



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1030

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hjerteinfarkt hos kvinner - en skjult fare

Antall ord *: 8994

Tro- og loverklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

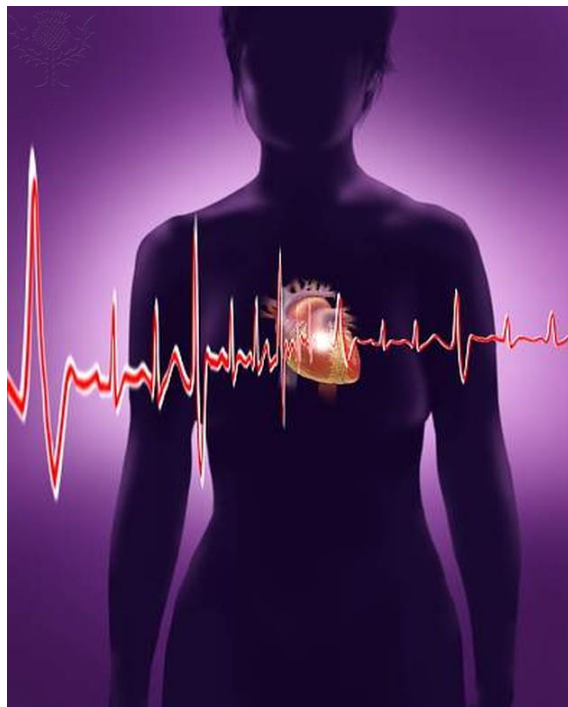
**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Hjerteinfarkt hos kvinner – en skjult fare



Bilde hentet 14. april 2018 fra https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/myocardial-infarction-in-women/1/139_1938890/Heart-Attack

Kull: 2015

Antall ord: 8994

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Forord

HJERTETRU

Søster, du var med
du holdt mæ levende
Du - som med viljeblick
aldri slapp det ansvar du fikk
Du har vært med å så
sunnhetsfrø og hjertehåp
Nære spira, gjør den stor
trygge hender, trygge ord.

Du så, du visst at æ trengt å forstå
en som var der og tok vare på mæ
som virkelig så mæ
Du, ingen å ingen, men du
Gjennom skya og himmel og sola som snur
var du den som ga hjertet tru (...).

Tekst og musikk: Esther Buchmann/EstherOrkester (Buchmann, u.å., gjengitt med tillatelse).

Gjennom denne teksten, første skoledag på sykepleierutdanningen i august 2015, ble jeg overbevist om at jeg hadde tatt rett valg. Sykepleier var det jeg skulle bli. Prosessen har vært lang, men jeg angrer ikke et sekund.

Jeg vil rette en stor takk til Ingrid Lindaas for god veiledning, tips og råd. Jeg vil også takke medstudenter og familie for fenomenal støtte underveis i skriveprosessen. Jeg ville ikke vært foruten dere.

Haugesund, april 2018.

Sammendrag

Tittel: Hjerterinfarkt hos kvinner – en skjult fare

Bakgrunn: Kvinner har høyere risiko for dødsfall ved et hjerterinfarkt enn menn, og kan ha andre, mer diffuse symptomer på hjerterinfarkt. Det er derimot få som er klare over at andre symptomer også kan være et hjerterinfarkt. Tiden fra symptom til behandling er avgjørende. Kvinner kommer senere til behandling og får sjeldnere samme behandlingstilbud som menn. Dette kan få fatale konsekvenser.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering og behandling av kvinner med akutt hjerterinfarkt?

Hensikt: Jeg ønsker å øke bevisstheten samt få mer kunnskap og innsikt i hvordan en kan identifisere akutt hjerterinfarkt hos kvinner på et tidligere tidspunkt, med mål om tidlig behandling og dermed redusere myokardskade og mortalitet.

Metode: Litteraturstudie. Faglitteratur og forskning har blitt anvendt for å belyse og gi svar på problemstillingen.

Funn: Kvinnene manglet kunnskap om uspesifikke symptomer som kan oppstå ved akutt hjerterinfarkt og kommer dermed senere til behandling. De opplevde også barrierer i forhold til hvordan de ble møtt og trodd av helsepersonell, men fremhevet sykepleierne som en god ressurs og støtte. Sykepleierens kunnskap og ferdigheter er av stor betydning for å kunne oppdage subtile endringer og forverring i pasientens tilstand. Sykepleieren bør ha kunnskap om hvordan kommunisere sine vurderinger videre til lege for å bidra til tidlig identifisering og behandling av hjerterinfarkt hos kvinner

Konklusjon: Det er nødvendig at kvinner får tilstrekkelig med kunnskap for å kunne erkjenne utviklingen av et hjerterinfarkt. Sykepleieren har en undervisende funksjon, og bør dermed fremme sin kunnskap om hjerterinfarkt hos kvinner. Kvinnen er avhengig av en god relasjon med sykepleier for å bli sett, hørt og trodd. Sykepleieren skal ha både gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å kunne møte den syke med omsorg. Ulike kartleggingsverktøy kan være gode hjelpemidler for å tidlig identifisere hjerterinfarkt hos kvinner, og ved å bruke kommunikasjonsverktøy, kan det bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og lege og dermed sørge for at kvinnen kommer tidligere til behandling.

Abstract

Title: Acute myocardial infarction in women – a hidden danger

Background: Women are at higher risk of death when a acute myocardial infarction occurs than men are. They also may have other, more diffuse symptoms of an acute myocardial infarction. Few are aware that other symptoms may also be a heart attack. The time from symptom to treatment is crucial. Women are treated at a later point and receive less treatment options than men. This can have fatal consequences.

Research question: How can nurses contribute to early identification and treatment of acute myocardial infarction in women?

Aim: I want to raise awareness as well as gain more knowledge and insight into how to identify acute myocardial infarction in women at an earlier time, with goals for early treatment and thus reducing myocardial damage and mortality.

Method: Literature study. Literature and research have been used to illuminate and provide answers to the research question.

Findings: The women lacked knowledge of unspecific symptoms that may occur in acute cardiovascular disease and subsequently come to treatment. They also experienced barriers to how they were met and believed by health professionals, but highlighted the nurses as a good resource and support. The nurse's knowledge and skills are of great importance in order to detect subtle changes and patient deterioration. The nurse should have knowledge of how to communicate her assessments to a physician to contribute to early identification and treatment of acute myocardial infarction in women

Conclusions: It is necessary that women acquire sufficient knowledge to acknowledge the development of an acute myocardial infarction. The nurse has a teaching function, and should thus promote her knowledge of acute myocardial infarction in women. The woman relies on a good relationship with the nurse to be seen, heard and believed. The nurse should have both good knowledge, skills and attitudes to meet the sick with care. Various mapping tools can be useful for early identification of acute myocardial infarction in women, and using communication tools can improve communication between nurses and physicians, and by that ensure that the woman is previously treated.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	2
1.3 Presisering og avgrensning.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Hjerteinfarkt	3
2.1.1 Symptomer	3
2.1.2 Behandling	4
2.1.3. Risikofaktorer.....	5
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv: Kari Martinsen.....	5
2.3 Resiliens	6
2.4 Kvalitet i helsetjenesten.....	7
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode.....	9
3.2 Søkeprosess	9
3.3 Kildekritikk	10
3.4 Metodekritikk	11
3.5 Etske overveielser	11
4.0 Resultat.....	12
4.1 Artikkel 1.....	12
4.2 Artikkel 2.....	13
4.3 Artikkel 3.....	14
4.4 Artikkel 4.....	15
4.5 Artikkel 5.....	16
4.6 Artikkel 6.....	17
5.0 Drøfting	18

5.1 Styrking av kvinners resiliens ved hjerteinfarkt.....	18
5.2 Relasjonens betydning for å fremme helse.....	20
5.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder i møte med kvinnelige pasienter med akutt hjerteinfarkt	23
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanser.....	28
Vedlegg I : Søkeprosessen.....	I
Vedlegg II : Eksempel på kritisk vurdering av artikkel	VI
Vedlegg III: Kartleggingsverktøy	X

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne oppgaven er akutt hjerteinfarkt hos kvinner. Det er registrert 11556 pasienter i Norge med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt. Det ble registrert 30 dagers overlevelse av 7305 menn og 3930 kvinner. Det er fremdeles slik at menn er i større risiko for hjerteinfarkt enn kvinner, men rapporten til Folkehelseinstituttet (2016) viser at det forekommer hyppigere dødsfall blant kvinner, 10,9 % mot 6,5 % blant menn.

Kvakkestad, Wang, Eritsland og Halvorsen (2017) fant at kvinner er eldre når et hjerteinfarkt oppstår, men at insidensen er lik om en forskyver aldersforskjellen mellom kvinner og menn. I følge Eikeland, Haugland og Stubberud (2016, s. 215-216) har hjertesykdom i alle år blitt betraktet som en manns sykdom, og beskriver at kvinner kan ha andre, mer diffuse symptomer på hjerteinfarkt enn menn. Flere studier (Johansson, Swahn & Strömberg, 2008, McKinley et al., 2009, Perkins-Porras, Whitehead, Strike & Steptoe, 2009) har funnet at både pasienter og pårørende er usikre på symptomene og når det er nødvendig å søke hjelp. Det samsvarer også med egne erfaringer i jobb og i praksis.

De vanligste symptomene på hjerteinfarkt er brystmerter, av stikkende eller pressende karakter, utstrålende smerter til venstre arm eller hals samt tungpust. Det er derimot få som er klare over at andre symptomer også kan være et hjerteinfarkt. Tiden fra symptom til behandling er avgjørende. *Tid er myokard*. Kvinner kommer senere til behandling og får sjeldnere samme behandlingstilbud som menn. Dette kan få fatale konsekvenser (Løchen og Gerds, 2015, s. 90-95).

Ifølge Rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) skal en ferdig utdannet sykepleier ha både handlingsberedskap og handlingskompetanse. Ved et hjerteinfarkt vil en stor del av sykepleiers ansvar være å observere, kritisk vurdere og utføre sykepleietiltak. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47. (2008-2009)) belyser pasientens rolle og har som mål at helsetjenesten som utøves skal være samordnet og helhetlig. Videre ønskes det at det skal være god behandlingskvalitet på pasientforløpet, uansett hvem som har ansvaret for tjenestene.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å øke bevisstheten, få mer kunnskap og innsikt i hvordan en kan identifisere hjerteinfarkt hos kvinner på et tidligere tidspunkt, med mål om å redusere myokardskade og mortalitet.

” Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner?”

