiene jeg har valgt viser betydelige kunnskapshull hos sykepleiers og praktiske ferdigheter relatert til hjerteinfarkt hos kvinner. Oppsummert oppgir studiene manglende kunnskaper hos sykepleierne relatert til vurderingsverktøy, kliniske kjennetegn på hjerteinfarkt og anvendelse av retningslinjer fra European Society of Cardiology (ESC). Lichtman et al. (2018) påpeker et betydelig gap i erkjennelsen av hjertesykdom blant unge, spesielt blant kvinner. Nesten 30% av kvinnene i studien søkte hjelp for liknende symptomer før sykehusinnleggelsen, men over halvparten av dem ble ikke korrekt diagnostisert av helsepersonell. Kvinner med typiske symptomer ble enklere diagnostisert enn de som rapporterte atypiske symptomer (Lichtman et al., 2018, s.788). Liknende funn kommer frem i studien til Wenzl et al. (2022), hvor det vises at kvinner opplever lengre ventetid mellom symptomdebut og sykehusinnleggelse, samt høyere GRACE-risikovurderinger blant kvinner med NSTEMI (Wenzl et al.,2022,s.751).

Funnene fra studiene peker på betydelige mangler i anerkjennelsen av hjerteinfarkt hos kvinner, noe som ikke samsvarer med sykepleiers observasjonsfunksjon eller forsvarlig praksis. Studien til Jortveit et al. (2016) viste derimot mindre kjønnsforskjeller i tidsforsinkelsen fra symptomdebut til sykehusinnleggelse, muligens på grunn av manglende registrering av tidsforløpet ved mange hjerteinfarkttilfeller. Manglende kompetanse på atypiske symptomer kan skyldes tidspress og manglende fokus på faglig oppdatering blant sykepleiere. Det er likevel bekymringsfullt at en betydelig andel av kvinner med hjerteinfarktsymptomer ikke blir korrekt identifisert, og at ventetiden mellom symptomdebut og sykehusinnleggelse er lengre hos kvinner enn menn.

Som påpekt i teorikapittelet, har sykepleier et ansvar for å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten, i samsvar med lovgivningen (Spesialisthelsetjenesteloven 1999, helse- og omsorgsloven 2011, NSF 2019). Disse funnene understreker viktigheten av å styrke sykepleiers kunnskap og observasjonsevne når det gjelder hjerteinfarkt, spesielt hos kvinner. Det er bekymringsfullt at disse resultatene ikke samsvarer med sykepleiers kliniske rolle, som Florence Nightingale betonte, hvor observasjonen skal fremme pasientens helse og velvære (Grimsbø et al., 2021,s.186). Samlet sett viser funnene i studiene et behov for forbedringer i sykepleiers respons på hjerteinfarkt hos kvinner.

5.2.2 Diagnostikk og behandling

Studien av Jortveit et al. (2016) avslørte markante kjønnsforskjeller i behandlingen av hjerteinfarkt. Færre kvinner enn menn gjennomgikk koronar angiografi, og det var en tydelig forskjell mellom kjønnene når det gjaldt forekomsten av betydelige koronar stenoser, spesielt ved STEMI. Til tross for internasjonale retningslinjer fikk mange pasienter, spesielt kvinner med NSTEMI, ikke tilbud om riktig utredning, som understøttes av nasjonale og internasjonale datasett (Jortveit et al., 2016,s.1220).

Det ble også påvist kjønnsforskjeller i bruk av sekundærprofylaktiske medikamenter, der færre kvinner med NSTEMI ble utskrevet med slike medisiner, spesielt statiner (Jortveit et al., 2016, s-1217-1218). Studien avdekker en tidsforsinkelse i behandlingen og manglende sekundærprofylaktisk behandling, som indikerer avvik i den kliniske vurderings- og beslutningsprosessen. Jortveit (2016) peker på mulige årsaker til disse kjønnsforskjellene, inkludert manglende dokumentasjon om nytteverdien av invasiv utredning og behandling hos

kvinner, samt tilleggssymptomer. Studien understreker likevel at retningslinjene fra European Society of Cardiology (ESC) ikke skiller mellom kvinner og menn når det gjelder anbefalinger for invasiv utredning og behandling av hjerteinfarkt.

