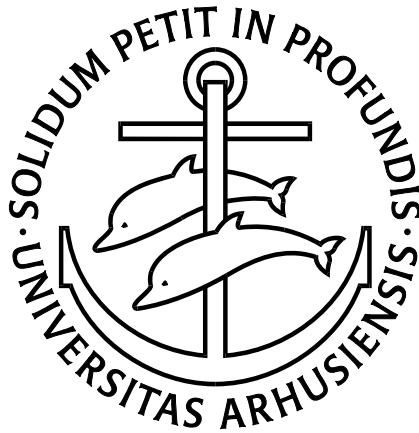


Kandidatspeciale



Patientforsinkelse/patient delay

Litteraturgennemgang og spørgeskema undersøgelse af patienter,
der er indlagt til observation for AMI og Angina pectoris

af

Marie Louise Ladefoged

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Marie Louise Ladefoged
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: August 2008
Vejleder: Preben Ulrich Pedersen
Anslag: 164.243

Patientforsinkelse/patient delay

Litteraturgennemgang og spørgeskema undersøgelse af patienter,
der er indlagt til observation for AMI og Angina pectoris

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resume

1.1 Baggrund

International sygeplejeforskning har været optaget af begrebet patientforsinkelse/patient delay i forbindelse med AMI. Forskningen viser at patient delay er et problem, fordi patienter ikke ankommer til hospitalet i rette tid, de forsinkes i indlæggelse, og en effektiv og vellykket behandling fordrer, at patienten kommer under behandling indenfor en afgrænset tidsperiode

1.2 Mål

Bidrage med mere viden om patientforsinkelse/patient delay i et område, som ikke i særlig grad er udforsket i Danmark. En viden om hvad der påvirker patienten til at søge hjælp i sundhedsvæsenet ved tegn på symptomer svarende til AMI.

Målet med en litteraturgennemgang og spørgeskemaundersøgelse er således at afdække, hvilke faktorer, der har betydning for patientens delay.

1.3 Formål

Formålet er at forbedre den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats overfor AMI og Angina pectoris patienter.

1.4 Data

En litteraturgennemgang er foretaget, data hentet fra videnskabelige artikler. Artiklerne er udvalgt efter inklusions og eksklusions kriterier. Derudover er data indhentet fra en spørgeskemaundersøgelse, hvor 58 patienter har besvaret spørgeskemaet (26 kvinder og 32 mænd).

1.5 Dataanalyse

Til de udvalgte artikler er der stillet undersøgelsesspørgsmål, fundene er herefter systematiseret efter kategorier for hvad der henholdsvis øger eller reducere patient delay, samt hvilken betydning køn har for patient delay.

Dataanalyse ved spørgeskemaundersøgelsen er foretaget ud fra statistik programmet *SPSS*. Resultaterne er præsenteret i frekvenstabeller fordelt på køn, samt i tabeller fordelt på patient delay < 2 timer og >12 timer efter symptom debut. Der er anvendt Chi² test til at identificerer forskelle, signifikans niveau er P<0,05.

1.6 Konklusion

Der er faktorer der både hæmmer og fremmer for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsenet. Hæmmende faktorer handler om, at patienter generelt mangler viden og forståelse om sygdommen iskæmisk hjertesygdom, og dermed øger risikoen for patient delay. Faktorer der skaber en reduktion i patient delay, er faktorer der fremmer patientens beslutning om at søge hjælp. En betydende faktor, er at patienten ved hvorfra symptomerne stammer, så de dermed kan relatere symptomer til hjertet. De patienter har dermed den genkendelighed over for symptomer, som synes at være vigtig i reduktionen af patient delay.

Gender differences and patient delay

A literature review and questionnaire of patients admitted for observation of AMI and Angina pectoris

Summary

Background

Patients suffering from Ischemic heart disease (IHD) seem to have difficulties deciding when to seek medical help, when they encounter signs of AMI.

A questionnaire has been conducted with patients admitted for observation of AMI or Angina Pectoris at a University Hospital in Denmark. Prior to the questionnaire, a literature review have been conducted on the subject patient delay.

Goal

The goal of the literature reviews and questionnaire have been to estimate the occurrence of patient delay in Denmark, and thereby revealing significant factors for when patients seek medical help, factors that increase or decrease patient delay, and gender differences.

Purpose

Before intervention and medical treatment is started, it is necessary to know the motive for the delay of the patient, because the motive can indicate which strategy that has to be chosen.

Data

In the literature review, data is collected from scientific papers. The papers are selected based on inclusion and exclusion criteria. Furthermore, data is collected from a questionnaire, answered by 58 patients (26 women and 32 men).

Data synthesis

The selected scientific papers have been analysed, and the results have been categorized regarding factors that increase and decrease patient delay, and the effect of gender on patient delay.

The analysis of the results of the questionnaire, have been conducted using the computer programme SPSS. The results from the analysis are presented as frequency tables divided on gender, and as tables of patient delay less than 2 hours and more than 12 hours after first symptom. A Chi² test has been used to identify significant results ($p < 0.05$).

Conclusion

Differences in gender have an impact on when patients decide to seek medical help. Women often have difficulties relating the symptoms to the heart, and they encounter many different symptoms. Patients that seek help less than 2 hours after first symptom, encounter constant symptoms, and can related the symptoms to the heart. Patients that wait more than 12 hours after first symptom before they seed medical help, encounter intermittent symptoms, and they have difficulties relating the symptoms to the heart. Patient that have had a former by-pass operation, have a longer period of patient delay.

Indholdsfortegnelse

Resume	2
1.1 Baggrund.....	2
1.2 Mål	2
1.3 Formål.....	2
1.4 Data.....	2
1.5 Dataanalyse.....	2
1.6 Konklusion.....	2
Gender differences and patient delay.....	3
Summary	3
Indholdsfortegnelse	4
1 Indledning	7
1.1 Iskæmisk hjertesygdom	9
1.2 Reduktion i mortalitet fra 1985-2005	10
1.3 Mortalitet for mænd og kvinder i perioden 1985-2005	10
1.4 Opfattelser af iskæmisk hjertesygdom	11
1.5 Kardiologisk sygepleje	11
1.6 Rehabilitering til iskæmisk hjertepatienter.....	12
1.7 Sammenfatning	14
1.8 Delay faser	14
1.9 Afgræsning til problemformulering.....	16
1.10 Problemformulering til litteraturgennemgang	17
1.11 Problemformulering til spørgeskemaundersøgelsen.	18
2 Litteraturgennemgang	18
2.1 Anvendt metode til litteraturgennemgang	18
2.1.1 Spørgsmål til litteraturgennemgangen.....	19
2.1.2 Identifikation af litteratur – overordnede overvejelser	19
2.1.3 Inklusion- og eksklusions kriterier:	22
2.1.4 Arbejdesproces.	23
2.1.5 Søgehistorik.....	23
2.1.6 Oversigt over inkluderede artikler	27
2.1.7 Analysemetode	30
2.2 Resultater af litteraturgennemgangen	30
2.2.1 Hvorfor er det vigtigt for patienten at undgå patient delay	30
2.2.1.1 Typer af AMI.....	30
2.2.1.2 Behandling af AMI.....	31
2.2.1.3 Komplikation til AMI.....	31
2.2.1.4 Effekten af behandling.....	32
2.2.1.5 Mortalitet	32
2.2.1.6 Morbiditet	32
2.2.1.7 Kønsforskelle.....	33
2.2.1.8 Sammenfatning	33
2.2.2 Hvordan opstår patient delay	34
2.2.2.1 Reduktion af patient delay	34