1.3 Presisering og avgrensning

Hovedfokuset for oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til tidlig identifisering og behandling av hjerteinfarkt hos kvinner på sykehus. Jeg har valgt å ikke avgrense meg til spesialavdelinger for hjertesykdommer, ettersom hjerteinfarkt og kan oppstå på annen sengepost. Årsaken til at jeg har valgt å skrive om inneliggende kvinner er på bakgrunn av at det er sykepleier som oftest er den første til å vurdere pasientens tilstand. Ettersom hjerteinfarkt kan oppstå i alle aldre, har jeg valgt å ikke avgrense til en spesifikk alder. Etter mange søk på databaser, opplever jeg at internasjonal forskning går mer ut på en fellesbetegnelse av akutt hjerteinfarkt, og har dermed valgt å inkludere både kvinner med STEMI og NSTEMI i oppgaven.

2.0 Teori

I teoridelen vil jeg definere hva hjerteinfarkt, STEMI og NSTEMI er, og hvilke symptomer, behandling og risikofaktorer som kan være tilstede ved hjerteinfarkt hos kvinner. Videre vil jeg beskrive deler av Kari Martinsens omsorgsteori, for så å beskrive hva resiliens er og hva kvalitet i helsetjenesten innebærer.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom og oppstår når hjertemuskelen ikke får tilstrekkelig med oksygenrikt blod. Den hyppigste årsaken til iskemisk hjertesykdom er at det oppstår aterosklerotiske forandringer i koronararteriene som forsyner hjertet med oksygenrikt blod. Årene blir trangere, sirkulasjonen hemmes og fører dermed til skade på hjertemuskelen. Ca. 20% av kvinnene som utviklet et akutt hjerteinfarkt får ikke påvist stenoser ved koronar angiografi. Det kalles non-obstruktiv iskemisk hjertesykdom. Denne typen hjertesykdom er vanligst blant kvinner og er en mindre utforsket type koronarsykdom (Løchen & Gerds, 2015, s. 76, 86). Akutt koronarsykdom omfatter ustabil angina pectoris (UAP), non-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjonsinfarkt. Jeg velger å ha fokus på NSTEMI¹ og STEMI² ettersom UAP ikke alltid medfører markørstigning ved tidlig diagnostisering av hjerteinfarkt.

2.1.1 Symptomer

Kvinner med akutt hjerteinfarkt kan oppleve andre, mer uspesifikke symptomer enn menn. Tabell 1 (Løchen & Gerds, 2015, s. 91-92) viser hvilke symptomer kvinner kan oppleve ved hjerteinfarkt, samt prosentandel. Kvinner opplever også oftere varselsymptomer i ukene før et hjerteinfarkt oppstår. Varselsymptomer kan være betydelig trøtthet, søvnproblemer og fordøyelsesplager. Kvinner har høyere sannsynlighet til å bortforklare symptomene eller knytte plagene til andre organer enn hjertet. Ved akutte brystmerter med eller uten utstråling,

¹ NSTEMI skyldes redusert blodtilførsel til hjertemuskelen, økt oksygenbehov eller begge deler. Koronare kar er ikke 100% okkludert. Diagnose stilles basert på sykehistorie og pasientens symptomer. For ustabile pasienter eller de som er definert som høyrisikopasienter, anbefales det invasiv utredning innen 24 timer og 72-96 timer for pasienter med middels risiko (Eikeland, Gimnes & Holm, 2015, s. 540).

² STEMI innebærer 100% okklusjon i koronararterie. Desto lenger en arterie er okkludert, jo større blir skaden. EKG-forandringer kan sees etter ca. 60 sekunder. Pasienter med STEMI kan ha mange symptomer, og symptomene er ikke alltid klassiske for et hjerteinfarkt. På bakgrunn av dette er det viktig at de diagnostiske rutinene er gode slik at en kan iverksette tiltak umiddelbart (Eikeland, Gimnes & Holm, 2015, s. 540).

andre symptomer eller akutt tungpust og varighet > 20 minutter, tenk hjerteinfarkt! (Løchen & Gerds, 2015, s. 90-91).

Tabell 1 Symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner

Brystsmerter	69%
Smerte i arm og skulder	63%
Besvimelse	61%
Smerter i venstre arm	50%
Svette	49%
Kvalme	48%
Svakhetsfølelse	47%
Dyspnè	46%
Tretthet	44%
Smerter i høyre arm	33%
Smerter i venstre skulder	28%
Fordøyelsesproblemer	28%
Hjertebank	26%
Nakkesmerter	23%
Oppkast	22%
Smerter i høyre skulder	20%
Svimmelhet	18%
Ryggsmerter	18%
Magesmerter	15%
Hodepine	13%
Kjevesmerter	10%
Smerter øverst i magen	10%

2.1.2 Behandling

Hjerteinfarkt er en livstruende tilstand. Ved mistanke om akutt hjerteinfarkt skal det tas EKG snarest mulig, blodtrykket skal måles og en skal overvåke hjerterytmen for å avgjøre om det er behov for utblokking av tette blodkar. Ved STEMI skal pasienten overføres til nærmeste sykehus for utblokking umiddelbart. Om det ikke vises ST-elevasjon på EKG, skal pasienten overføres til overvåkningsenhet og behandles med blodfortynnende medisiner. For å undersøke årsaken til infarkt anbefales det utredning med koronar angiografi. Ved hjerteinfarkt gis det standardisert behandling til pasienten etter MONA- prinsippet

(smertestillende morfin, oksygen for å sikre tilstrekkelig oksygenering, nitroglyserin for å utvide blodkarene og blodfortynnende acetylsalisylsyre (Løchen & Gerdts, 2015, s. 93-94). For mer utdypende forklaring for behandling av hjerteinfarkt, se de europeiske retningslinjene av Ibanez et al. (2018).

2.1.3. Risikofaktorer

Det finnes flere fysiologiske risikofaktorer³ til iskemisk hjertesykdom. Kvinner får hjerteinfarkt 10 år senere enn menn, og forekomsten oppstår hyppigere ved økende alder. Har noen derimot fått hjerteinfarkt i tidlig alder i nær familie, vil også det øke risikoen. Røyking og diabetes type 2 er en større risikofaktor for kvinner enn hos menn. Blant personer med lav sosioøkonomisk status er det både høyere prevalens og insidens for iskemisk hjertesykdom enn for dem med høyere utdanning og høyere inntekt. Samtidig er depresjon eller akutt og kronisk stress knyttet til kvinners risiko for iskemisk hjertesykdom (Løchen & Gerdts, 2015, s. 88-90). Anemi, lungeemboli, arytmier og sentralstimulerende midler kan også føre til hjerteinfarkt (Ellingsen, 2016, s. 59).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv: Kari Martinsen

Kari Martinsens omsorgsfilosofi er opptatt av de grunnleggende spørsmålene om menneskelivets natur og livsvilkår og de konsekvensene det innebærer for sykepleien. Mennesker er avhengig av hverandre, noe som står sentralt ved situasjoner der mennesket har behov for hjelp, for eksempel ved sykdom (Martinsen, 2003a, s. 14-15). Relasjonene er basert på tillitt og barmhjertighet, og omsorg er grunnleggende for sykepleieutøvelsen. Mennesket kan ikke betraktes isolert fra sine omgivelser, men må sees som en helhet. Sykepleiens mål er å handle med omsorg for pasienten og hjelpe ut i fra en indre forståelse over hva pasienten har behov for. En kan med andre ord si at omsorg er hvordan sykepleieren møter pasienten og hvordan sykepleieren velger å handle (Martinsen, 2003a, s. 28).

Sykepleieforskningen bør være opptatt av å avdekke praktisk kunnskap og Martinsen uttrykker at medmenneskelighet ikke kan læres av vitenskapelig forskning (Martinsen, 2003b, s. 34-35). Hun sier sykepleieren må ha en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter

³ Fysiologiske risikofaktorer er røyking, inaktivitet, overvekt, høyt blodtrykk, usunt kosthold, høyt kolesterol, autoimmune sykdommer som revmatoid artritt, SLE og stoffskiftesykdommer

og organisasjon for å møte den syke med omsorg (Martinsen, 2003a, s. 75). Den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen blir fremhevet som en sentral del av sykepleien, noe som også inkluderer taus kunnskap og faglig skjønn. (Martinsen, 2003a, s. 21-22). En kan dermed stille spørsmål om Martinsens synspunkt har blitt inkludert i dannelsen av de yrkesetiske retningslinjene som vi må forholde oss til den dag i dag. Norsk Sykepleierforbund (2011) beskriver de yrkesetiske retningslinjene og tilsier at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Martinsen (2003c, s. 91) er opptatt av sykepleierens faglige skjønn i møte med pasienten, det er her den riktige dømmekraften erverves. Kari Martinsen (2003a, s. 23) beskriver en læreprosess fra elev til mester som kan sees i sammenheng med hvordan Dreyfus-brødrene fremhevet fem ferdighetsnivåer der en ervervet og utviklet sin kunnskap fra novise til ekspert.

Novisen er nybegynneren. Sykepleierstudenten som ikke har noe erfaring, undervises og veiledes, men blir begrenset av den lærebokstyrende atferden. Nybegynnere kan også være om erfarne sykepleiere blir satt i en ukjent situasjon. Gjennom å tilegne seg kunnskap og erfaringer, går novisen gjennom ulike stadier, og ender til slutt opp som kyndig eller ekspert. Den kyndige har en helhetlig forståelse og gjør sykepleieren til en bedre beslutningstaker. Den kyndige er dyktig på å gjenkjenne tegn på forandring i pasientens tilstand før objektive tegn er til stede. Eksperten derimot, handler ut i fra en ytterligere forståelse av situasjonen. Eksperten behersker og mestrer situasjonen i sin rolle og har evnen til å ha et større fokus på mulighetene. Eksperten analyserer, men foretar også sine vurderinger og beslutninger ut fra erfaring, faglig skjønn og intuisjon (Martinsen, 2003a, s. 23, Dreyfus & Dreyfus, 1980).

2.3 Resiliens

Mennesker som har god resiliens klarer å håndtere kriser og påkjenninger på en positiv måte. Resiliens er et relativt nytt begrep under helsefremming. Målet er å styrke de menneskene som er i situasjoner med stor risiko for å utvikle sykdom (Moksnes & Eilertsen, 2016, s. 99, 101). Resiliens kan defineres som en psykologisk motstandskraft, en måte å mestre på, og innebærer ulike faktorer som bidrar til at en beholder en psykisk styrke og helse til tross for påkjenninger (Varvin, 2009, s. 404). Menneskets ressurser er et viktig fokus innen resiliensbegrepet, og en må se sammenhengene mellom egenskapene til mennesket og menneskets omgivelser. Beskyttende faktorer er at mennesket har positive personlige

egenskaper, støtte fra familie og et støttende miljø utenfor familien (Moksnes & Eilertsen, 2016, s. 101-103).