For å utføre pålitelige vurderinger, må sykepleieren ha en solid kunnskapsbase fra teori, forskning, samt erfarings- og personlig kunnskap, som stadig på oppdateres og fornyes. Analyse av pasientens symptomer, samt valg av intervensjoner, innebærer likevel en grad av usikkerhet. Sykepleiere støtter seg i stor grad på personlige praksiserfaringer, men dette kan føre til feilvurderinger og usikkerhet (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 11). Å utelukkende støtte seg på ens egne og andres erfaringer som kunnskapskilde, kan resultere i mindre pålitelige vurderinger sammenliknet med bruk av objektive indikatorer og kartleggingsverktøy. Evnen til å erkjenne hva man ikke vet og kontinuerlig revidere ens oppfatning, kunne bidratt til å redusere utfordringen med å overvurdere egne kunnskaper. Det er viktig å unngå å foreta helhetlige vurderinger av situasjoner man har for lite kunnskap om eller oversikt over (Grønseth & Stubberud, 2022, s.12). Dette stemmer overens med kravet om forsvarlig yrkesutøvelse. Forsvarlighetskravet uttrykkes slik i helsepersonelloven § 4 andre ledd: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der detter er nødvendig eller mulig» (Helsepersonelloven, 2011, §4-2).

Uerfarne sykepleiere står overfor utfordringen med å overvinne gapet mellom teori og praksis, mens erfarne sykepleiere må unngå å bli styrt av rutinemessig tenkning (Capperletti et al., 2014). Reduksjon i antall institusjonsplasser har ført til økt kompleksitet i pasientomsorgen og stiller dermed store krav til sykepleiers evne til å samle data og til deres vurderings- og beslutningskompetanse (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 10). Feilvurderinger kan oppstå som følge av faktorer som underbemanning, manglende kunnskap og overbelastning av pasienter, noe som kan forlenge og komplisere sykdomsforløpet. Som en konsekvens av dette kan pasientene bli utsatt for pleielidelse og oppleve usikkerhet og utrygghet mens de venter på nødvendig helsehjelp. Forsømmelse av pasientene utgjør en krenkelse av deres verdighet, da de ikke blir tatt på alvor og påføres pleielidelse, noe som også strider mot forsvarlighetskravet.

5.2.3 Komplikasjoner og pasientrapporterte helserelaterte utfall (PRO)

Jortveit et al. (2016) observerte få kjønnsforskjeller, med hjertesvikt som den hyppigste komplikasjonen, spesielt blant eldre pasienter. Redfors et al. (2015) fant en økt risiko for akutt hjertesvikt og kardiogent sjokk hos kvinner med NSTEMI, særlig ved forsinket

reperfusjonsbehandling. De antydte at kvinnene oppsøkte legehjelp sent i sykdomsforløpet, noe som kunne forklare den økte risikoen for komplikasjoner. Til tross for landsomfattende kampanjer og tiltak, fant de ingen reduksjon i kjønnsforskjellene når det gjaldt dødelighet og behandling over de siste tiårene (Redfors et al., 2015, s.9). Jackson et al. (2020) rapporterte også vedvarende høyere dødelighet blant kvinner, spesielt ved STEMI (Jackson et al, 2020, s.160).

Ankerstjerne et al. (2022) viste at kvinner etter hjerteinfarkt hadde dårligere rapporterte helseutfall, med økt sårbarhet, inkludert dårligere fysisk og mental helse samt flere angstsymptomer. En norsk oppfølgingsstudie støttet liknende funn, hvor kvinner hadde over dobbelt så høy risiko for angstsymptomer sammenliknet med menn, mens depresjonssymptomene var mindre fremtredende hos menn (Ankerstjerne et. al, 2022, s. 776-778). Disse forskjellene kan delvis skyldes rapporteringsforskjeller mellom kjønnene, da menn generelt har en høyere terskel for å rapportere angst og depresjon, noe som kan ha påvirket resultatene. Det er kjent at menn er overrepresentert i selvmordsstatistikken, og søker sjeldnere hjelp enn kvinner for psykiske helseplager (Verdensdagen for psykisk helse, u.å)

5.2.4 Komorbiditet og risikofaktorer

Studiene av Jortveit et al. (2016) , Redfors et al. (2015) , Jackson et al. (2020) og Wenzl et al. (2022) viser alle betydelige kjønnsforskjeller i kliniske egenskaper blant pasienter med hjerteinfarkt. Disse forskjellene inkluderer høyere forekomst av diabetes mellitus, hypertensjon og andre komorbiditeter blant kvinner, samt redusert bruk av statiner ved innleggelse blant eldre kvinner. Videre indikerer studiene at kvinner har en høyere risiko for kardiovaskulære komplikasjoner og redusert nyrefunksjon etter hjerteinfarkt. I tillegg viser Wenzl et al. (2022) at utviklingen av GRACE 3.0-poengsummen kan forbedre risikostratifisering og redusere kjønnsforskjellene i vurderingen av hjerteinfarkttrisiko. Samlet sett understreker disse funnene behovet for å ta hensyn til kjønnsforskjeller i behandlingen av hjerteinfarktpasienter for å forbedre resultatene.