2.2.2.1.1	Kliniske karakterer	34
2.2.2.1.2	Kognitive og følelsesmæssige karakterer	35
2.2.2.1.3	Sociale karakterer	35
2.2.2.2	Øget patient delay	35
2.2.2.2.1	Kliniske karakterer	35
2.2.2.2.2	Kognitive og følelsesmæssige karakterer	35
2.2.2.2.3	Sociale karakterer	36
2.2.2.3	Kønnsforskel ved patient delay	37
2.2.2.3.1	Kliniske karakterer	37
2.2.2.3.2	Kognitive og følelsesmæssige karakterer	37
2.2.2.3.3	Sociale karakterer	38
2.2.3	Sammenfatning	39
2.2.3.1	Faktorer der reducerer patient delay	39
2.2.3.2	Faktorer der øger patient delay	39
2.2.3.3	Kønnsforskelle i faktorer der øger patient delay	40
2.2.4	Uenighed ved patient delay	40
2.2.5	Patient delay målt i timer og minutter	40
2.3	Delkonklusion til litteraturgennemgang	42
2.4	Problem afgrænsning til den empiriske undersøgelse	43
2.5	Problemformulering til spørgeskemaundersøgelsen	44
3	Spørgeskemaundersøgelse	44
3.1	Anvendt metode ved udarbejdelse af spørgeskema	44
3.1.1	Anmeldelse af undersøgelsen	45
3.1.2	Design af spørgeskema	45
3.1.2.1	Generelle overvejelser	45
3.1.2.2	Spørgsmålskategorier	46
3.1.2.3	Spørgsmålstypologi	46
3.1.2.4	Svarkategorier	47
3.1.2.5	Layout af spørgeskema	47
3.1.3	Udvælgelse af population	48
3.1.4	Dataindsamling	48
3.1.5	Inklusionskriterier for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen	49
3.1.6	Eksklusionskriterier for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen	49
3.1.7	Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse	49
3.1.8	Pilottest	50
3.1.9	Analysemetode til spørgeskemaundersøgelsen	52
3.2	Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	52
3.2.1	kønnsforskel	52
3.2.1.1	Varighed fra symptomdebut til ankomst til hospital	53
3.2.1.2	Patientens symptomer og måde at forholde sig til symptomer	55
3.2.1.3	Afståelse fra at søge hjælp	56
3.2.1.4	Patientens egen beskrivelse	58
3.2.2	Patient delay	59
3.2.2.1	Patientens vurdering	61
3.2.3	Sammenfatning	62
4	Diskussion	63
4.1	Første del - diskussion af analyseresultater	64
4.1.1	Faktorer der fremmer patienten beslutning om at søge hjælp	64
4.1.2	Faktorer der hæmmer patienten i at beslutte at søge hjælp	64
4.1.3	Faktorer der er med til at forbedre patientens kardielle situation	69

4.1.4	Sammenfatning.....	69
4.2	Anden del - Konsekvens for kardiologisk sygepleje	70
4.2.1	Sammenfatning.....	75
4.3	Tredje del - Metodediskussion.....	75
4.3.1	Ulemper	75
4.3.2	Fordele	76
4.3.3	Anvendt metode til litteraturgennemgang	77
5	Konklusion	78
6	Perspektivering.....	80
7	Referenceliste	81
8	Bilag	85
8.1	Uddybning af artikler.....	86
8.2	Oversigt over alle svar til spørgsmål 1 og 2	103
8.3	Spørgeskema.....	117
8.4	Brev til oversygeplejersken	124
8.5	Brev til afdelingssygeplejersken.....	125
8.6	Brev fra datatilsynet.....	126
8.7	Introduktionsbrev til patienter	130
8.8	Oversigt over svar til spørgsmål 14.....	131
8.9	Resultater vedrørende køn og delay	134

1 Indledning

I Danmark er der gennem de senere år sket fremskridt i medicinsk behandlingen af patienter med akut myokardieinfarkt (AMI). Behandlingen består af enten invasiv Percutan Coronar Intervention (PCI) eller trombolyse behandling med lav molekylær heparin (www.cardio.dk). Eksisterende forskning viser at en effektiv og vellykket behandling fordrer, at patienten kommer under behandling indenfor en afgrænset tidsperiode, og det er således altafgørende at iværksættelse af behandling ikke forsinkes. (Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 379. Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 169. (A) Løvlien,M, Schei,B 2006, s. 18. Ottesen,MM, Dixen,U mfl. 2004, s. 97. Rasmussen,CH, Munck,A mfl. 2003, s. 37. Emslie,C 2005, s. 387).

International sygeplejeforskning har været optaget af begrebet "patient delay" i forbindelse med AMI. Forskningen viser at patient delay er et problem, fordi patienter ikke ankommer til hospitalet i rette tid, de forsinkes i indlæggelse, og opnår derfor ikke den fulde gevinst af pleje og behandling. Delay skal forstås, som den tid der går forud for en hospitalsindlæggelse, altså tidsperioden fra den enkelte person første gang bliver opmærksom på symptomer eller tegn på sygdom, og indtil personen beslutter at søge hjælp. Patient delay kan oversættes med patient forsinkelse, udsættelse, forhaling, nølen eller tøven (Gyldendal ordbog Engelsk/Dansk). Der er i afhandlingen valgt, at det engelske ord patient delay anvendes, idet den anvendte litteratur i afhandlingen om patient delay fortrinsvis er på engelsk. Ordet dækker dels over, at patienten selv kan nøle i at søge hjælp, og dels over at andre kan medvirke til at forhale, at patienten får hjælp i tide.