Resiliens handler om utvikling av kompetanse eller relasjoner som ligger latent. Ved å ha et resiliens-perspektiv vil det bidra til å utvikle de ressurser som den enkelte har til mestring (Varvin, 2009, s. 404-405). Resiliens retter oppmerksomheten mot prosesser som bidrar til god helse (Bonanno, Westphal & Mancini, 2011). For å vite hva som kan fremme resiliens, må også sykepleier ha kunnskap og være bevisst på hvilke faktorer som kan være med på å svekke resiliens og føre til dårlig helse. Ved å ha økt kunnskap om resiliensbegrepet kan det bidra til at en får en større forståelse av menneskets opplevelse av sykdom, og er viktig å inkludere for å iverksette hensiktsmessige tiltak. Tiltakene som blir iverksatt kan være med på å fremme eller hemme resiliens, ikke bare hos pasienten, men også for de pårørende (Moksnes & Eilertsen, 2016, s. 109).

2.4 Kvalitet i helsetjenesten

Institute of Medicine definerer kvalitet i helsetjenesten på følgende måte; *«Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap»* (sitert i Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 347). Hensikten med tiltakene er å redusere helseplager og lidelse, øke funksjonsnivå og livskvalitet, forebygge helsesvikt og redusere risiko for skade (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 347-378). Målene for kvalitet er stadig i endring ettersom fagkunnskaper utvikler seg konstant, og norske helsemyndigheter har dermed beskrevet seks krav til kvalitet i sykepleie (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Pasientsikkerhet er et av de viktigste kravene pasientene har i møtet med helsevesenet. Hvordan helsevesenet blir organisert når det gjelder bemanning og arbeidsbetingelser, vil påvirke utfallet av pasientsikkerheten. Sykepleier skal beskytte pasienten mot skade, ha et helhetlig syn på pasienten og sørge for at det er kontinuitet i pasientforløpet. I tillegg skal sykepleier sørge for at helsehjelpen som utøves er faglig forsvarlig, der forskning, klinisk praksis og pasienterfaringer skal legges til grunn for all handling. Hva som vil betegnes som forsvarlig utøvelse av sykepleie, vil være avhengig av hvilke kvalifikasjoner som det er forventet at sykepleier har. Det vil dermed si at det settes høyere krav til kompetanse hos en ekspert enn en novise (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 349-354)

Det er forventet at sykepleier har et omfattende kunnskapsgrunnlag, og ved hjelp av kunnskap og erfaring blir det enklere for sykepleier å vurdere og forstå dataene som blir innhentet. Å fange opp tidlige tegn på sykdomsutvikling og iverksette nødvendige tiltak, kan bidra til at pasientens helse og livskvalitet blir opprettholdt. Hvordan sykepleier velger å handle vil påvirke pasientens opplevelse av å være syk samt resultatet av helsehjelpen. Ved bruk av vurderingsskjemaer kan sykepleier bidra til å tidlig identifisere fare for utvikling av et alvorlig sykdomsforløp, redusere dødelighet og bedre prognosen hos akutt syke pasienter.

Vurderingsskjemaer er et godt hjelpemiddel når sykepleier skal presentere endringer i vitale tegn og informere om forverring i pasientens tilstand, og vil dermed bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og lege, noe som er gunstig for pasientforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20-29). Ulike vurderingsskjemaer som blir brukt for å kartlegge pasientens tilstand som ABCDE, SKUV, NEWS samt ISBAR legges som Vedlegg III⁴.

⁴ Brosjyren/eksemplene på vurderingsverktøy i vedlegg III er utlevert til sykepleierstudenter og utformet av Høyskolen på Vestlandet. For mer utdypende forklaring av verktøyene, se Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse (s. 29-34). I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.

3.0 Metode

En metode blir brukt som et middel for å finne frem til ny kunnskap og løse problemer. Det finnes flere ulike metoder som alle har samme mål, nemlig å komme frem til påstandens reliabilitet (troverdighet) og validitet (gyldighet). Kravet til enhver metode er å finne en måte å systematisere tankene våre på. Hvilken metode som blir tatt i bruk avhenger av hvordan metoden kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

Kvantitativ metode vil ta utgangspunktet i tall og statistikk, og er lite fleksibel i datainnsamlingen. Undersøkelsene har ofte mange deltakere, noe som fører til at funnene kan generaliseres (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 172). Undersøkelsene er ofte basert på spørreskjema eller systematiske observasjoner, og hensikten er å formidle forklaringer på en problemstilling (Dalland, 2017, s. 52-53).

Kvalitativ metode har som formål å undersøke individets erfaringer og opplevelser. Undersøkelsene er ofte basert på få deltakere, men går mer i dybden på det en ønsker svar på. Resultatene lar seg ikke måle på samme måte som ved en kvantitativ undersøkelse. (Christoffersen et al., 2015, s. 53-54). Forskeren har et innenfra-perspektiv og ønsker å skape en økt forståelse, samt formidle helhet og sammenheng (Dalland, 2017, s. 53).

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie har som formål å innhente data fra eksisterende fagkunnskap, teori eller forskning og avdekke kunnskap som finnes. Ved å bruke litteraturstudie som metode vil en kunne innhente et bredt spekter av erfaringer fra både helsepersonell og pasienter (Dalland, 2017, s. 211). Det er litteraturen som blir studert, og oppgaven har ikke som formål å presentere ny kunnskap. Ved å skaffe seg en oversikt over kunnskapen som vår yrkesgruppe er opptatt av, vil det bidra til en videre systematisering av denne kunnskapen (Støren, 2013, s. 16-17).

3.2 Søkeprosess

Jeg har valgt å søke på forskning hovedsakelig via databasene Cinahl og PubMed. Følgende søkeord har blitt brukt for å komme frem til artiklene jeg har valgt å bruke i resultatdelen: ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION + ACUTE MYOCARDIAL INFARCTS + AMI + WOMEN + SYMPTOMS + PHYSICAL ASSESSMENT SKILLS + NURS*. Søkeordene ble

sammensatt ved å bruke AND og/eller OR. Jeg har også foretatt manuelle søk på Google Scholar etter å ha gjennomgått referanselistene til ulike systematiske oversiktsartikler, samt forskningsartikler fra Sykepleien Forskning. Jeg har valgt å søke på engelsk da det utvider søkeresultatene, og avgrenset søkene til 5 år, fra 2013-2018. En mer utdypende søkehistorikk, ligger i Vedlegg I. I tillegg til de seks utvalgte forskningsartiklene, har jeg valgt å bruke annen pensum- og faglitteratur, ulike nettressurser og andre forskningsartikler som kan bidra til å belyse problemstillingen.

3.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2017, s. 158) betyr kildekritikk at en skal vurdere og karakterisere litteraturen en har funnet opp mot problemstillingen. Et spørsmål jeg kan stille meg er om jeg kan stole på funnene fra de undersøkelsene som jeg velger å bruke i oppgaven. Ved analysering av forskning er det viktig å ha et kritisk blikk for å vurdere artikkelens kvalitet. Undersøkelsen skal kunne gjøre rede for hvordan datainnsamlingen har foregått, hvilke feilkilder som kan påvirke resultatet samt gjøre rede for valg og vurderinger som har blitt gjort. Usikkerhet rundt undersøkelsen må legges åpent frem, slik at leseren kan ta sine egne vurderinger og ta stilling til om resultatene er tilstrekkelige for konklusjonen som blir gitt (Dalland, 2017, s. 55-60). For å sikre kvalitet på artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven, har jeg tatt i bruk sjekklister for kritisk vurdering av artiklene fra Folkehelseinstituttet (2014). Eksempel på kritisk vurdering av en kvalitativ artikkel ligger som Vedlegg II.

Når det gjelder faglitteratur som blir brukt i oppgaven, ønsker jeg å hovedsakelig bruke primærkilder, ettersom det bidrar til en høyere validitet på mine kildehenvisninger. Men ettersom sekundærkilder, som eks. lærebøker, oftest oppsummerer innholdet i primærkildene på en mer oversiktlig måte, har jeg også valgt å bruke dette. Ulempen er at lærebøker er av instruerende sjanger, som kan bidra til at det ikke er rom for tolkning (Støren, 2013, s. 17).

Jeg ønsket å ha fokus på tidlig identifisering av hjerteinfarkt i min oppgave, men ved bruk av søkeordene EARLY INTERVENTION + EARLY IDENTIFICATION + EARLY DIAGNOSIS, kom det opp artikler som hovedsakelig belyste legedelegerte oppgaver, som vurdering av hjertemarkører, vurdering av EKG og vurdering av hjertet ved hjelp av ultralyd. Jeg fant ut at jeg måtte ta i bruk andre søkeord som kunne bidra til en mer helhetlig tilnærming og som belyste både sykepleiers og pasientens ansvar når det gjaldt tidlig identifisering av hjerteinfarkt.

Jeg har valgt ut seks undersøkelser som jeg mener kan belyse problemstillingen på en god måte. Ettersom hjerteinfarkt oppstår i alle land, og det tilsynelatende er en utfordring å identifisere hjerteinfarkt hos kvinner uavhengig av alder, komorbiditet og kultur, har jeg valgt å inkludere kvinner i alle aldre. For å kvalitetssikre undersøkelsene, har jeg lagt vekt på at de følger IMRaD-strukturen i oppbyggingen, og er noe som også blir brukt i min oppgave.

3.4 Metodekritikk

Metodekritikk er å vurdere hvordan metoden har fungert opp mot det en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 225). En litteraturstudie kan ha både styrker og svakheter. Metodens styrke er at en får gjennomgått flere aspekter ved problemstillingen ved å drøfte teori opp mot forskning, og får dermed et mer helhetlig syn på temaet om hjerteinfarkt hos kvinner. Metodens svakhet kan være at problemstillingen blir sett med mine øyne, og det er mulig at andre hadde løst problemstillingen på en annen måte. Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i min oppgave for å få en ytterligere innsikt. Det er også mulig at jeg hadde fått et annet synspunkt og andre resultater på problemstillingen om jeg hadde forsket selv.

3.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler ikke bare om å følge regler, men også om å vurdere hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører (Dalland, 2017, s. 235). Ved å ivareta personvernet vil anonymisering av all data utføres og forskeren har taushetsplikt på lik linje som sykepleiere. Ved forskning på pasienter skal alle prosjekter være godkjent av forskningsetisk komité. Pasienten har full rett på informasjon og skal kunne når som helst trekke seg fra studien eller nekte å delta uten at det får konsekvenser for videre behandling (Slettebø, 2008, s. 34). Jeg skal personlig ikke utøve forskning eller behandle sensitive opplysninger, men det er et viktig punkt at studiene jeg inkluderer følger god forskningsetikk. Jeg er og bevisst på at kvinner med hjerteinfarkt er i en svært sårbar situasjon, noe som kan påvirke resultatene. Videre vil jeg sørge for korrekt kildehenvisning og ikke ta ære for andre sitt arbeid.