Når det gjelder sykepleiers rolle, er det viktig å vurdere hvordan kjønnsforskjellene i kliniske egenskaper påvirker sykepleiers tilnærming til pleie. Dette kan innebære tilpasning av pleieplaner og behandlingsstrategier for å møte de spesifikke behovene til kvinnelige pasienter med hjerteinfarkt. Det er også avgjørende for sykepleiere å være oppmerksomme på og forstå risikofaktorene som er unike for kvinner, slik at de kan gi målrettet pleie og støtte for å redusere

risikoen og forbedre utfallet for disse pasientene. Ved å integrere kunnskap om kjønnsforskjeller i hjerteinfarktbehandling i sykepleiepraksis, kan sykepleiere spille en sentral rolle i å fremme pasientens helse og velvære.

5.2.5 Konklusjon

Denne gjennomgangen av forskningsartikler har gitt innsikt i utfordringene knyttet til utredning, behandling og oppfølging av kvinner med hjerteinfarkt. Resultatene peker på betydelige kunnskapshull og praksisutfordringer blant helsepersonell, når det gjelder å gjenkjenne og behandle hjerteinfarkt hos kvinner.

Metodediskusjonen viser at integrativ litteraturoversikt og kvantitative metoder har vært hensiktsmessige tilnærminger for å belyse kjønnsforskjeller i hjerteinfarktbehandling. Imidlertid identifiserer metodediskusjonen også begrensinger, som manglende inkludering av kvalitative studier og geografisk tilnærming.

Analysen av forskningsartiklene avslører manglende samsvar mellom retningslinjer og klinisk praksis, spesielt knyttet til symptomgjenkjenning, utredning og behandling av kvinnelige pasienter. Kjønnsforskjeller i diagnostikk, behandling og oppfølging har tydeligvis bidratt til ulikheter i utfall, med kvinner som opplever lengre tidsforsinkelser, mindre bruk av invasiv utredning og dårlige pasientrapporterte utfall sammenliknet med menn.

Videre diskuteres mulige årsaker til kjønnsforskjellene, inkludert manglende kunnskap blant helsepersonell, stereotypiske oppfatninger om hjerteinfarkt og systemiske faktorer som påvirker tilgang til adekvat behandling. Dette indikerer behovet for ytterligere opplæring, bevisstgjøring og revidering av retningslinjene for å bedre håndtere kjønnsforskjeller i hjerteinfarktsomsorgen.

Jeg vil understreke viktigheten av å adresse disse utfordringene for å forbedre kvaliteten på hjerteinfarktbehandling, spesielt med tanke på å redusere kjønnsforskjeller. Dette krever en tverrfaglig tilnærming, bedre utdanning av helsepersonell og økt bevissthet om kjønns spesifikke symptomer og risikofaktorer. Implementering av evidensbaserte retningslinjer, kombinert med regelmessig evaluering av klinisk praksis, kan bidra til å sikre lik tilgang til optimal hjerteinfarktsomsorg for alle pasienter, uavhengig av kjønn.

6.0 RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS

Studiene som er gjennomgått, kaster lys over flere viktige aspekter ved hjerteinfarktbehandling og gir verdifull innsikt som bør tas i betraktning for å forbedre praksis innen kardiologisk sykepleie og hjerteinfarktomsorg.

6.1 Styring av sykepleiers kunnskap og bevissthet

I følge Helsepersonelloven § 4 annet ledd må helsepersonell «innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner» (Helsepersonelloven, 1999, § 4-2). Det betyr at sykepleiere må sikre at pasientene blir behandlet og pleiet av kvalifisert helsepersonell. Kravet om å innrette seg etter sine kvalifikasjoner innebærer at sykepleierne aktivt må meddele sine faglige begrensninger. Generelt gjelder at sykepleiere ikke kan begi seg inn i situasjoner der de mangler eller har dårlige forutsetninger for å løse. I en nødssituasjon kan dette stille seg annerledes (Molven, 2019, s.148).

En sentral implikasjon er behovet for å styrke sykepleiers kunnskap og bevissthet, spesielt knyttet til kjønnsforskjeller i presentasjon av hjerteinfarkt. Manglende anerkjennelse av symptomer hos kvinner og påfølgende forsinkelser i behandling krever økt fokus på kontinuerlig opplæring, bevisstgjøring og oppdatering av retningslinjer. Sykepleiere bør være informert om de kjønnsrelaterte risikofaktorene og presentasjonen for å kunne gi pasienter mer treffsikker og tidlig intervensjon. På den måten kan sykepleier bidra til å oppfylle et av de fire fundamentale etiske prinsippene i sykepleieprofesjonen, nemlig prinsippet om å ikke påføre skade.