Afhandlingens emne er afgrænset til den del af delay, der handler om patient delay, altså den del af patient delay der foregår hjemme ved patienten, inden der tilkaldes hjælp.

Ved gennemgang af litteraturen om emnet patient delay, viser artikler, at begrebet er undersøgt af sygeplejersker internationalt. De artikler der er skrevet af danske forfattere er lægevidenskabelige artikler. Dansk Cardiologisk selskab skriver i deres klaringsrapport fra 2001, at for de fleste patienter med AMI, er den præhospitale fase karakteriseret ved en betydelig forsinkelse fra symptompdebut til hospitalsindlæggelse. Denne forsinkelse opstår først og fremmest på grund af patientforsinkelser. En følge heraf er en høj præhospitals mortalitet, og en reduktion i mortaliteten er i høj grad afhængig af en reduktion i præhospital forsinkelsen. Patientforsinkelsen har vist sig med tiden ikke at blive mindre, hvilket understreger behovet for en forstærket informationsindsats, idet reduktionen af den lange præhospitale fase er afgørende for forbedring af prognosen ved AMI (Dansk Cariologisk

selskab Klaringsrapport nr. 3 2001 s10). Både international sygeplejeforskning og danske læger har vist interesse for problematikken om patient delay, hvor behovet for en forstærket informations indsats understeges. Der er tilsyneladende ingen danske sygeplejersker, der er optaget af begrebet. Der synes at mangle en dansk sygeplejefaglig tilgang, til mere viden om danske AMI patienters årsager til patient delay.

Information er et område, som sygeplejersker i høj grad har en fagspecifik tilgang til, idet at sygeplejerskers arbejdsfelt blandet andet er fokuseret på sundhedsforebyggelse og sundhedsfremme, hvori information til patienter indgår.

Sundhedsforebyggelse og sundhedsfremme kan forstås ud fra følgende måde.

Sundhedsforebyggelse handler om, hvordan sygdom forhindres, ved at reducerer eventuelle risikofaktorer der resulterer i sygdom (Jensen T, Johnsen 2000).

Sundhedsfremme handler om, hvordan patienten lærer at undgå eventuel sygdom eller at leve med en sygdom (Jensen T, Johnsen 2000).

Forskellen mellem sundhedsforebyggelse og sundhedsfremme ses ved at sundhedsforebyggelse fokuserer på risikofaktorer, hvorimod sundhedsfremme indeholder en læring og information til patienter om for eksempel tegn på sygdom.

Sundhedsfremme synes at være et relevant begreb i forhold til emnet patient delay, idet det tilskyndes at patienten helst skal lære at undgå patient delay. Begrebet sundhedsfremme anvendes således som overordnet begreb i afhandlingen.

I afhandlingen vil begrebet rehabilitering¹ og kardiologisk sygepleje indgå som teoretiske afsæt, og rehabilitering forstås at ligge til grund for at sundhedsfremme kan opnås. En undersøgelse hos danske patienter, hvor formålet er at øge sundhedsfremme hos patienter indlagt med AMI, eller indlagt til observation herfor, vil kunne kaste lys over emnet patient delay hos danske patienter. Denne afhandlingen vil således, kunne bidrage med mere viden på et område, som ikke i særlig grad er udforsket. En viden om hvad der påvirker patienten til at søge hjælp i sundhedsvæsenet ved tegn på symptomer svarende til AMI.

Afhandlingens overordnede påstand er, at jo tidligere patienter modtager sygepleje og medicinsk behandling, jo mere reduceres komplikationer og andre følger hos patienten. Derfor er det vigtig at få mere viden om, hvilke forhold der gør sig gældende omkring patient delay

¹ Rehabilitering defineres som en sundhedsaktivitet, der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme, med det formål, at patienten, som har risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen 2007).

inden patienten indlægges. Hvis kardiologiske sygeplejersker ved, hvilke forhold der har indflydelse på patientens beslutning om at søge hjælp, så kan sundhedsfremmende sygepleje målrettes mere direkte på de forhold, hvor patienter udviser en tøven ved at søge hjælp.

Perspektivet er at bidrage med viden om, hvordan patienten tænker og handler fra det øjeblik patienten bliver opmærksom på at noget er galt. Afhandlingen vil således frembringe viden, som er både anvendelig og relevant for danske sygeplejersker i deres sundhedsfremmende arbejde med nuværende og fremtidige kardiologiske patienter. Sundhedsfremme kan således i fremtiden tilrettelægges efter at få reduceret patient delay, med tilpassede interventioner.

Afhandlingen er delt op i to dele.

Første del består af en teoretisk del, hvor udvalgte forskningsartikler og anden relevant litteratur er inddraget og anvendt. Artiklerne til den teoretiske del er udvalgt efter en litteraturgennemgang om patient delay. To undersøgelsesspørgsmål har dannet baggrund og er stillet til de udvalgte artikler.

1. Hvordan kan det være, det er vigtigt at undgå delay?
2. Hvordan opstår patient delay?

Anden del er en empirisk del, der baseres på en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, der er indlagt til observation for AMI eller Angina pectoris på en hjertemedicinsk afdeling i Danmark.

De følgende tre afsnit vil være fokuseret på sygdommen iskæmisk hjertesygdom, og reduktionen af mortaliteten over en 20 årig periode fordelt på køn. Disse afsnit synes relevante i denne sammenhæng, da de kan illustrere hvordan mortaliteten er fordelt på køn, samt hvordan fokuseringen har været på iskæmisk hjertesygdom, og hvilken betydning det har haft på mortaliteten og køn.

1.1 Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom (åreforsnævringssygdom) er en samlet gruppe af diagnoser, hvor blodprop i hjertet (akut myocardiinfarkt- AMI) og hjertekramper (Angina pectoris) er de vigtigste. Hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser kan dog også skyldes iskæmisk hjertesygdom. Alle iskæmiske hjertesygdomme bliver en kronisk sygdom, og skyldes sygdomsudvikling i hjertes kransårer, med fedtaflejringer på indersiden af coronar karrene. Udviklingen af iskæmisk hjertesygdom er komplekse samspil af mange faktorer, det gælder for eksempel

livsstilsfaktorer som rygning, motion, kostvaner, overvægt, alkohol og stress, samt nogle biologiske faktorer som forhøjet blodtryk (hypertension) og forhøjet kolesterol (hyperkolesterolæmi) (Madsen, M., Kjølner M., Rasmussen, S 2003, s. 7).