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere seks ulike undersøkelser, både av kvalitativ og kvantitativ art, som er med på å belyse problemstillingen fra både kvinnes og sykepleiers perspektiv.

4.1 Artikkel 1

Hensikt: Arslanian-Engoren og Scott (2016) har som hensikt å undersøke kvinners opplevelse av akuttmottakets triagering ved akutt hjerteinfarkt.

Metode: De har gjort en kvalitativ studie som ble gjennomført ved hjelp av fokusgrupper der 14 kvinners opplevelser og beskrivelser ble nedskrevet og analysert. Etter analysing av informasjonen kom en frem til at kvinnene opplevde både hjelp og støtte, men også barrierer i møte med helsevesenet.

Resultat: Faktorer som førte til at kvinnene opplevde støtte var enhetens personell, der spesielt sykepleierne ble fremhevet, og at de fikk korrekt status ved innleggelse. Faktorer som kvinnene opplevde som barrierer var forsinkelser, kommunikasjonsproblemer og feilaktig vurdering av kvinnes tilstand basert på bl.a. kjønn og alder. Disse barrierene bidro til kvinnes opplevelse av å få ulik behandling.

Konklusjon: Kvinner med akutt hjerteinfarkt opplevde flere barrierer på veien mot å få rask anerkjennelse og behandling. Evaluering av behandlingsprosesser er nødvendig for å redusere barrierene og tilrettelegge for hurtig og nøyaktig behandling av kvinner med akutt hjerteinfarkt.

4.2 Artikkel 2

Hensikt: Lichtman et al. (2015) har undersøkt unge kvinners symptomer og erfaringer i sitt møte med helsetjenesten. Hensikten er å gi en økt innsikt i hvordan forbedre tidlig identifisering og behandling av kvinner med hjerteinfarkt.

Metode: Undersøkelsen er av kvalitativ art og har involvert 30 kvinner <55 år som har vært inneliggende på sykehus med akutt hjerteinfarkt. Et utvalg av informasjonsrike kvinner som ble vurdert til å gi innsikt og svar på problemstillingen ble valgt ut. Saturasjon ble oppnådd etter fullførte 30 intervjuer, når ingen av de videre intervjuene ga ny informasjon.

Dybdeintervjuer ble utført via telefon.

Resultat: Funnene ble systematisert under fem hovedpunkter som påvirket kvinnenes opplevelse ved et hjerteinfarkt. 1) Prodromalsymptomene varierte både i varighet og art, 2) kvinnene trodde ikke de var i risiko for hjertesykdom og knyttet symptomene til andre ikke-hjertespesifikke diagnoser, 3) andre gjøremål ble prioritert fremfor å søke hjelp, 4) helsevesenet var ikke konsekvent lydhør ovenfor pasientene, noe som førte til forsinkelser i diagnose og 5) kvinnene oppsøkte ikke rutinemessige kontroller på forkant, derav manglende forebyggende behandling av hjertesykdom.

Konklusjon: Kvinnene vurderte ikke nøyaktig deres risiko for hjertesykdom, rapporterte dårlig forebyggende helseatferd og utsatte å søke hjelp for symptomene. Dette kan tyde på at kjønnsforskjellene i forebyggende og akutt behandling kan bidra til at unge kvinner har høyere mortalitetsrisiko ved ST-elevasjonsinfarkt i forhold til menn. Å identifisere faktorer som kan bidra til økt kunnskap, forbedre forebyggende behandling og bidra til rask hjelpesøkende atferd representerer viktige mål for denne delen av befolkningen.

4.3 Artikkel 3

Hensikt: Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä og Falk (2016) har undersøkt hvordan kvinners opplevelse med å ha et hjerteinfarkt påvirker deres avgjørelse i å søke hjelp.

Metode: Kvalitativ metode. Inklusjonskriterier var kvinner som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt for første gang, alder mellom 18-75, og som kunne snakke og forstå svensk. 17 kvinner i alderen 38-75 år samtykket til å delta. Intervjuet ble foretatt innen 3 uker etter innleggelse. Dybdeintervjuer ble utført og deretter sammenlignet med hverandre frem til det ikke kom opp noen nye funn.

Resultat: Funnene viser at før kvinnene valgte å oppsøke hjelp, gikk de gjennom tre definerte, men sammenhengende prosesser som i sin helhet hindret deres normale aktiviteter og førte til at de handlet ut i fra eksistensielle behov. Kvinnes opplevelse av sykdommens progresjon, både i varighet og symptom var meget ulike, og førte dermed til at de oppsøkte hjelp på ulike tidspunkt. Noen ganger ble det søkt hjelp livstruende sent og andre ganger før utvikling av selve hjerteinfarkt.

Konklusjon: Tre mekanismer må oppstå samtidig om kvinner med hjerteinfarkt skal få medisinsk behandling; kvinnene må erkjenne at symptomene er noe mer enn kroppslige endringer, helsevesenet må være tilgjengelig når kvinnene oppsøker hjelp og kvinnene må komme i kontakt med helsepersonell når hjertemuskelen har tatt nok skade til at det kan måles. Timingen av de tre mekanismene ovenfor, som en sentral del av forsinket behandling, betyr at det er umulig å forvente at individet skal kunne vite eksakt når en skal søke hjelp.

4.4 Artikkel 4

Hensikt: Zambas, Smythe og Koziol-Mclain (2016) har undersøkt konsekvensene av sykepleiers bruk av avanserte kliniske undersøkelsesmetoder på medisinske og kirurgiske sengeenheter.

Metode: Undersøkelsen er basert på en kvalitativ metode der resultatene blir fortolket, og som setter fokus på sykepleiers kunnskaper og vurderinger i møte med pasienten.

Inklusjonskriterier var at sykepleierne rutinemessig brukte avanserte kliniske undersøkelsesmetoder i sitt arbeid, kunne demonstrere sin ekspertise og ferdigheter i vurdering av pasienten og hadde mer enn 1 års erfaring i sin nåværende stilling. 5 kvinnelige deltakere i alder 36 – 54 år ble rekruttert og hadde praktisk erfaring som varierte mellom 3 år og over 30 år. Hver av deltakerne ble intervjuet to til tre ganger for å øke bevisstheten ved hjelp av refleksjon. Det resulterte i 13 detaljerte historier angående den kliniske vurderingen av pasientene. Funnene av undersøkelsen er presentert via en enkelt case for å «la historien tale for seg selv».

Resultat: Funnene viste at bruk av avanserte kliniske undersøkelsesmetoder inkluderte egenskaper som å se etter mer, utfordre inntrykkene og forsøke å forstå. Bruken av avanserte kliniske undersøkelsesmetoder påvirker det sykepleieren ser etter, hva hun ser, vurdering av funn og tiltakene som blir utført. Det er hvordan en tolker og vurderer det en ser, hører eller føler i pasienten som helhet som bidrar til økte avanserte ferdigheter. Hvor viktig det er med en god dialog mellom sykepleier og lege, samt relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende blir også fremmet for å kunne bidra til et forsvarlig pasientforløp

Konklusjon: Avanserte kliniske undersøkelsesmetoder har betydning for en nøyaktig vurdering av situasjonen og bidrar til hensiktsmessig diagnose og behandling i komplekse pasientforløp.

4.5 Artikkel 5

Hensikt: Massey, Chaboyer og Anderson (2016) hadde som hensikt i sin undersøkelse å oppsummere og kritisk vurdere publiserte studier som er relatert til sykepleiers identifisering og tiltak ved forverring av pasienters tilstand på sengepost, samt identifisere manglende litteratur for implikasjoner til videre forskning.

Metode: Undersøkelsen er en oversiktsartikkel basert på kvalitative og kvantitative undersøkelser. Data ble funnet via databaser som Cinahl, Ovid Medline, Informit og Google Scholar. 17 studier ble inkludert i undersøkelsen. Dataene ble deretter oppsummert i tabeller og tematisert i to grupper som omhandlet identifisering og tiltak ved pasientforverring.

Resultat: Identifisering av pasientforverring var avhengig av fire ulike faktorer; sykepleiers vurdering av pasienten, sykepleiers kunnskap om pasienten, utdanning og miljøfaktorer. Tre faktorer påvirket utfallet av sykepleietiltak; ikke-tekniske ferdigheter, tilgang til støtte og negative tilbakemeldinger/svar.

Konklusjon: Tidlig identifisering og tiltak ved klinisk forverring av pasientens tilstand er en kompleks utfordring. Sykepleierens vurderinger og tiltak påvirker pasientsikkerheten.

4.6 Artikkel 6

Hensikt: Lichtman et al. (2018) hadde som hensikt å undersøke antall og type symptomer på hjerteinfarkt hos yngre pasienter, hvordan tidlig identifisering av symptomene påvirket den hjelpesøkende atferden samt undersøke pasientenes møte med helsepersonell.

Metode: Studien er en del av en større undersøkelse der de i denne sammenheng intervjuet pasientene under innleggelse. Deretter har det blitt tatt i bruk en kvantitativ metode for å fremlegge resultatene. Undersøkelsen er en av de største innen nevnte område, og er en av få studier som inkluderer flere kvinner (n= 2009) enn menn (n= 976). Inklusjonskriterier var at pasientene måtte være mellom 18-55 år, ha stigning i hjertemarkører innen 24 timer etter sykehusinnleggelse og ha EKG-forandringer eller symptomer som samsvarte med hjerteinfarkt.

Resultat: Funn fra undersøkelsen viser at kvinner har en høyere sannsynlighet for å utvikle hjerteinfarkt ved tidligere sykehistorie med diabetes, overvekt, slag, nyresvikt eller KOLS, men hadde mindre sannsynlighet for å ha hyperkolesterolemi, STEMI og stenose >50% ved hjerteinfarkt. Kvinnenes symptompresentasjon var i større grad preget av tilleggssymptomer fra mage-tarm-kanalen som obstipasjon, kvalme, magesmerter, smerte/ubehag i kjeve, nakke, armer og mellom skulderblad, samt kortpustethet.

Konklusjon: Over halvparten av pasientene knyttet symptomene til fordøyelsen og sure oppstøt, og spesielt kvinnene knyttet symptomene opp mot stress og engstelse. Funnene viser at symptomenes vedvarende karakter var årsaken til å søke helsehjelp, men at kvinnene oppsøkte hjelp på et senere tidspunkt enn menn. I kontakt med helsepersonell, ble kvinners symptomer i større grad vurdert til å ikke være hjerte-/karrelatert i forhold til menn.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet har jeg valgt å drøfte hvordan sykepleier kan bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner ut i fra funnene fra de inkluderte studiene opp mot det teoretiske rammeverket, fagkunnskap, annen forskning på området og opp mot Kari Martinsens omsorgsteori. For oversiktens skyld har jeg valgt å dele drøftingen opp i tre hovedområder; styrking av kvinners resiliens ved hjerteinfarkt, relasjonens betydning for å fremme helse samt sykepleiers funksjon for å ivareta kvalitet i helsetjenesten.