6.2 Forbedring av tverrfaglig samarbeid

Resultatene understreker betydningen av forbedret tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og leger. En integrert tilnærming, hvor sykepleierens observasjoner og vurderinger gir et grunnlag for legens beslutninger, kan bidra til å redusere tidsforsinkelser og forbedre behandlingsresultater. Rutiner for regelmessige møter og felles opplæringsprosesser kan fremme en mer effektiv og samarbeidsorientert praksis.

6.3 Økt fokus på pasientopplæring og egenomsorg

Pasientopplæring spiller en nøkkelrolle i å redusere tidsforsinkelser og forbedre resultater. Resultatene indikerer behovet for å styrke pasientenes bevissthet, spesielt blant kvinner, om

symptomer til hjerteinfarkt og risikofaktorer. Sykepleiere bør vektlegge egenomsorg og livsstilsendringer i pasientopplæringsprogrammer, med spesifikk oppmerksomhet mot kjønnsespesifikke risikofaktorer. I lærings- og mestringsarbeidet er sykepleierens kompetanse innen helsepedagogikk avgjørende for å imøtekomme pasientenes behov for informasjon og veiledning. Sentrale spørsmål inkluderer tilpasning av informasjon til pasientens forståelsesevne, i samsvar med prinsippet om likeverdig helsetjeneste (Grimsbø et al., 2021, s.267). På den måten kan sykepleier også bidra til å oppfylle rettferdighets- og autonomiprinsippet.

I tråd med pasient og brukerrettighetsloven har pasienter rett til nødvendig informasjon om sin helsetilstand og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Denne retten til informasjon skal gis uoppfordret i samsvar med de kravene som er fastsatt i loven (Molven, 2019, s.175). Det er viktig å sikre at pasienter får tilstrekkelig informasjon for å kunne forstå sin helsetilstand og behandlingsoalternativer, slik at empowerment hos pasienten kan fremmes.

6.4 Implementering av kjønnsbevisste retningslinjer

Studiene viser en mangel på kjønnsbevisste tilnærminger i dagens behandlingspraksis. Implikasjonene inkluderer behovet for revidering av retningslinjer fra European Society of Cardiology og andre relevante organisasjoner for å inkludere kjønnsespesifikke anbefalinger. Dette vil bidra til å sikre at behandlingen tar hensyn til de unike behovene og risikofaktorer både mannlige og kvinnelige pasienter.

6.5 Kontinuerlig forskning og kvalitetsforbedring

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 må helsetjenester som tilbys eller ytes være forsvarlige. Loven understreker viktigheten av at spesialisthelsetjenesten legger til rette for at personell som utfører tjenestene, har nødvendige ressurser og kompetanse for å oppfylle sine lovpålagte plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Det er derfor avgjørende å implementere kvalitetsforbedrende tiltak for å opprettholde den nødvendige standarden for forsvarlighet i helsetjenestene.

Resultatene peker på områder med kunnskapshull og behov for ytterligere forskning og kvalitetsforbedring. For å kontinuerlig forbedre hjerteinfarktomsorgen må kontinuerlig forskning og kvalitetsforbedring være en integrert del av praksisen. Det er essensielt at

sykepleiere og annet helsepersonell er aktive deltakere i forskningsprosesser for å sikre at praksisen er forankret i evidensbasert kunnskap.

Sykepleiers kompetanseutvikling er både et individuelt ansvar og et ledelsesansvar (Grimsbø et al., 2021, s.186). Den som ikke holder seg oppdatert og i utvikling som menneske og fagperson, risikerer å falle akterutseilt i yrkeslivet. Helsepersonelloven stiller tydelige krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Samtidig er det arbeidsgivers ansvar for å tilrettelegge virksomheten og sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene (Grimsbø et al., 2021, s.408).

Arbeidsgiver kan tilrettelegge for kunnskapsbasert praksis, slik at helsepersonellet kan ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap samt pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen. På den måten kan det styrke beslutningsgrunnlaget og bevisstgjøre hvor kunnskap hentes fra (Grimsbø et al., 2021,s.211). Prosedyrer som ikke er basert på oppdatert kunnskap, kan i verste fall føre til feilbehandling av pasienter, noe kan ha vært tilfellet i studiefunnene.