1.2 Reduktion i mortalitet fra 1985-2005

I perioden 1985-2005 er antallet af dødsfald i Danmark, hvor iskæmisk hjertesygdom er dødsårsag reduceret fra 16.657 til 6696 årligt. Alligevel skyldtes 20 % af alle dødsfald i den danske befolkning i 2005 iskæmisk hjertesygdom, kun overgået af ondartede lidelser, som var repræsenteret med 27 % (Dødsårsagsregister 2005). Ses der på, hvor stor en andel af mennesker, der specifikt dør af en og samme sygdom, døde der i 2005 i Danmark flere af iskæmisk hjertesygdom, end af nogen anden sygdom, idet de ondartede lidelser er fordelt på forskellige typer af lidelser. Iskæmisk hjertesygdom synes således stadig at være en sygdom, der har betydning for menneskets mortalitet. Men hvordan er mortaliteten fordelt over køn i perioden 1985-2005?

1.3 Mortalitet for mænd og kvinder i perioden 1985-2005

I 1985 døde 9.272 mænd og 7.385 kvinder af iskæmisk hjertesygdom. I 2005 var tallene reduceret til 3.537 mænd og 3.159 kvinder (Dødsårsagsregister 2005 s.17-19). Regnes mænd og kvinders dødsfald i procent fra 1985-2005, ses det at mænds dødsfald procentvis er reduceret med 62 %, mod kvindernes 57 %. Reduktionen i dødsfald hos kvinderne er altså ikke så høj som hos mændene (Dødsårsagsregister 2005).

Forskellen på antallet af døde mænd og kvinder i 1985 er på 1887 patienter. I 2005 er denne forskel reduceret til 378 patienter. Det betyder at forskellen på antallet af døde mellem kønnene er blevet mindre. Det kan undre, at den forskel ikke vedbliver at være på samme niveau men kan på den anden side betyde, at en stor fokus på behandling af AMI, ikke bliver til gavn for begge køn, men fortrinsvis for mænd, idet mortaliteten har været mere faldende for mænd end for kvinder. Denne observation falder i tråd med, hvad svenske cardiologer har fundet. De konkluderer at diagnosticeringen, akut intervention, langtidsbehandling og rehabilitering har været optimal for mænd, men ikke for kvinder (Schenck-Gustafsson, K 2006, s. 325).

Det følgende afsnit handler om befolkningens og patienters opfattelse af iskæmisk hjertesygdom, hvilket kan give indikationer om at den almene forståelse af iskæmisk hjertesygdom kan være meget forskelligt fra den faktiske virkelighed.

1.4 Opfattelser af iskæmisk hjertesygdom

I en svensk undersøgelse, hvor 1.000 personer blev spurgt om, hvad de mente var hovedårsag til dødsfald hos kvinder, svarede 16 % af mændene og 24 % af kvinderne, at det var hjertekarsygdom. De fleste mente, at det var kræft (Schenck-Gustafsson, K 2006, s. 325).

En dansk meningsmåling som hjerteforeningen netop har offentlig gjort, afslører at 79 % af kvinderne mest frygter at dø af en kræft sygdom, kun 6 % frygter en hjertekarsygdom (www.Hjerteforeningen.dk/sw73662.asp). Befolkningen er generelt ikke opmærksom på, at også hjertesygdom forårsager stor dødelighed hos kvinder, de tror stadig, det er en ”mandesygdom” (Schenck-Gustafsson, K 2006, s. 325).

En undersøgelse om iskæmisk hjertesygdom udelukkende med mænd som population viser, at mænd mener, at det forventes af mænd, at de er raske og klarer manderollen. Mænd har en følelse af uovervindelighed, som er dybt forankret, og den kommer til at spille en betydende rolle, når de bliver syge. De skal forhandle med deres koner og dem selv om, hvornår de skal søge hjælp (White,A, Johnson,M 2000).

Referencerne indikerer at kvinder ikke opfatter sig selv, som i risiko for AMI, og mænd opfatter, at de skal klare alt, og ikke må vise tegn på sygdom. Der er således i befolkningen forskellige opfattelser af, hvem der har hvilke sygdomme, og om patienten må vise sygdomstegn. Derfor synes det interessant at se på hvad den kardiologiske sygepleje kan indeholde til patienter, samt hvorledes rehabilitering til iskæmiske hjertepatienter kan forstås.

De to følgende afsnit handler om perspektiver bag kardiologisk sygepleje og rehabilitering.

1.5 Kardiologisk sygepleje

Iskæmisk hjertesygdom er en kronisk sygdom. Det er derfor nødvendigt at patienten kontinuerligt vejledes og rådgives om, hvordan man som patient lever et tilfredsstillende liv på trods af sin hjertesygdom. Patienten forandrer sig gennem livet og nye behandlingstilbud udvikles hele tiden, og sygeplejersken har med sine kompetencer et bredt virkefelt afhængig af hvor i organisationen sygeplejersken arbejder, eller hvor patient- eller sygdomsforløbet udspiller sig ((A) Fridlund,B 2000 s. 12). Sygeplejersken er derfor i stand til at give patienten vejledning i forbindelse med iskæmisk hjertesygdom.

Fridlund skriver i sin bog ”Sygepleje til patienter med hjertesygdomme” at det er vigtigt at anlægge en holistisk betragtning, hvis man skal forstå den enkle patient i dennes specielle sammenhæng. Patientens reaktion på sygdom kommer til udtryk på forskellige vis afhængig af

hvem vi er, om det er en mand, kvinde, ung eller ældre, på personlighed, og hvilken kontekst patienten lever i ((A) Fridlund, B 2000).

Kardiologiske sygeplejersker har en lovmæssig forpligtigelse i at formidle viden om symptomer på sygdom, risikofaktorer og forholdsregler. Formålet med kardiologisk sygepleje er at gøre det muligt for patienten at vende tilbage til et aktivt og uafhængigt liv med en følelse af velbefindende ((A) Fridlund, B 2000 s. 34).

Kardiologisk sygepleje kommer således til at spille en rolle i rehabiliteringen af iskæmisk hjertepatienter, hvor sygeplejerskens rolle nu er udvidet til at omfatte ikke bare tiden på hospitalet, men også efter udskrivelsen.

At formidle viden til patienter om symptomer på AMI er en del af en rehabilitering.

Det følgende afsnit handler om definitioner på rehabilitering generelt og til iskæmiske hjerte patienter, samt den rolle sygeplejersken har i forhold til rehabiliteringen.

1.6 Rehabilitering til iskæmisk hjertepatienter

Ifølge Sundhedsloven § 16(10) har alle patienter krav på at modtage informationer om deres helbrestilstand, herunder oplysninger om relevante forebyggelses- og behandlingsmuligheder (Hjerterehabilitering efter strukturreformen 2007, s 12).