5.1 Styrking av kvinners resiliens ved hjerteinfarkt

Styrking av kvinners resiliens ved hjerteinfarkt er en måte som kan bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner. Lichtman et al. (2015) konkluderer i sin studie med at tre mekanismer må oppstå samtidig om kvinner med hjerteinfarkt skal få medisinsk behandling; kvinnene må erkjenne at symptomene er noe mer enn kroppslige endringer, helsevesenet må være tilgjengelig når kvinnene oppsøker hjelp og kvinnene må komme i kontakt med helsepersonell når hjertemuskelen har tatt nok skade til at det kan måles. Timingen av de tre mekanismene ovenfor, som er en sentral del av forsinket behandling, betyr at det er umulig å forvente at individet skal kunne vite eksakt når en skal oppsøke hjelp.

Kvinnene ventet lenger med å oppsøke hjelp ettersom de feiltolket symptomene på hjerteinfarkt til å være symptomer knyttet til andre organer. Kvinnene bagatelliserte faresignalene og valgte å prioritere andre gjøremål ettersom symptomene ikke var slik hjerteinfarkt blir fremmet i media og blant helsepersonell (Lichtman et al., 2015, Gyberg et al., 2016). Ved å få hjerteinfarkt er en utsatt for stor risiko. Sykdommen truer, men individuelle og samfunnsmessige faktorer kan også fungere som en risiko. Karakteristikk hos mennesket samt møtet med helsepersonell og omgivelsene rundt kan bidra til et positivt eller negativt utfall. Sykepleier bør derfor ha kunnskap og forståelse for hvordan mennesker kan reagere på og takle uventede, kritiske hendelser for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak (Moksnes & Eilertsen, 2016, s. 102-103).

Symptomene kvinnene opplevde ble beskrevet som et ikke typisk «Hollywood- infarkt». Selv om studier viser at det ikke er ulikheter på brystsmertekarakteristikken blant kvinner og menn, og at brystmerter oppstår hyppigst av symptomene, så opplever kvinnene hyppigere andre symptomer i tillegg (Gimenez et al., 2014, Lichtman et al., 2018). En kan dermed stille spørsmål til om det er en svakhet blant media, helsepersonell eller hos individet at

kunnskapen om uspesifikke symptomer som kan oppstå ved hjerteinfarkt er svekket. Lichtman et al. (2018) fant i sin studie at både kvinnene og helsepersonell hadde mindre sannsynlighet for å knytte kvinnenes symptomer ved hjerteinfarkt til hjertesykdom enn menns symptomer. Det kan tilsi at både helsepersonell og befolkningen generelt har behov for mer kunnskap om kvinners symptomer ved hjerteinfarkt. Det vil være et felles ansvar som ligger hos både kvinnene, leger og sykepleiere når det gjelder å kommunisere hverandre imellom. På den måten kan sykepleier innhente tilstrekkelig informasjon for å tidlig identifisere hjerteinfarkt, ettersom sykepleiers vurdering av pasientens kliniske tilstand baseres blant annet på pasientens opplevelse. Om kvinnen bagatelliserer symptomene, kan det også være utfordrende for sykepleier å vurdere alvorlighetsgraden av tilstanden, enten sykepleier er erfaren eller ikke.

Som sykepleiere kan vi ikke forvente at alle kvinner har samme forutsetninger til å mestre en slik alvorlig situasjon som et hjerteinfarkt er. Vi kan heller ikke forvente at alle har lik kunnskap og forståelse for hvorfor sykdommen oppstår og hvordan tilstanden presenterer seg. Det kan synes som om sykepleiere, helsepersonell generelt og media har et stort ansvar når det gjelder å informere både kvinner og deres pårørende om symptomene ved hjerteinfarkt hos kvinner. På den måten kan identifisering og behandling oppstå på tidligst mulig tidspunkt. Det er skremmende at kvinnene ikke vurderer symptomene som alvorlige, og at det ofte er de pårørende som må ta ansvar for å oppsøke hjelp (Gimenez et al., 2014, Lichtman et al. 2018). Mennesket er avhengig av hverandre, noe som er tydelig ved kritisk sykdom der behovet for omsorg er sentralt (Martinsen, 2003a, s. 44). Ettersom kvinner har blitt oppfattet som sykere, kan det tenkes at kvinner føler at de må være supermennesker for å få hverdagen til å gå rundt (Ingstad, 2013, s. 85-86). Men det kan også være at kvinners sykелighet er nettopp på grunn av at de blir oppfattet som superkvinner og at de dermed føler et større ansvar for barn og hjem, samt at de har en forventet rolle i å prestere både på jobb og på hjemmebane. Samtidig viser Album og Westin (2007) at et hjerteinfarkt rangeres høyt på rangstigen når det gjelder sykdommens prestisje blant menn, mens hos kvinner så blir det rangert lavere ettersom det ikke er like vanlig. Når symptomene i tillegg ikke presenterer seg som et typisk «Hollywood-infarkt» så kan det føre til at kvinnene vegrer seg for å ta kontakt med helsevesenet.

Selv om Martinsen er mer opptatt av de syke syke, betyr ikke det at sykepleieren ikke også har en helsefremmende funksjon som innebærer å styrke menneskets ressurser. Målet er å fremme pasientens livsmot (Martinsen, 2003c, s. 176). Det kan oppfattes slik at begrepet livsmot omfatter å se mennesket som en helhet, og ettersom resiliens innbærer menneskets

evne til å takle sykdom med et positivt utfall, så kan det tenkes at pasientens livsmot kan bli fremmet ved å sørge for at de tilegner seg kunnskap. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) blir også betegnelsen livsmot nevnt, og sykepleieren skal bidra til å fremme mestring hos pasienten. Ettersom sykepleier også har en undervisende funksjon, kan en si at ved å sørge for å dele sin kunnskap med kvinnen, så kan en fremme mestring ved å forebygge at hjerteinfarkt går inn i en kritisk fase med mulig dødelig utfall.

Kalman et al. (2013) fant i sin studie at et undervisningsprogram som omhandlet prodromalsymptomer, akutte symptomer og hva en skal gjøre om det oppstår, førte til at kvinnene opparbeidet seg mer kunnskap. Kvinnene fremhevet sykepleierne som en viktig rolle og at informasjonen de fikk var av stor nytte. Funnene viser at økt kunnskap kan bidra til raskere behandling om symptomene skulle oppstå. I møte med kvinner der en mistenker hjerteinfarkt, så er det ofte sykepleiere som fungerer som den beskyttende faktoren. En må sørge for at kvinnen opplever trygghet og tillit, men på en annen side må også kvinnen ha evne til kommunisere sine grunnleggende behov for å kunne bidra til tidlig identifisering av hjerteinfarkt.

5.2 Relasjonens betydning for å fremme helse

Relasjonen sykepleieren har til en kvinne med akutt hjerteinfarkt kan bidra til tidlig identifisering og behandling av denne kvinnen. Arslanian-Engoren og Scott (2016) fant i sin studie at kvinnene med akutt hjerteinfarkt opplevde flere barrierer på veien mot å få rask anerkjennelse og behandling. Barrierene inkluderte hvordan kvinnene blir møtt, sett og trodd. Samtidig viser studien til Pelletier et al. (2014) at det er kjønnsforskjeller når det gjelder tilgang til behandling der det er de engstelige kvinnene, de uten bryst smerter og de med en mer feminin identitet som kommer dårligst ut. Uavhengig av kjønn, er det ønskelig at det ikke skal oppstå barrierer i hvordan mennesker blir møtt og behandlet.

Ingstad (2013, s. 84) definerer kjønnsstereotyper som generelle oppfatninger av egenskaper som passer best til hvert kjønn, basert på kjønnets typiske trekk og hva som er forventet. I studiene til både Arslanian-Engoren og Scott (2016) og Lichtman et al. (2015) kom det frem at kvinnene opplevde at de ikke ble trodd og noen av kvinnene valgte å avvente å få helsehjelp på grunn av at de ikke ville bli vurdert som en «typisk» kvinne som klager over symptomer som ikke var livstruende. Ingstad (2013, s. 86) derimot viser til studier der kvinner

er overrepresentert når det gjelder å oppsøke helsevesenet, og at i rollen som kvinne er det mer vanlig å søke hjelp enn hos menn. Om dette stemmer, så har vi et stort forbedringspotensial med tanke på at mange kvinner dør på grunn av manglende identifisering og behandling av hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2016).

Noen helsepersonell forskjellsbehandler pasienter etter kjønn. Symptomene til kvinner er like reelle som hos menn, men det at de ikke passer inn i den skjematiske oppfatningen av sykdommen, så kan de bli møtt på en annen måte. Det kan i stor grad påvirke selvfølelsen når en opplever at ens tilstand ikke blir tatt på alvor (Ingstad, 2013, s. 88-89). Holdningene våre er tilstede om vi vil eller ikke (Martinsen, 2003b, s. 110), og i dette foreligger et ansvar om å opptre profesjonelt og omsorgsfullt uavhengig av tidligere erfaringer. Menneskerettighetene fremhever at alle har lik rett til frihet og likhet, uavhengig av blant annet kjønn (FN, 2018), og det er noe vi må ta til etterretning i møte med mennesker. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever også disse menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

De europeiske retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt fremhever at kvinner og menn skal ha de samme fordelene og lik tilgang til behandling (Ibanez et al., 2018). Men når både fysikken og symptomene er forskjellige, så er det ikke sikkert at behandlingen blir lik. «*To be treated like a man can be deadly – in particular if you are a women*» (sitert i Ingstad, 2013, s. 87). Det kan synes som om det er mye sant i det sitatet med tanke på at det oftest har vært menn som har forsket og definert hva de ønsker å ha fokus på i forskningen sin. Det kan føre til en nedprioritering av sykdommer som rammer kvinner. Heldigvis, så ser det ut til at det er på vei til å snu, og at det blir mer fokus på kvinners symptomer og sykdommer i årene fremover.