For å optimalisere hjerteinfarktomsorgen, mener jeg er det er avgjørende å iverksette disse implikasjonene i praksis. Ved å styrke sykepleiers kunnskap, forbedre tverrfaglig samarbeid, fokusere på pasientopplæring, implementere kjønnsbevisste retningslinjer og støtte kontinuerlig forskning, kan sykepleiere spille en sentral rolle i å forbedre resultatene for pasienter med hjerteinfarkt og redusere kjønnsforskjeller i omsorgen. Dette krevet et felles engasjement fra helsepersonell, utdanningsinstitusjoner og helsevesenet som helhet.

7.0 LITTERATUR

Aubert, V., & Alstad, B. (1969). Det skjulte samfunn (Rev. utg., Vol. 2, p. 235). Pax.

Anne Ankerstjerne Rasmussen, Bengt Fridlund, Karina Nielsen, Trine Bernholdt Rasmussen, Lars Thrysoee, Britt Borregaard, Charlotte Brun Thorup, Selina Kikkenborg Berg, Rikke Elmose Mols, (2022) Gender differences in patient-reported outcomes in patients with acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 21, Issue 8, November 2022, Pages 772–781, <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac022>

Arnesen, Harald; Bendz, Bjørn; Steigen, Terje: *hjerteinfarkt* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 28. desember 2023 fra <https://sml.snl.no/hjerteinfarkt>

Bach-Gansmo, E., & Ørn, S. (2022). *Sykdom og behandling* (3. utgave.). Gyldendal.

Brinchmann, B. S. (2021). *Etikk i sykepleien* (5. utgave.). Gyldendal.

Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4, 324. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0132>

Buske, M., Feistritzer, H.-J., Jobs, A., & Thiele, H. (2023). Management of acute coronary syndrome: ESC guidelines 2023. *Herz*. <https://doi.org/10.1007/s00059-023-05222-1>

Cappelletti, A., Engel, J. K., & Prentice, D. (2014). Systematic Review of Clinical Judgment and Reasoning in Nursing. *The Journal of Nursing Education*, 53(8), 453–U67. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140724-01>

Coughlan, M., & Cronin, P. (2020). Doing a literature review in nursing, health, and social care (2nd edition., p. 176). Sage.

Dalland, O., & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.

Friberg, F. (2022). Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (4. upplagan.). Studentlitteratur.

Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2021). *Grunnleggende sykepleie I : fag og profesjon* (4. utgave.). Gyldendal.

Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2021). *Grunnleggende sykepleie 2 : grunnleggende behov og helse* (4. utgave.). Gyldendal.

Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2021). *Grunnleggende sykepleie 3 : pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave.). Gyldendal.

Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg., p. 462). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Stubberud, D.-G. (2022). *Klinisk sykepleie 1* (6. utgave.). Gyldendal.

Gyberg, Anna, Björck, Lena, Nielsen, Susanne, Määttä Sylvia, Falk, Kristin. (2015) Women´s help seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016;30(4) 670-7. <https://doi.org/10.1111/scs.12286>

Hafstad, Anne. (2023) Skrik det ut! *Sykepleien* 2023; (1), s.5. https://sykepleien.no/sites/default/files/2023-02/01_2023_Kvinnehelse_0.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Krav til helsepersonellets yrkesutøvelse (LOV 1999-07-02-64) Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. (2016). Kjønnforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(14), 1215–1222. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0224>

Jackson, A. M., Zhang, R., Findlay, I., Robertson, K., Mitchell, L., Morris, T., Forbes, B., Papworth, R., McConnachie, A., Mangion, K., Jhund, P. S., McCowan, C., & Berry, C. (2020). Healthcare disparities for women hospitalized with myocardial infarction and angina. *European Heart Journal. Quality of Care and Clinical Outcomes*, 6(2), 156-165. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcz040>

Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. (2016). Kjønnforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(14), 1215–1222. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0224>

Kristiansen, I. S., & Pedersen, K. M. (2000). Health care systems in the Nordic countries--more similarities than differences? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(17), 2023–2029.

Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., Daneshvar, M., Spertus, J. A., & D'Onofrio, G. (2018). *Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients)*. *Circulation (New York, N.Y.)*, 137(8), 781–790. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>

Løchen, M.-L., & Gerds, E. (2015). *Kvinnehjerner : en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer* (p. 203). Gyldendal akademisk.

Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J.-J., DeMeo, D. L., De Vries, G. J., Epperson, C. N., Govindan, R., Klein, S. L., Lonardo, A., Maki, P. M., McCullough, L. D., Regitz-Zagrosek, V., Regensteiner, J. G., Rubin, J. B., Sandberg, K., & Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet (British Edition)*, 396(10250), 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave.). Gyldendal.