Hjerteforeningen har i deres handlingsplan for 2005-2008 blandt andet sat patienten i centrum, i en af de fem søjler, som er bærende for foreningens arbejde. (Hjerteforening, Handlingsplan 2005-2008, s 2). Under målsætning med patienten i centrum skrives der følgende, ”Patienter og de pårørende skal støttes til i videst mulige omfang at bidrage med egne ressourcer og som beslutningstager i behandling og forebyggelse af egen hjertekarsygdom” (Hjerteforeningen, Handlingsplan for 2005-2008 s. 2).

WHO har en definition på rehabilitering af hjertepatienter(1992):

”Rehabilitering af hjertepatienter har som formål at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelateret symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienter at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet” (Hjerterehabilitering på danske sygehuse, 2004 s. 13).

En dansk definition på rehabilitering lyder.

” Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en

koordineret sammenhængende og vidensbaseret indsats” (Rehabilitering i Danmark - Hvidborg om rehabiliteringsbegrebet 2004 s.16).

Bent Fridlund skriver i sin artikel ”The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes” om sygeplejerskens rolle i rehabilitering hos patienten, Fridlund ser i dag en kløft mellem hvad som er vital for den professionelle i rehabiliterings øjemed, og hvad patienten finder som vital og vigtig i sin rehabiliterings process. Rehabilitering er mange artet og indeholder blandet andet viden til patienter om livsstil og livsstilsændringer, social støtte og stress håndtering og at forebygge udvikling i allerede udviklet hjertesygdom. Flere kilder, herunder Fridlund, inddeler rehabiliteringsprocessen i tre faser, (Rehabilitering i Danmark - Hvidborg om rehabiliteringsbegrebet 2004, Hjerterehabilitering danske sygehuse 2004, Hjerterehabilitering efter strukturreformen 2007, ((B) Fridlund,B 2002). De tre faser er følgende.

1. Fase: Hospitals niveau og på individuelt plan (indlæggelsen).
2. Fase: Patienten forlader hospitalet, perioden varer som regel 3- 6 måned. Fasen foregår på gruppe niveau.
3. Fase: Patientens liv, her fokuseres på at kunne klare og vedligeholde livsstilsændringer gennem resten af livet, rehabilitering er på et samfundsmæssigt niveau.

Fridlund ser at rehabilitering starter allerede i ambulancen på vej til hospitalet og varer ved resten af livet. Fridlund beskriver at sygeplejersken har forskellige roller afhængig af hvilken fase patienten er i. I fase 1 er sygeplejersken ”container”. Her fokuseres på information og psykisk mobilisering. Sygeplejersken skal således være en god lytter og være aktiv modtager af information fra patienten, samt være ”counsellor”, ”mediator”, og ”supervisor”. I fase 2 falder container og mediator rollen ud, nu har patienten ikke længere brug for en aktivlytter eller rollemodel. Til gengæld kommer der to nye roller for sygeplejersken, i fase 2 og fase 3 skal sygeplejersken være ” educator” og ”coach” sammen med rollen som supervisor og counsellor. Sygeplejersken skal således lede, og uddanne patienten i livsstils ændringer, og hvordan patienten vedholder disse ændringer. Igennem alle disse faser beskriver Fridlund at for at en god rehabilitering skal opnås, er det nødvendig at sygeplejersken har et hensigtsmæssigt perspektiv på rehabilitering. Sygeplejersken skal have viden om sygdom og risikofaktorenes indflydelse. Samt forstå at finde den rette ”timing” på vejledning, (”looking for the perfect day”), hvor patienten kan motiveres. Sygeplejersken skal kunne fortolke patientens

livsperspektiv ud fra patientens sociale, biologiske og kønsmæssige situation, og sidst men ikke mindst skal sygeplejersken kende og forstå og se sin egen rolle ud fra et sundhedsprofessionelt synspunkt og personligt niveau ((B) Fridlund,B 2002).

1.7 Sammenfatning

Sygeplejerskens rolle består således i, at hjælpe patienten tilbage til livet med så få ændringer som mulig, eller at hjælpe patienten med at kunne leve og mestre² de begrænsninger som sygdommen eventuel har sat. Da der er tale om en kronisk lidelse, med mulighed for progression, er det overordentlig vigtigt at sygeplejersken interesserer sig for patient delay, idet patient delay kan have overordnet indflydelse på patientens prognose. Yderligere viden om patient delay kan virke forebyggende og reducerer beskadigelse på myocardiet ved et eventuel nyt AMI. Det er derfor vigtigt at bestemme hvilken betydning for eksempel patientens alder, køn, tidligere by-pas operation eller andre faktorer, kan have på patientens beslutning om at søge hjælp. En spørgeskemaundersøgelse kan her være med til at definere, hvad er det for forhindringer patienten støder på, og som gør at patienten forsinkes, forhales af andre eller selv nøler i at bede om hjælp.

Næste afsnit vil omhandle tre faser i patient delay, som flere forskere har beskrevet, som de faser AMI patienter kommer igennem inden en indlæggelse.

1.8 Delay faser

Flere forskere, der har forsket i delay, har beskrevet tre faser eller tre trin, fra symptomdebut til behandlings start, som hver især kan skabe delay eller forsinkelse, inden der iværksættes en effektiv behandling ((A)Løvlien, M 2006, McSweeney,JC, Lefler,LL mfl.2005, s. 51-55, Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22).

1. Første fase er hvorfra en person bliver syg til han/hun, som patient beder om hjælp. Patientens beslutningsproces, er det interval fra symptomdebut hos patient, til patienten beslutter at søge hjælp. I denne fase opstår **Patient delay**. Patienten kan selv nøle i sin beslutningsproces af den ene eller anden årsag, eller andre personer i relation til patienten kan forhale beslutningen om at søge hjælp.

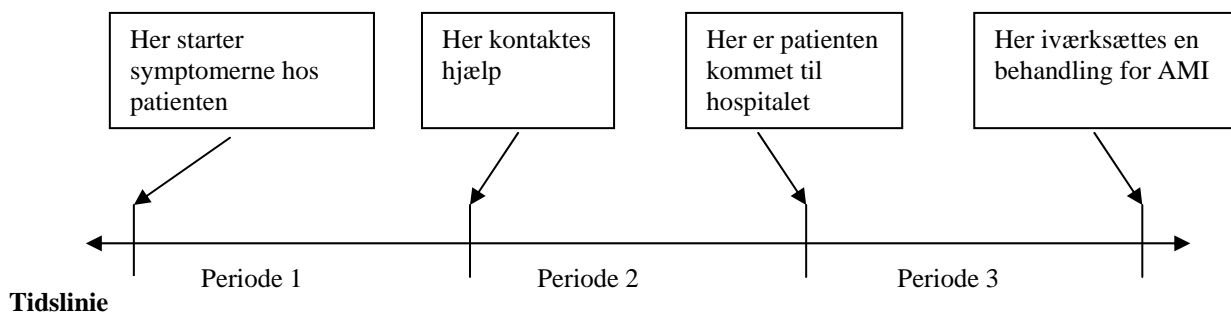
² Med mestre menes at patienten behersker kunsten(Nudansk ordbog politikken 1983), f.eks som at klare/håndterer sin sygdom.