Kvinnene opplevde å ikke få tilstrekkelig vurdering og oppfølging av symptomene, og fikk dermed ikke en formell diagnose (Lichtman et. al, 2015, Arslanian-Engoren & Scott, 2016). Det setter et ekstra press både på leger og sykepleiere i hvordan vi møter og ser pasientene. I tillegg fant Arslanian-Engoren og Scott (2016) at det var forventet at sykepleierne hadde kunnskap og at sykepleieren har svar på alt. Kvinnene beskrev sykepleierne som fantastiske, noe som kan sees i sammenheng med at sykepleie er en profesjon der utøvelse av omsorg er en forventet egenskap. Det er kanskje ikke uten grunn at sykepleierne blir sammenlignet med engler i hvitt. Martinsen (2003a, s. 81) beskriver at den grunnleggende verdien i sykepleieutøvelsen er at sykepleieren skal vise solidaritet og omsorg til de svakeste pasientene. I akutte situasjoner kan derimot omsorgen bli satt til side for den livsnødvendige handlingen.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient blir av Martinsen (2003a, s. 71-72) beskrevet som generalisert gjensidighet. Det vil si at menneskene er likeverdige, men rollene er ikke likestilte. Sykepleieren har både kompetanse og krefter som pasienten ikke har, og det gjør pasienten veldig sårbar for våre handlinger. Måten vi danner relasjoner på er av stor betydning for at pasientene skal oppleve trygghet i en kritisk situasjon. Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 112) viser til funn der pasienter er mest tilfreds ved å oppleve en følelsesmessig støtte som kommer til uttrykk gjennom overvåkning og oppfølging samt tilstedeværelse. Det innebærer blant annet en systematisk vurdering og kontrollering av pasientens tilstand og at sykepleieren viste en faglig dyktighet både når det gjelder administrering av medikamenter, utførelse av prosedyrer og håndtering av utstyr. De gode mellommenneskelige relasjonene kan altså ikke kun baseres på tiltakene som blir utført, men at selve relasjonen mennesker imellom kan føre til en helsefremmende gevinst.

Massey, Chaboyer og Anderson (2016) fremmer at et tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon mellom sykepleiere og leger kan bidra til tidlig identifisering av pasientforverring og fremme helse. Samtidig kunne sykepleierne være redde for å bli latterliggjort av kollegaer ved feil vurderinger av pasientens tilstand, noe som kunne forsinke behandlingsforløpet ved at vurderingene ikke ble kommunisert videre. Det kan med dette se ut som at organisatoriske forhold og kommunikasjonsbarrierer kan bidra til å true relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og at den helhetlige og omsorgsfulle sykepleien kan bli satt på prøve. Det kan føre til at en nyutdannet sykepleier mister fokus på grunn av for høye forventninger og ønske om velgjørenhet.

Det er forventet at sykepleieren skal ta vare på og ha omsorg for den annens liv, og som sykepleiere må vi vise at vi er pasientens tillit verdig. Pasientens avhengighet til sykepleieren, gir sykepleieren en større makt i relasjonen, men makten skal ikke begrense pasientens livsressurser (Martinsen, 2003b, s. 90-91). Martinsen sier at omsorg er hvordan sykepleieren møter pasienten og et hvert møte med den neste skal være et godt møte (Martinsen, 2003a, s. 28). Sykepleiere kan være livreddere om de evner å se hele mennesket. Kvinnene hadde et ønske om å bli sett, hørt og trodd, og i denne sammenheng kan en si at sykepleieren fungerer som pasientens advokat når hun ikke har ressurser til det selv. Sykepleieren bør stole på egne vurderinger som er basert på kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å oppnå tidlig identifisering og behandling av hjerteinfarkt hos kvinner.

5.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder i møte med kvinnelige pasienter med akutt hjerteinfarkt

Sykepleierens funksjon for å ivareta kvalitet i helsetjenesten, og oppgavefordelingen mellom helseprofesjonene er stadig i endring. Det fører til at sykepleieren får større ansvars- og funksjonsområder i møte med kvinnelige pasienter med akutt hjerteinfarkt. Legeoppgaver blir delegert til sykepleieren, og sykepleierens utvidede funksjon innebærer blant annet utredning og behandling av denne pasientgruppen. Årsaken til oppgaveglidningen er å tilby et mer effektivt pasientforløp (Stubberud, 2016, s. 28). Sykepleieren er den som tilbringer størst tid med pasienten og er ofte den som tidlig kan identifisere tegn på utvikling av sykdom (Benner, 1995, s. 95).

Tidlig identifisering og behandling av pasient med hjerteinfarkt starter ved det første møtet med helsepersonell. Det vil si at vi har et stort ansvar uavhengig av hvor det oppstår (Ibanez et al., 2018). Sykepleieren er legens øyne og ører når han ikke er tilstede, og det er en del av vårt individuelle ansvar å ta korrekte vurderinger av pasienten. Eikeland, Stubberud og Haugland, (2016, s. 244) forklarer at en i tillegg til EKG og vurdering av symptomer, kan undersøke om det er utslag på Troponin⁵ T eller I, som vil gi en indikasjon på om det er en iskemisk skade i hjertet. I retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt kommer Ibanez et al. (2018) med anbefalinger om tiltak ved mistenkt hjerteinfarkt. Men hvordan skal en kunne identifisere et hjerteinfarkt når det er uspesifikke symptomer som også kan være en indikasjon på flere andre tilstander? Zambas, Smythe og Koziol-Mclain (2016) fant at bruk av avanserte kliniske undersøkelsesmetoder i møte med den akutt syke pasienten har betydning for en nøyaktig vurdering av situasjonen. I tillegg bidrar det til hensiktsmessig diagnose og behandling i komplekse pasientforløp. Mens Massey, Chaboyer og Anderson (2016) fant at sykepleiers kunnskap og vurderingskompetanse er essensiell for å kunne gi god omsorg til den akutt syke pasienten. Ved at sykepleier hadde kunnskap om pasienten, ble sykepleier også mer bevisst de subtile endringene i pasientens tilstand.

Sykehusene skal tilby omsorg på et høyt nivå som krever nok kvalifiserte sykepleiere. Da kan det være nødvendig å bygge en felles kompetanse (Stacy, 2011). Fålun, Lyssand og Mortensen (2017) har undersøkt effekten av et kompetanseprogram som er utformet for å gi kunnskap på tvers av enhetene ved et av Norges sentrale sykehus. Det har bidratt til at flere

⁵ En bør være oppmerksom på at nivåstigning av Troponin ikke oppstår før 4-12 timer etter symptomdebut, og den første blodprøvetakingen kan derfor være normal (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 244).

sykepleiere har fått overvåkningskompetanse⁶. De fant ut at den økte kompetansen hadde ført til at sykepleierne ble både tryggere og bedre rustet til å være i forkant ved komplekse pasientsituasjoner, noe som også kan bidra til å øke pasientsikkerheten. Det samsvarer med funnene i studien til Zambas, Smythe og Koziol-Mclain (2016), der økt kompetanse og bruk av avanserte undersøkelsesmetoder var viktig for å se helheten i pasientsituasjonen..

For å handle kompetent i akutte situasjoner som ved et akutt hjerteinfarkt, er det viktig å ivareta ABCDE-prinsippene⁷ (Stubberud, 2016, s. 31). Sykepleierne er den gruppen som har kontinuerlig kontakt med pasienten og har dermed tilgang på nødvendig informasjon fra pasient og pårørende. Sykepleieren foretar kliniske observasjoner og kan observere endringer og forverring i pasientens tilstand (Ellingsen, 2016, s. 74). Det er nødvendig at sykepleier har innsikt og ferdigheter til å bedømme alvorlighetsgraden av pasientens tilstand samt har evne til å handle raskt på bakgrunn av egne vurderinger (Stubberud, 2016, s. 31). Å ivareta ABCDE- prinsippene er selve grunnpilaren i møte med den akutt syke pasienten, men intervensjonene som blir utført er ikke nødvendigvis selvinnlysende for en novise med liten erfaring, En novise har kunnskaper om å registrere respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk og bevissthet, men klarer ikke å se sammenhengen på samme måte som den kyndige sykepleieren ved akutt sykdom.

Ved å foreta en systematisk klinisk undersøkelse og vurdering⁸ (SKUV) av pasienten, vil det bidra til en mer helhetlig forståelse av pasientens tilstand (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 30). Ved hjelp av blick, hørsel og palpasjon og perkusjon kan en danne et bilde av situasjonen. En kan for eksempel se at respirasjonen er hurtig, høre at pasienten puster overflatisk og en kan palpere at pasienten har takykardi. Men for å bli dyktig i de ulike undersøkelsesmetodene, er det nødvendig at sykepleieren opparbeider seg kunnskap gjennom ferdighetstrening (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 30). Ferdighetstrening og erfaringsbasert kunnskap er noe Martinsen (2003a, s. 75) verdsetter høyt i møte med den syke, og sykepleiers kompetansenivå er ifølge Dreyfusmodellen (Dreyfus & Dreyfus, 1980) stadig under utvikling. Massey, Chaboyer og Anderson (2016) har funnet at simulering fremmer læring i trygge omgivelser og kan bidra til å øke sykepleierens kliniske ferdigheter og øke pasientsikkerheten. Ved manglende erfaring, er en derimot avhengig av andre metoder for å sikre en tilstrekkelig datainnsamling.

⁶ Dochterman og Bulechek, (siteret i Stubberud, 2016, s. 30) definerer overvåkning som en «målbevisst og pågående innsamling, tolkning og sammenfatning av pasientdata til bruk i kliniske beslutninger».

⁷ Airways, Breathing, Circulation, Disability, Environment. Se Vedlegg III for ytterligere forklaring.

⁸ SKUV innebærer observasjon, palpasjon, auskultasjon og perkusjon av pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 30). Se vedlegg III.

Skåringsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å bidra til tidlig identifisering ved utvikling av alvorlig sykdom. Ellingsen (2016, s. 32-33) nevner at enkle fysiologiske målinger danner sammen et viktig grunnlag i vurdering av pasientens tilstand. Om tilstanden endrer seg, kan en ved et enkelt verktøy vurdere risikoen for utvikling av alvorlig sykdom.

Poengskåren utløser faste tiltak og intervensjoner, men benyttes også som en veiledning til hvor ofte pasientene skal vurderes. Vurderingsskjemaet NEWS⁹ er anbefalt som et standard vurderingsskjema som er nyttig i flere ulike situasjoner. Jeg har også erfart at NEWS kan være et godt hjelpemiddel til å fange opp tilstander og risikofaktorer som jeg ellers ikke hadde oppdaget. Samtidig er det viktig å påpeke at en ikke skal stole blindt på verktøyet, men også sette sin lit til det kliniske blikket og kunnskapen som blir ervervet gjennom årenes løp.

Sykepleierens kliniske blikk og taus kunnskap kan bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner. Zambas, Smythe og Koziol-Mclain (2016) fant at sykepleieren innehar kunnskap som hun ikke kan sette ord på, en intuisjon, men samtidig undersøker hun pasienten systematisk for å få en økt forståelse av situasjonen. Sykepleieren har erfaring som bidrar til at hun ved et klinisk blikk klarer å se pasienten og forstå situasjonen, noe som igjen fører til handling. Martinsen (2003b, s. 91-92) beskriver denne forståelsen som faglig skjønn, der fagkunnskap og sansing går hånd i hånd, og at en dermed klarer å se hele mennesket. Det kan synes som at faglig skjønn ikke kun er tilegnet eksperten, men er noe alle sykepleiere innehar i ulik grad. En novise kan ha behov for å analysere og vurdere situasjonen ut i fra fagkunnskap, mens eksperten handler ut i fra en intuitiv forståelse av situasjonen.