NOU 2023: 5. (2023) *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Pasient og brukerrettighetsloven, (1999), *Pasientens og brukerens rett til informasjon* (LOV-1999-07-02-63) Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Redfors, B., Angeras, O., Ramunddal, T., Petursson, P., Haraldsson, I., Dworeck, C., Odenstedt, J., Ioaness, D., Ravn-Fischer, A., Wellin, P., Sjoland, H., Tokgozoglu, L., Tygesen, H., Frick, E., Roupe, R., Albertsson, P., & Omerovic, E. (2015). Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction in Western Sweden: A Report From the Swedish Web System for Enhancement of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEART). *Journal of the American Heart Association*, 4(7). <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001995>

Spesialisthelsetjenesteloven, (1999), *Plikt til forsvarlighet* (LOV-1999-07-02-61) Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§2-2>

Sims, Stacy (2019, 23. september) *Women are Not small Men: a paradigm shift in the science of nutrition*. TEDx Talks. <https://www.youtube.com/watch?v=e5LYGzKUPIE>

Verdensdagen for psykisk helse. (u.å) *Snakk om det mann*. Hentet 19. januar 2024 fra <https://www.verdensdagen.no/ressurser/snakk-om-det-mann>

Wenzl, F. A., Kraler, S., Ambler, G., Weston, C., Herzog, S. A., Räber, L., Muller, O., Camici, G. G., Roffi, M., Rickli, H., Fox, K. A. A., de Belder, M., Radovanovic, D., Deanfield, J., & Lüscher, T. F. (2022). Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation. *The Lancet*, 400(10354), 744–756. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01483-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01483-0)

8.0 VEDLEGG

8.1 Vedlegg 1. Søkelogg

| Søkedato | Database | Søkeord og kombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Antall valgte artikler |
|----------|-----------------------|--|---|--------------|----------------|----------------|------------------------|
| 29.11.23 | SweMed+ | Cardiovascular disease AND Gender difference | Fagfelleverdert Engelskspråklig Publisert de siste 10 årene | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30.11.23 | SweMed+ | Heart attack AND Sex factors | Fagfelleverdert Engelskspråklig Publisert de siste 10 årene | 8 | 4 | 1 | 0 |
| 30.11.23 | Idunn | Hjerteinfarkt AND Kjønnforskjell AND Diagnostisering | Fagfelleverdert Publisert de siste 10 årene | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 30.11.23 | CINAHL | Myocardical infaction AND Gender difference | Fagfelleverdert Engelskspråklig Publisert de siste 10 årene Europa | 40 | 10 | 3 | 1 |
| 30.11.23 | British Nursing Index | Heart attack AND Gender difference AND Knowledge gap | Fagfelleverdert Engelskspråklig Publisert de siste 10 årene Europa | 12 | 6 | 1 | 1 |
| 30.11.23 | | Women AND Heart attack AND Disparity | Fagfelleverdert Engelskspråklig Publisert de siste 10 årene | 217 | 2 | 2 | 0 |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|----------|--|--|--|--|
| | | | Europa, Norge | Sverige, | | | | |
|--|--|--|------------------|----------|--|--|--|--|

8.2 Vedlegg 2. Litteratormatrise

| Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land | Artikkeltittel | Hensikt | Perspektiv | Metode og analyse | Studiepopulasjon | Resultat |
|--|--|---|-----------------------|--|--|---|
| Artikkel 1: Jortveit, J., Govatsmark , R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. 2016 Tidsskrift for den Norske Lægeforeni ng Norge | <i>Kjønnsforskje ller i utredning og behandling av hjerteinfarkt</i> | Avdekke kjønnsforskjeller i utredning, behandling, komplikasjoner og overlevelse ved hjerteinfarkt i Norge. | Pasientperspe ktiv | Kvantitativ tilnærming. Retrospektiv registerbasert metode. Registerdata ble analysert for å undersøke forskjeller i utredning, behandling, komplikasjon og overlevelse mellom kvinner og menn, med bruk av statistiske metoder som Cox-regresjon. | Studiepopulasjo nen omfattet alle pasienter med akutt hjerteinfarkt innlagt på norske sykehus fra 1.januar 2013 til 31.desember 2014 og registrert i Norsk hjerteinfarktregi ster. | Resultatene viste at færre kvinner enn menn ble utredet med koronar angiografi ved akutt hjerteinfarkt, og at kvinner sjeldnere fikk sekundærprofylakti ske medikamenter ved utskriving. Det var imidlertid ingen større forskjell i forekomst av komplikasjon eller overlevelse mellom kvinner og menn etter hjerteinfarkt. |
| Artikkel 2: Ankerstjern e Rasmussen, Anne. Fridlund, Bengt. Nielsen, Karina. Bernholdt Rasmussen, Trine. Thrysoee, Lars. Borregaard, Britt. Brun Thorup, | <i>Gender differences in patient- reported outcomes in patient with acute myocardical infarction</i> | Undersøke om det er en sammenheng mellom kjønn og helserelaterte pasientrapporterte resultater (PRO) ved utskriving fra et dansk hjertesenter etter akutt hjerteinfarkt. | Pasientperspe ktiv | Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie av 2131 pasienter med akutt hjerteinfarkt ved hjelp av ulike helse-relaterte pasientrapporterte spørreskjema, inkludert Health- survey Short Form- 12 (SF-12), HeartQol five dimentional questionnaire EQ- | Studien inkluderte en populasjon på 2131 pasienter utskrevet fra et dansk hjertesenter etter å ha gjennomgått et akutt hjerteinfarkt. | Resultatene viste at kvinner rapporterte dårligere helseutfall sammenliknet med menn. Dette ble observert i flere dimensjoner, inkludert fysisk og mental helse (målt ved SF-12 PCS og SF-12 MCS), emosjonell og fysisk velvære (målt ved |