2. Anden fase er transporttiden, er fra det øjeblik en patient beder om hjælp til patienten kommer til hospitalet. Her kan det akutte beredskab, ambulance tjeneste, vagtlæge eller anden led i sundhedssektoren give **Transport delay** og forhale at patienten ikke ankommer til hospitalet på et tidligere tidspunkt.
3. Tredje fase behandlingstiden, er fra det øjeblik en patient kommer til hospitalet og til vedkommende starter behandling. **Hospitals delay** kan opstå, idet patienten er afhængig af, at sundhedsprofessionelle stiller diagnosen AMI, således at den korrekte behandling kan iværksættes.
AMI diagnosen i det akutte forløb er igen afhængig af patientens symptomer, EKG forandringer og biokemiske markør.

(Zerwic,JJ 1999, s. 21-22. (A) Løvlien,M 2006. Rosenfeld;AG, 2004, s. 225. McSweeney,JC, Lefler,LL mfl.2005, s. 51-52. Moser;DK, Kimble,L mfl.2006).

Det er således ikke kun patientens egen reaktion, der har betydning for opnåelse af pleje og behandling, men også andre mennesker, som patienter kommer i berøring med gennem de tre faser, inden patienten kommer til hospitalet og starter behandling, har betydning.

De tre delay faser kan også forstås som tre tidsperioder.



1. *Tidsperiode fra mennesket bliver syg til personen beder om hjælp.* Denne periode er ikke i samme grad udforsket så målrettet mod at reducerer patient delay, selvom patient delay stadig anses som en af de største årsager til delay (Zerwic,JJ 1999, s. 21-22).

I denne proces træffer patienten beslutning om, hvorvidt der skal søges hjælp og hvornår. En reduktion af denne tidsperiode vil nedbringe mortalitet og morbiditet yderligere og en øgning i patientens sundhed kan sikres (Rosenfeld 2004).

Afgørende for om patienten får pleje og behandling, er derfor fuldt ud afhængig af om patienten vælger at søge hjælp. Hvis patienten skal have fuld udbytte og glæde af den eksisterende pleje og behandling, må patienten søge hurtig hjælp. Hvis patienten nøler og trækker tiden ud, inden der søges hjælp forlænges beslutningsprocessen og patient delay er øges.

2. *Tidsperiode hvorfra mennesket beder om hjælp, til personen kommer til et hospital.* Denne periode er i Danmark blevet reduceret gennem de senere år. Det er nu muligt at starte behandling ude ved patienten via den øgede indsats med anvendelse af f.eks lægeambulancer. På den måde er kontakten til specialeafdelinger etableret, og via et samarbejde kan diagnosen stilles hurtigere, hvorved det hurtigere kan afgøres, hvor patienten får den mest effektive behandling (www.cardio.dk). Denne tidsperiode er nu komprimeret, med hurtig behandlingsstart til følge og hvor mellemstationer undervejs til hospitalet er reduceret.

3. *Tidsperiode hvorfra patienten ankommer til hospitalet og til der iværksættes behandling.* Denne periode er ligeledes reduceret de senere år, idet forskning har arbejdet med at indføre en mere effektiv behandlingsstrategi, enten med PCI eller trombolyse (www.cardio.dk). Behandlingen er dog betinget af, at patienten så hurtigt som muligt efter symptom frembrud kommer i behandling (Zewic,JJ 1999, Moser,DK, McKinley,S 2005, Lefler,LL, Bondy,KN. 2004, Moser,DK, Kimble,L mfl. 2006).

1.9 Afgræsning til problemformulering

Der er således arbejdet for at reducere både transport delay og hospitals delay, men den fase hvor patient delay er central, er en fase der kræver en anden tilgang og indsigt for at få delay reduceret. Patienten er overladt til selv at finde ud af at tage beslutningen om, hvornår der eventuelt skal søges hjælp i sundhedsvæsenet ved tegn på sygdom, og det synes ifølge international sygeplejeforskning vanskeligt for patienten at træffe beslutning om at søge hjælp. Set fra et professionelt perspektiv kan det virke ulogisk og ikke sammenhængende, at patienten ikke søger hjælp, hvis de mærker de er syg. Specielt på grund af den foreliggende viden, der indikerer at patienten sætter sig selv i større risiko for at blive mere syg, og i værste fald at dø ved at vente med at søge pleje og behandling.

Hvis man vil vide noget, om de centrale sider af at være et menneskeligt væsen, skal man trænge ind i menneskets livsverden, der hvor mennesket fører sit liv (Andreasen,T 2006, s. 30). I forståelsen af mennesket og dennes handlinger ved sygdom, er patienten en vigtig medspiller, og man må have patienten med på råd for at kunne forstå, forklare og senere kan tilrettelægge

sundhedsfremmende interventioner, således at patient delay ikke øges yderligere, men forhåbentlig i fremtiden kan reduceres. Jo før patienten henvender sig, jo tidligere kan en behandling iværksættes, og mindske risikoen for død og øvrige varige skader på hjertemuskulaturen (Moser,DK, Kimble,L mfl.2006).

Formålet er at forbedre den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats overfor AMI og Angina pectoris patienter.

Men inden sygepleje interventioner og sundhedsfremmende arbejde iværksættes, kan en undersøgelse dels gennem litteraturen og ved en spørgeskemaundersøgelse give en indikation om, hvad der påvirker patientens beslutning, når der skal søges hjælp ved tegn på symptomer svarende til AMI. Hvilke faktorer er med til at give en henholdsvis øgning eller reduktion i patient delay?

Målet med en litteraturgennemgang og spørgeskemaundersøgelse er således at afdække, hvilke faktorer, der har betydning for patientens delay.

Ved at reducere forekomsten af patient delay vil unødige komplikationer hos patienten i forbindelse med sygdom og indlæggelse kunne reduceres.