For å opparbeide seg en ytterligere forståelse og innsikt i nye situasjoner, kan novisen være avhengig av den erfarne sykepleiers kompetanse. Martinsen (2003c, 91-92) sier at sykepleierens handlingskompetanse læres via samhandling med andre. Det kan forstås på en slik måte at ved å dele erfaringer med kollegaer, så kan det bidra til egen læring og kompetanseheving. I og med at nye situasjoner kan fremme usikkerhet, kan det være nødvendig at sykepleieren kontinuerlig reflekterer over sine handlinger, og være bevisst på at handlingen som utøves er til pasientens beste. Ved å reflektere kan en lære seg å forstå den intuitive handlingen, og dermed mestre utfordrende situasjoner. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011, s. 16-17) påpeker at den praksisen vi utøver under sykepleierutdannelsen og videre i yrkeslivet, skal være kunnskapsbasert. Ved hjelp av teori danner en et fundament som

⁹ National Early Warning Score

en kan arbeide videre med, og ved å få erfaring i tillegg, kan det bidra til en ytterligere forståelse av å se mennesket som helhet og bedre kvaliteten i helsetjenestene som tilbys. Faglig skjønn kan være en viktig faktor som kan bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner, men faglig skjønn kan også være en utfordring.

DeVon et al. (2017) fant at yngre mennesker har en høyere sannsynlighet for å oppfatte et større antall symptomer som oppstår samtidig, mens eldre mennesker har en større sannsynlighet for å oppfatte et mindre antall av symptomer som oppstår samtidig. Eldre kan også oftere ha mer diffuse symptomer, noe som kan være utfordrende i identifiseringen av hjerteinfarkt (DeVon et al. 2017). Etersom kvinner kan få andre symptomer på hjerteinfarkt enn menn, kan det faglige skjønnet bli satt opp mot sykepleiers tidligere erfaringer med liknende sykdomsbilde hos både kvinner og menn. Det kan føre til at en kvinne med uspesifikke symptomer blir feilvurdert og feildiagnostisert fordi de er annerledes enn de typiske symptomer på hjerteinfarkt som oftest blir fremhevet i lærebøker og i media.

Hver pasient bør bli vurdert som et nytt tilfelle. I akutte situasjoner der pasienten kan være preget av redsel for at livet står på spill, og det samtidig er nødvendig å kartlegge pasientens vitale målinger, vil det være viktig å møte pasienten med omsorg. I følge Martinsen vil den faglig dyktige sykepleieren balansere rollen som omsorgsgiver og autoritetsstruktur for å bli verdig pasientens tillitt (Martinsen, 2005, s. 164). Eksperten kan ha en helhetlig forståelse av hvordan pasienten opplever å være syk. Novisen kan i akutte situasjoner bli begrenset i sin vurdering av pasienten som følge av sin uerfarenhet.

Uavhengig av sykepleiers faglige skjønn er sykepleiers funksjon å ivareta det syke mennesket. Som sykepleier skal en integrere fagkunnskaper og bruke relevante data i sine vurderinger og beslutninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-23). I henhold til dokumentasjonsplikten, skal det en journalfører inneholde nødvendige og relevante opplysninger om pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Pasientsikkerheten settes dermed på prøve om en kun har en sanselig forståelse av situasjonen, men mangler håndfaste data når sykepleier og lege skal kunne vurdere situasjonens hastegrad. Massey, Chaboyer og Anderson (2016) har funnet at gode kommunikasjonsferdigheter resulterte i riktige beslutninger ved forverring i pasientens tilstand (Massey, Chaboyer & Anderson, 2016). For novisen, kan dermed kommunikasjonsverktøyet ISBAR¹⁰ være gunstig i overføringen av viktige data til lege, som igjen kan føre til tidligere identifisering og behandling av hjerteinfarkt.

¹⁰ Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Aktuell tilstand, Råd.

I følge Breivik og Trymi (2013) er ikke målet med sykepleiers undersøkelse og vurdering å diagnostisere, men å skille det normale fra det unormale. Videre kan sykepleieren møte på utfordringer i sin vurdering av pasientens tilstand ettersom helsepersonell med ulike bakgrunn og kompetanse kan vurdere situasjonen på ulike måter. Det kan igjen påvirke behandlingsutfallet. Det vil ikke hjelpe med høy faglig kompetanse om en ikke bryr seg om den syke pasienten, og de gode hensiktene vil komme til kort om en ikke vet hva en skal observere. I følge Martinsen (2005, s.164-165) er sykepleiers oppgave å gjøre at pasientens situasjon blir best mulig, noe som kan oppstå via å utøve handlinger som er basert på kunnskap og erfaring, men også samtidig være delaktig i den andres situasjon. På den måten kan du bli en faglig dyktig sykepleier og skape trygghet for pasienten.

6.0 Konklusjon

Flere faktorer påvirker hvordan sykepleieren kan bidra til tidlig identifisering og behandling av akutt hjerteinfarkt hos kvinner. Det er nødvendig at kvinner får tilstrekkelig med kunnskap for å kunne erkjenne utviklingen av et hjerteinfarkt. Det setter et stort press på sykepleierens undervisende funksjon ved at vi må fremme vår kunnskap om hjerteinfarkt hos kvinner. Kvinnen er avhengig av en god relasjon med sykepleier for å bli sett, hørt og trodd, men samtidig er det nødvendig at sykepleieren har gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å kunne møte den syke med omsorg. Den nyutdannede sykepleier, novisen, har behov for undervisning og veiledning for å avdekke hjerteinfarkt hos kvinner, mens eksperten utøver sine vurderinger og handlinger basert på faglig skjønn. For å veilede novisen kan det være nyttig å bruke ulike undersøkelsesmetoder som ABCDE og SKUV for å få en oversikt over pasientens tilstand. Samtidig kan skåringsverktøy som NEWS bidra til å tidlig identifisere endringer. Sykepleier bør stole på egne vurderinger og tenke infarkt. Ved bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR kan det bidra til å optimalisere kommunikasjonen mellom sykepleier og lege, og føre til at kvinnen kommer tidlig til behandling. *Tid er myokard.*

7.0 Referanser

- Album, D. & Westin, S. (2007). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Arslanian-Engoren, C. & Scott, L. D. (2016). Women`s perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45(3), 166-172. doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.02.010.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. [s.l.] Tano Forlag AS.
- Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 343-384). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bonanno, G. A., Westphal, M. & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511-535. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526
- Breivik, S. & Trymi, A. (2013). Hva innebærer en systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 324-332. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0132
- Buchmann, E. (u.å). *Hjertetru*. Hentet 14. april 2018 fra <https://www.nsf.no/Content/766370/Sangtekst%20Hjertetru.pdf>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DeVon, H. A., Vuckovic, K., Ryan, C. J., Barnason, S., Zerwic, J. J., Pozehl, B., . . . Zimmermann, L. (2017). Systematic review of symptom clusters in cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 6-17. doi: 10.1177/1474515116642594

- Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), USAF (Contract F49620-79-C-0063), University of California at Berkeley.
- Eikeland, A, Gimnes, M. & Holm, H. M. (2015). Sirkulasjonssvikt. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 534-605). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsykdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- FN. (2018). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet 3. mars 2018 fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Fålnun, N., Lyssand, A. & Mortensen, M. H. (2017). Sykepleiere får overvåkningskompetanse. *Sykepleien*. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63342>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 5. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Hjerte- og karregisteret, rapport for 2015*. Hentet 5. januar 2018 fra <https://www.fhi.no/publ/2016/hjerte--og-karregisteret-rapport-2015/>
- Gimenez, M. R., Reiter, M., Twerenbold, R., Reichlin, T., Wildi, K., Haaf, P., . . . Mueller, C. (2014). Sex-specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *JAMA Internal Medicine*, 174(2), 241-249. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12199
- Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S. & Falk, K. (2016). Women`s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 670-677. doi: 10.1111/scs.12286

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., . . . Widimský, P. (2018). *European Heart Journal*, (39)2, 119–177. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansson, I., Swahn, E. & Strömberg, A. (2008). Spouses conceptions of the pre-hospital phase when their partners suffered from an acute myocardial infarction – A qualitative analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 182-188. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.11.002
- Kalman, M., Stewart Fahs, P. S., Wells, M., Blumkin, A., Pribulick, M., & Rolland, R. (2013). Education to Increase Women's Knowledge of Female Myocardial Infarction Symptoms. *Journal Of The New York State Nurses Association*, 43(2), 11-16. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4c9672f5-744a-4473-9652-71787718b746%40sessionmgr4008>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvakkestad, K. M., Wang, M. F., Eritsland, J. & Halvorsen, S. (2017). Gender differences in all-cause, cardiovascular and cancer mortality during long-term follow-up after acute myocardial infarction; a prospective cohort study. *BMC Cardiovascular Disorder*, 17(75), 1-10. doi: 10.1186/s12872-017-0508-3

- Lichtman, J. H., Leifheit-Limsom, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garvalia, B., Garavalia, L. S., . . . Curry, L. A. (2015). Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2), 31-38. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612>
- Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B, Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., . . . D`Onofrio, G. (2018). Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction. *Circulation*, 137(8), 781-790. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650
- Løchen, M-L. & Gerdts, E. (2015). *Kvinnehjarter: En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003c). *Fra Marx til Løgstrup* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Massey, D., Chaboyer, W. & Anderson, V. (2016). What factors influence ward nurse`s recognition of and response to patient deterioration? A integrative review of the literature. *Nursing Open*, 4(1), 6-23. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.53>
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., . . . Pelter, M. (2009). The effect of a short one – on – one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/sst200820090047000dddpdfs.pdf>
- Moksnes, U. K & Eilertsen, M-E. B. (2016). Resiliens. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 99-112). Oslo: Cappelen Damm.