Kandidatnummer: 1861

| | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--|--|---|
| <p>Charlotte. Kikkenborg Berg, Selina. Elmoose Mols, Rikke</p> <p>2022</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Danmark</p> | | | | <p>5D-5L), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) og Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)</p> <p>Pasientrapporterte resultater ble knyttet til registerbasert informasjon fra nasjonale helse og administrasjonsregistre og justert for potensielle demografiske og kliniske forstyrrende faktorer ved hjelp av tilpassede regresjonsmodeller.</p> | | <p>HeartQoL), livskvalitet (målt ved EQ-5D-5L og EQ VAS), angst og depresjon (målt ved HADS-A og HADS-D), symptomer (målt ved ESAS) og oppfatning av sykdom (målt ved B-IPQ).</p> <p>Justerte regresjonsmodeller bekreftet at kvinner hadde signifikant dårligere resultat på de fleste helse-relaterte pasientrapporterte utfall sammenliknet med menn. Dette inkluderer lavere livskvalitet, økt angst og høyere symptombyrde, mens forskjellene var mindre tydelige for depresjon og noen aspekter av sykdomsoppfatning.</p> |
| <p>Artikkel 3: Wenzl, F. A., Kraler, S., Ambler, G., Weston, C., Herzog, S. A., Räber, L., Muller, O., Camici, G., Roffi, M., Rickli, H., Fox, K. A. A., de Belder, M., Radovanovi</p> | <p><i>Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and</i></p> | <p>Evaluerer ytelsen til Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) 2.0-scoren i å forutsi innleggelsesmortalitet for mannlige og kvinnelige pasienter med akutt NSTEMI. Videre var hensikten å utvikle en forbedret score, GRACE 3.0, som tar hensyn til</p> | <p>Pasientperspektiv</p> | <p>Kvantitativ tilnærming</p> <p>Metoden inkluderte en kombinasjon av retrospektive analyser, maskinlæringsteknikker og ekstern validering for å evaluere og forbedre prognostiske verktøy for NSTEMI-pasienter.</p> | <p>Studiepopulasjonen inkluderte 420 781 pasienter med NSTEMI fra nasjonale kohorter i Storbritannia og 20 727 pasienter fra Sveits. Pasientene var mellom 18 og 55 år og ble inkludert i perioden fra</p> | <p>Ved innleggelse viste kvinnelige pasienter markerte forskjeller i risikofaktorer sammenliknet med menn. GRACE 2.0-scoren undervurderte dødsrisikoen for innlagte pasienter mer betydelig hos kvinner enn menn. Imidlertid viste den nye GRACE-3.0</p> |