I problemformuleringen til litteraturgennemgangen søges faktorerne opdelt efter køn, dette er gjort på baggrund af referencerne fra afsnittet, der står beskrevet under Mortalitet for mænd og kvinder i perioden 1985-2005, og fra afsnittet om Opfattelser af iskæmisk hjertesygdom.

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter både AMI patienter og Angina pectoris patienter, idet hverken patienten selv eller sundhedsprofessionelle er klar over, om patienten er i gang med at udvikle et AMI eller et Angina pectoris anfald. Diagnosen kan først stilles, efter at patienten har besluttet at kontakte sundhedsvæsenet, og da perspektivet med afhandlingen er at få indblik i de betydende faktorer for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp, er det således ikke nødvendigt at patienten skal have et verificeret AMI.

Det har ført frem til følgende problemformulering for henholdsvis litteraturgennemgangen og spørgeskemaundersøgelsen:

1.10 Problemformulering til litteraturgennemgang.

At foretage en litteraturgennemgang for at afdække hvilke faktorer³, der har indflydelse på patient delay hos henholdsvis mænd og kvinder, der har haft AMI.

³ Med faktorer menes forhold eller årsag (Nudansk ordbog, Gyldendal 1980).

1.11 Problemformulering til spørgeskemaundersøgelsen.

At gennemføre en spørgeskemaundersøgelse hos patienter, der er indlagt til observation for AMI eller Angina pectoris. At bestemme hvilke faktorer der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsenet⁴, ved tegn på symptomer svarende til AMI.

Følgende afsnit vil beskrive de metoder der benyttes i litteraturgennemgangen, baseret på videnskabelige artikler, der behandler patient delay.

2 Litteraturgennemgang

2.1 Anvendt metode til litteraturgennemgang

En litteraturgennemgang kan også benævnes som litteraturoversigt eller forskningsoversigt. Der skelnes dog mellem en systematisk litteraturgennemgang og en almen litteraturgennemgang, ved at der i søgeprocessen i den almene kan være svagheder i litteratursøgningen, i den kritiske vurdering og i analysen af resultaterne.

Al forskning og udviklingsarbejde starter med en litteratursøgningsproces, hvor formålet er at danne en beskrivende baggrund for en empirisk undersøgelse, eller beskrive et bestemt område af et emne. Her beskrives og samles data fra tidligere udførte undersøgelser. (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 25-27). I klinisk praksis kan det have den fordel, at klinikerer ikke hele tiden skal igennem en stor mængde litteratur for at være opdateret. Ulempen kan dog bestå i at litteraturgennemgangen er foretaget og udvalgt af andre eksperter, hvor litteraturen således kan støtte deres eget synspunkt. Ligeledes kan forskellige eksperter komme frem til forskellige resultater indenfor samme område. (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 25-26). Litteraturen kan være videnskabelige artikler eller rapporter, og de forskellige studier kan være tilrettelagt såvel kvalitativt som kvantitativt og med forskelligt design (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 25-26).

I denne afhandling er litteraturgennemgangen baseret på en almen litteraturgennemgang, fordi en systematisk litteraturgennemgang vil være meget mere omfattende.

Følgende afsnit vil indeholde overvejelser og strategi til at udføre en litteraturgennemgang af emnet patient delay forud for en empirisk undersøgelse.

⁴ Sundhedsvæsen menes hospital, praktiserende læge eller hjemmepleje.

2.1.1 Spørgsmål til litteraturgennemgangen

Spørgsmål anvendes i litteraturgennemgangen, med henblik på at identificere relevant litteratur. I et kvantitativt studie indeholder et godt spørgsmål tre forskellige dele: Situationen (patienten eller problem som undersøges), interventionen, og kontrolgruppe (måleparameter). I kvalitative studier kan spørgsmålene være rettet mod betydning eller oplevelse af forskellige fænomener (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 75). Spørgsmålene i denne litteraturgennemgang er opstået på baggrund af klinisk praksis, således at spørgsmålene kan blive til gavn for både patienten og klinikerens. Spørgsmålene er konstrueret, så de kan benyttes ved søgning af relevant litteratur.

Spørgsmål 1: Hvordan kan det være, det er vigtigt at undgå patient delay?

Spørgsmålet er stillet på baggrund af refleksioner, der er fremkommet ved at læse artikler om patient delay. Det er vigtigt at finde ud af, hvilke konsekvenser patient delay har for patienten, og hvor lang tid regnet i timer og minutter patient delay kan være, således at patienten stadig kan nå at få optimal effekt af den eksisterende pleje og behandling.

Spørgsmål 2: Hvordan opstår patient delay?

Spørgsmålet er stillet på baggrund af den viden og refleksioner, som fremkommer fra artikler om patient delay. Artiklerne beskriver hvilke faktorer, fænomener eller forhold, der forhindrer patienter i at nå frem til behandling på et hospital.

2.1.2 Identifikation af litteratur – overordnede overvejelser

Søgestrategien indeholder nogle overordnede overvejelser, hvor der som basis for litteratursøgning anvendes undersøgelsesspørgsmål. Spørgsmålene 1 og 2 er stillet på baggrund af viden, som er tilegnet ved at læse artikler omhandlende patient delay, samt viden tilegnet fra den kliniske hverdag i arbejdet med patienter, der har AMI. Der er i litteratursøgningen ikke skelnet mellem artikler, der havde anvendt kvalitativ eller kvantitativ metodik. Når der ledes efter resultatkategorier, som f.eks oplevelser eller behov hos patienter, syntes en kombination af undersøgelser, hvor designet dels kan være enten kvalitativ eller kvantitativ karakter, at være anvendelig (Willman,A, Stoltz,P 2004, s. 65). Det har været vigtigt at finde artikler, der har undersøgt, hvordan patient delay opstår, og med hvilke forklaringer eller årsager.

Udover videnskabelige artikler og review artikler om delay, er der også foretaget søgninger efter behandlingsvejledninger og kliniske retnings linjer til AMI- patienter, og der er foretaget søgninger i dødsårsagsregisteret. Søgningen efter artikler er foregået i elektroniske databaser, tidsskrifter, biblioteker samt håndsøgning i referencelister. At artiklerne er så nye som muligt

er et gode, idet ny viden er bygget op omkring den eksisterende viden (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 30). Det kan have betydning for delay, idet fænomenet delay kan være skabt i de strukturelle forhold i sundhedsvæsenet, men også fordi aktuel forskning er det bedste beslutningsgrundlag for praksis (Forsberg,C, Wengström,Y 2003, s. 30).

I de enkelte undersøgelser er det vigtigt at kvinderne er repræsentativ repræsenteret som population, idet der ellers vil opstå forvirring omkring artiklens resultater (Lefler,LL 2004). Artiklernes sprog skal være engelsk eller skandinavisk.