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler*. [Brosjyre]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G, Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pelletier, R., Humphries, K. R., Shimony, A., Bacon, s. L., Lavoie, K. L., Rabi, D., . . . Pilote, L. (2014). Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndromes. *CMAJ*, 187(7), 497-504. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.131450>
- Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L., Strike, P. C. & Steptoe, A. (2009). Pre-hospital delay in patient with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home to hospital delay. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 26-33. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.05.001
- Slettebø, Å. (2008). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stacy, K. M. (2011). Progressive care units: different but the same. *Critical Care Nurse*, 31(3), 77-83. doi: 10.4037/ccn2011644
- Stubberud, D-G. (2016). Hjertesykdom – en introduksjon. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen - Damm Akademisk.
- Tabell 1. Symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner. Hentet fra Løchen, M-L. & Gerdtts, E. (2015). *Kvinnehjerter. En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Varvin, S. (2010). Psykiske og psykososiale problemer hos flyktninger og innvandrere. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn – Kropp – Samfunn* (s. 398-421). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Zambas, S. I., Smythe, E. A. & Koziol-Mclain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 11(1), 32090. doi: 10.3402/ghw.v11.32090

Vedlegg I : Søkeprosessen

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Lest	Valgt	Artiklenes relevans
Cinahl	Heart attack AND early identification	2013-2018	53	0	0	
Cinahl	Acute myocardial infarction OR acute myocardial infarcts OR ami AND early identification or early intervention or early diagnosis AND women	2013-2018	16	1	0	
Cinahl	Acute myocardial infarction or acute myocardial infarcts or ami AND early identification or early intervention or early diagnosis	2013-2018 Kvinner	86	2	0	

Cinahl	Acute myocardial infarction OR acute myocardial infarcts OR ami AND symptoms AND women	2013-2018	47	7	3	Beskriver kjønnsforskjeller ved symptomer på hjerteinfarkt hos kvinner og menn, som det er viktig at både kvinner og sykepleier har kunnskap om. Beskriver årsaker til forsinket behandling og hvilke faktorer som kan fremme og hemme tidlig identifisering av hjerteinfarkt, samt behandlingsforløpet
--------	--	-----------	----	---	---	---

Women`s help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction

Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction Hentet 15. mars 2018

Women`s perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Lest	Valgt	Artiklenes relevans
Google Scholar	Fant frem til artikkelen ved å foreta et manuelt søk etter å ha gjennomgått den systematiske	Ingen	1	1	1	Beskriver unge kvinners behov for kunnskap om hjerteinfarkt, og kvinners møte

	oversiktsartikkelen av Koning, Young og Bruce (2016). Søkte på artikkelens tittel; Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction					med helsetjenesten
--	---	--	--	--	--	--------------------

Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction

Database/ Dato	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Lest	Valgt	Artiklens relevans
Google scholar	Fant artikkel via referanselisten til annen artikkel fra Sykepleien Forskning. Søkte dermed på artikkelens tittel; What factors influence ward nurse`s recognition of and response to patient deterioration? A	ingen	1	1	1	Beskriver hvordan sykepleier identifiserer, vurderer og utfører tiltak ved forverring i pasientens tilstand.

	integrative review of the literature					
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

What factors influence ward nurse`s recognition of and response to patient deterioration? A integrative review of the literature

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Lest	Valgt	Artiklenes relevans
Cinahl	Acute myocardial infarction AND nurses experience or perspective or view or attitude AND assessment	2013-2018	20	1 (sammendrag)	0	
Pubmed	Assessment skills AND nurs*	Siste 5 år	620	1 (sammendrag)	0	
Pubmed	Physical assessment skills AND nurs*	Siste 5 år	121, fant dermed 20 treff som inneholdt titler med søkeord	3	1	Beskriver sykepleiers funksjon og behov for kunnskap og vurderingsevner

						ved akutt sykdom
--	--	--	--	--	--	------------------

The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study

Vedlegg II : Eksempel på kritisk vurdering av artikkel

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:
1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

*Women's help-seeking behaviour during a first ~~time~~ acute myocardial infarction
(Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä & Falk, 2016).*

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Kundprinsippene gir gode råd til hvordan man skal

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? TIPS: <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? TIPS: <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

2

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>med samme spørsmål. Undersøis ble svarene fulgt opp m/oppfølgings spørsmål. Intervjuguide har blitt brukt. Kvinnene ble intervjuet hjemme eller på sykehuset for utskrivning. Årsakene til valg av lokalisasjon er ikke begrunnet.</p>
--	--

	Ja	Uklart	Nei
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? ☺ Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? ✓ 	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

tilfredsstillende. <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
9. Er etiske forhold vurdert? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0

Kommentar:
 Informert samtykke, kan trekke seg når som helst. Godkjent av

Etisk komite. Tilbudt profesjonell hjelp om studien fremmet vordt følelser/opplevelser. Sitre anonymisering.

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0
--	--	--------------------	-----------------

Kommentar:

Ved vage symptomer:
 kunne bortforklarte symptomer, fant harmoniske årsaksforhold, utførte vanlige aktiviteter.
 ✓ symptomer som påvirket daglig liv: ertejente forandringer, håndterte ubehaget, intensivering utfordret håndteringen. Symptomer hver livet: kjent ikke igjen symptomene, oppdaget at ingen ting hjalp, mistet kontroll i kontakt situasjon.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien? TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen. <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	Kommentar: Bidrar til å øke forståelsen til hvorfor kvinner tar ulike beslutninger / åpent hjerteinfarkt. Uspesifikke symptomer fører til forvirring og kan føre til tar i bruk av den kontakt m/ helsevesenet og forsinket behandling.
--	---

Vedlegg III: Kartleggingsverktøy

ABCDE – Tilnærming til pasient

A Luftveier	Se, hør og føl Sikre frie luftveier Kontinuerlig revurdering
B Respirasjon	Se, hør og føl Tell respirasjonsfrekvens og mål SpO ₂ . Gi oksygen hvis det ikke er kontraindisert. Assister pusten hvis det er nødvendig. Behandle underliggende problemer. Iverksett nødvendige tiltak. Kontinuerlig revurdering
C Sirkulasjon	Se, føl og mål Perfusjonsstatus, puls (frekvens og rytme) og BT. Venetilgang (IV eller IO). Blodprøver. Gi infusjon om nødvendig Kontinuerlig revurdering
D Neurologi	Vurder neurologisk status som et utgangspunkt for endringer senere. • A = (alert) våken • V = (verbal) reagerer på tiltale • P = (pain) reagerer på smertestimuli • U = (unresponsiv) svarer ikke på noen stimuli Kontinuerlig revurdering
E Eksposering	Inspeksjon av pasienten Funn relatert til inspeksjon og vurdering av omgivelser. Temperatur (hindre nedkjøling), se etter utslett, skader eller blødninger

ISBAR – strukturert kommunikasjon

I Identifikasjon	Oppgi: • Hvem du er • Hvor du er • Pasientens navn, alder, kjønn, avdeling Mottaker: bekreftelse på hvem du snakker med
S Situasjon	Hva er problemet/ årsaken til kontakt? • Jeg ringer deg fordi... • Jeg har sett at.../ fått prøvesvar... Hvis det haster – gjør det klart med en gang!
B Bakgrunn	Kortfattet og relevant sykehistorie • Tidligere og aktuelle sykdommer av betydning • Aktuelle problemer og behandling til nå • Allergier • Smitterisiko
A Aktuell tilstand	Aktuell tilstand (status og vurdering) A: Luftveier B: Respirasjon C: Puls, BT og SpO ₂ D: Bevissthet, smerte E: Temperatur, hud, ytre skader, blødninger Jeg tror at problemet/ årsaken til pasientens tilstand er...
R Råd	Tiltak ... derfor anbefaler jeg/ hva er din anbefaling? • Umiddelbare tiltak • Overvåking/ overflytting • Utredning/ behandling • Hvor ofte skal jeg • Når skal jeg kontakte igjen

News – National Early Warning Score

Poeng	3	2	1	0	1	2	3
Resp-frekvens	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
O ₂ metning	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Oksygentilførsel		Ja		Nei			
Kjerne-temp	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	
Systolisk BT	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthet				Våken			Respons på tiltale, smerte Ingen respons

<= under ≤ = under eller lik ≥ = over eller lik > = over

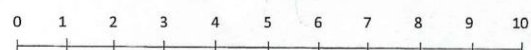
News score

Score 1-4	Vurderes av kompetent sykepleier for å avgjøre om pasienten må overvåkes nøyer/ vurderes oftere eller om det må iverksettes andre tiltak
Score 5-6 eller score 3	Krever øyeblikkelig tilsyn av spesialist/ lege for vurdering av overflytting til avdeling med høyere overvåkingsnivå eller om det må iverksettes tiltak
Score 7 eller mer	Krever øyeblikkelig tilsyn av spesialist/ lege og pasienten blir vanligvis overflyttet til en overvåking-/intensiv avdeling

Quick-SOFA score

2 eller 3 av følgende delkriterier kan indikere alvorlig infeksjonsforløp (hos voksne)
<ul style="list-style-type: none"> Respirasjonsfrekvens > 22/min Endret mental tilstand Systolisk blodtrykk < 100 mm Hg

Visuell numerisk skala



SKUV

Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering

Vitale tegn	Temperatur	Puls	Respirasjon	BT

A/B: Respirasjon		
Inspeksjon		
Frekvens		
Reg/ureg		
SpO2		
Inspeksjon	JA	NEI
Symmetri		
Hjelpemuskulatur		
Surkling		
Ekspektorat		
Hoste		
Auskultasjon lungelyder	JA	NEI
Normal resp.lyd		
Redusert		
Manglende		
Pipelyder		
Knatrellyder		

C: sirkulasjon		
Inspeksjon		
Hudfarge		
Vena jugularis		
	Sekunder	
Palpasjon		
Puls (0, +1, +2, +3)		
a. Radialis		
a. Carotis		
Dorsalis pedis		
Perifere ødemer		
Auskultasjon S1 og S2 hjertelyd	JA	NEI
Regelmessig		
Ekstra hjertelyder		

D: Nevro		
Inspeksjon:		
Orienterert (tid, sted)		
GCS		
Pupiller:		
Størrelser 1-8		
Like	JA	NEI
Reagerer på lys		
Symmetrisk		
Motorisk funksjon:	JA	NEI
Symmetrisk		
Palpasjon		
Håndgrep		
Føtter		
Ansikt		
Balanse		
Smerteskala (0-10)		



E: Abdomen		
Inspeksjon	JA	NEI
Hudforandringer		
Arr		
Oppblåst		
Tegn på smerter		
Auskultasjon		
Tarmlyder:		
Tilstede		
(hypo/ hyper)		
Ikke tilstede		
Palpasjon		
Myk, fast, hard		
ømhet		
Slippøhm?		
Avverging		

Øre, nese, munn og svelg		
Inspeksjon nese	JA	NEI
Skorper, sårhet		
Fremmedlegemer		
Inspeksjon		
Lepper/ munn/ svelg		
Farge		
Sår, sprekker, belegg		
Tørr, fuktig slimhinne		
Tannstatus		
Blødende tannkjøtt		
Svelgfunksjon/ hes		
Tegn på smerte		
Lukt		
Inspeksjon øre		
Ørevoks		

Hud		
Inspeksjon:	JA	NEI
Unormale føflekker		
Pigmentering i hud		
Tørr/klam		
Sår/ skader/ arr		
Blåmerker		
Utslett		
Sekret, lukt, farge og mengde		
Negler (fasong og farge)		
Palpasjon:	JA	NEI
Stående hudfold		
Temperaturforandringer		