Kandidatnummer: 1861

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| <p>c, D., Deanfield, J., & Lüscher, T. F. 2022 The Lancet Storbritanni a og Sveits</p> | <p><i>Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation.</i></p> | <p>kjønnsforskjeller i sykdomskaracteri ka og dermed reduserer kjønnsforskjellene i risikovurdering.</p> | | | <p>1.januar 2005 til 27.august 2020.</p> | <p>scoren overlegen diskriminering og god kalibrering i både mannlige og kvinnelige pasienter, og reduserte kjønnsforskjellene i risikovurderingen. Dette indikerer at GRACE 3.0-scoren kunne bidra til en mer nøyaktig risikovurdering og dermed bedre behandlingsbeslutn inger for pasienter med NSTEMI.</p> |
| <p>Artikkel 4: Redfors, B., Angeras, O., Ramunddal, T., Petursson, P., Haraldsson, I., Dworeck, C., Odenstedt, J., Ioaness, D., Ravn- Fischer, A., Wellin, P., Sjoland, H., Tokgozoglu , L., Tygesen, H., Frick, E., Roupe, R., Albertsson, P., & Omerovic, E. 2015</p> | <p><i>Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction in Western Sweden: A Report From the Swedish Web System for Enhancement of Evidence- Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEA RT)</i></p> | <p>Undersøke om det eksisterer kjønnsesifikke forskjeller i klinisk forløp, diagnose og behandling av akutt hjerteinfarkt.</p> | <p>Pasientperspe ktiv</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Retrospektiv observasjonsstudier som sammenlikner behandlingen og prognosen til menn og kvinner med akutt hjerteinfarkt i Västra Götaland, Sverige mellom januar 1995 og oktober 2014 ved hjelp av data fra SWEDEHEART- registeret.</p> | <p>Data hentet fra den prospektive SWEDEHEAR T-registry.</p> | <p>Kvinner som gruppe hadde bedre aldersjustert prognose enn menn, men denne overlevelsesfordele n var fraværende for yngre kvinner (under 60 år) og kvinner med STEMI. Sammenliknet med menn var yngre kvinner og kvinner med STEMI mer sannsynlig utvikle prehospitalt kardiogent sjokk og mindre sannsynlig å få forskrevet evidensbasert behandling ved utskrivning. Forskjeller i behandling mellom kjønn avtok ikke over studieperioden.</p> |

Kandidatnummer: 1861

| | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--|---|---|
| Journal of the American Heart Association | | | | | | |
| Sverige | | | | | | |
| <p>Artikkel 5: Jackson, A. M., Zhang, R., Findlay, I., Robertson, K., Mitchell, L., Morris, T., Forbes, B., Papworth, R., McConnachie, A., Mangion, K., Jhund, P. S., McCowan, C., & Berry, C.</p> <p>2020</p> <p>European Heart Journal. Quality of Care and Clinical Outcomes, Skottland</p> | <p><i>Healthcare disparities for women hospitalized with myocardial infarction and angina.</i></p> | <p>Undersøke kjønns spesifikke forskjeller i presentasjonsegenskaper, behandling og total dødelighet blant pasienter innlagt på sykehus med hjerteinfarkt eller angina.</p> | <p>Pasientperspektiv</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Studien brukte kohortdesign og analyserte data fra pasienter innlagt med Hjerterinfarkt eller angina I NHS Scotland mellom oktober 2013 og juni 2016.</p> | <p>Studiepopulasjonen omfattet alle pasienter innlagt med Hjerterinfarkt eller angina I NHS Scotland mellom oktober og juni 2016.</p> | <p>Resultatene av studien viser at kvinner hadde en høyere dødsrate. Etter å ha justert for grunnleggende risikofaktorer, forble det kjønnsforskjeller for pasienter med Hjerterinfarkt knyttet til behandlingstid, invasiv behandling og bruk av sekundærprofylaktiske terapier.</p> |
| <p>Artikkel 6: Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N.</p> | <p><i>Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young</i></p> | <p>Undersøke kjønnsforskjeller ved symptompresentasjonen, oppfatning av symptomer og helseatferd hos</p> | <p>Pasientperspektiv</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittundersøkelse. Studien involverte strukturerte pasientintervjuer og analyserte</p> | <p>2009 kvinner og 976 menn i alderen 18-55 år som ble innlagt for akutt hjerterinfarkt på 103 sykehus i USA som</p> | <p>Resultatene viste at brystmerter var det vanligste symptomer ved akutt hjerterinfarkt for både kvinner og menn, men kvinner hadde en tendens</p> |

Kandidatnummer: 1861

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| <p>P., Daneshvar, M., Spertus, J. A., & D'Onofrio, G. 2018 Circulation USA</p> | <p><i>Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients).</i></p> | <p>pasienter med akutt hjerteinfarkt.</p> | | <p>dataene ved hjelp av multivariat hierarkisk logistisk regresjon for å vurdere forholdet mellom kjønn og symptompresentasj on.</p> | <p>deltok i VIRGO-studien (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI- patients)</p> | <p>til å ha flere tilleggsymptomer enn menn. Kvinner hadde også en høyere sannsynlighet for å oppleve hjerteinfarkt uten brystsmerter, spesielt ved STEMI. Videre var kvinner mer tilbøyelige til å oppfatte symptomene som stress eller angst, men de var mindre tilbøyelige til å tilskrive dem muskelsmerter sammenliknet med menn. Til tross for å søke medisinsk hjelp før innleggelse, ble kvinner i større grad enn menn fortalt av helsepersonell av symptomene deres ikke var hjerte- relaterte.</p> |
|---|---|---|--|--|--|---|