Undersøgelser som udelukkende er foretaget i et land, hvis kulturelle baggrund er meget forskellig fra danske forhold er ikke medtaget, idet delay-problematikken ved hospitalsbehandling kan være kontekstafhængig af kulturen, Her tænkes på at patienter afstår fra at søge hjælp, fordi det vil koste dem penge, som de måske ikke er i besiddelse af. Artikler hvor intervention er i fokus, for eksempel PCI's betydning ved patient delay, evalueringer af modeller på patient delay eller undersøgelser hvor psykologer har undersøgt patient delay, fravælges til litteraturgennemgangen. Fravalgene er foretaget på baggrund om at holde fokus set fra et sygeplejefagligt perspektiv, på faktorer der har betydning for patientens beslutningsproces om at søge hjælp.

Den anvendte søgestrategi er ud fra søgeord, til at søge i databaser som kan hjælpe med at lede frem til relevante artikler.

Arbejdet med at finde de relevante søgeord, er indledt ved at foretage prøvesøgninger i udvalgte databaser. Derudover er søgeordene også fundet på baggrund af nøgleord/keywords, som er anvendt i relevante review artikler, på den måde er der søgt efter at justerer frem til søgeord, som synes relevant for problemformuleringen. Efter indledende søgninger er der fundet "gode" søgeord, som er anvendt på en mere struktureret måde. Søgeordene er undervejs kombineret med hinanden ved hjælp af "and", og efterhånden som søgningen skrider frem, er søgeordene udbygget, for derefter at indsnævres igen. Søgeordene er også anvendt i kombination i meSH term søgninger.

Der er defineret inklusions- og eksklusionskriterier for artikler. Disse er udarbejdet for at lette til- og fravalg i arbejdet efter at finde relevante artikler.

Søgeprocessen er foretaget på følgende måde:

Ved søgningerne er overskriften (headlines) læst og vurderet, hvorefter første fravalg er foretaget. På alle tilbageværende artikler er abstract gennemlæst, og andet fravalg er foretaget.

De resterende artikler er gennemlæst og vurderet med henblik på, om de kan inkluderes i litteraturgennemgangen.

Vurderingen af litteraturen er foretaget på baggrund af overordnede overvejelser, f.eks. om artiklen skønnes at indeholde svar på de to stillede spørgsmål. Derudover er artiklerne vurderet, med henblik på om der foretaget review på artiklen, i hvilket tidsskrift artiklen er publiceret (anerkendt eller ukendt tidsskrift). Hvad er formålet med undersøgelsen, hvordan er problemstillingen behandlet, hvilken population deltager i undersøgelsen, hvilket undersøgelsesdesign der er anvendt, hvordan analysen er foretaget, og passer det sammen med designet. Hvordan svarer artiklen på problemstillingen, og hvordan er undersøgelsens validitet og reliabilitet. De generelle overvejelser er hentet med inspiration i artiklen "Læsning og vurdering af forskningsartikler" af Kirsten Markussen (Markussen, K 2004).

Søgningerne er foretaget medio/ultimo 2007.

Følgende afsnit indeholder inklusions og eksklusions kriterier for de artikler der indgår i litteraturgennemgangen.

2.1.3 Inklusion- og eksklusions kriterier:

Inklusionskriterier:

Undersøgelser hvis tema er patient delay hos mænd og kvinder med AMI.

Kvalitative og kvantitative undersøgelser.

Undersøgelser hvor mænd og kvinders resultater er særskilt opdelt, og hvor de hver især er repræsenteret med minimum 25 % som population.

Undersøgelser hvor mænd kun indgår som population.

Undersøgelser hvor kvinder kun indgår som population.

Review artikler om delay.

Eksklusionskriterier:

Undersøgelser hvor delay er behandlet på et generelt niveau, idet det her vanskeligt at måle og vurderer fænomener og faktorer, der har betydning for delay.

Undersøgelser hvor populationen mænd og kvinder er behandlet samlet, så differentiering mellem kønnene ikke er muligt, hvorved det efterfølgende kan være svært at definere, om der er en speciel risiko grupper for patient delay.

Undersøgelser hvor intervention mod at reducerer delay indgår. Her er det interventionen der er i fokus, og ikke forhold der har betydning for patient delay.

Artikler på andre sprog end engelsk eller skandinavisk sprog.

2.1.4 Arbejdsproces

Database- søgninger	Pub med, Cinahl, Scopus, Embase
Tidsskriftssøgninger	Klinisk sygepleje, Tidsskrift for sygeplejeforskning, Sygeplejersken
Søgninger på biblioteker	Bibliotek.dk, Jcvu bibliotek, Statsbiblioteker
Håndøgninger	Der er foretaget håndøgninger i artiklers referencer
Engelske søgeord	Delay, gender, myocardial infarction, women, treatment seeking, patient delay, sex men.
Danske søgeord	Akut myocardi infarkt, kvinder, beslutning process, køn, mænd.
MeSH – termsøgninger	De anvendte søgeord på engelsk er sammen forskellige vis i meSH-term søgninger. De nævnte meSH term søgninger er anvendt søgeprocessen efter artikler.

2.1.5 Søgehistorik

Søgningerne 1, 2, 3 og 4 er alle foretaget i **Pub med**.

Søgning 1.

Der søges med følgende ord og efterfølgende angives antal hits:

Delay: hits	78372
Delay and gender: hits	856
Delay and gender and myocardial infarction: hits	78

Fra denne søgning udvælges 17 abstract, som gennemlæses, herfra vælges 10 artikler, de gennemlæses kritisk og vurderes. Der inkluderes 5 artikler fra denne søgning.

Søgning 2:

Women and delay: hits	34046
Women and delay and myocardial infarction: hits	984
Women and delay and myocardial infarction and treatment seeking: hits	88

I denne søgning er der flere af de inkluderede artikler, der "popper" op som hits igen. Der sorteres ved at læses overskrifter og efterfølgende udvælges abstract, herfra vælges 3 artikler som gennemlæses kritisk og vurderes, men ingen af dem kan inkluderes.

Søgning 3:

Men and delay and myocardial infarction and treatment seeking: hits	79
---	----

Også ved denne søgning "popped" flere af de allerede inkluderede artikler op. Der er også læst overskrifter og abstract på flere af disse hits, men ingen af dem kunne inkluderes.

Søgning 4:

Patient delay and treatment seeking and gender: hits	37
--	----

Overskrifterne gennemlæses men ingen abstract udvælges.

Patient delay and treatment seeking and sex: hits	70
---	----

Overskrifter gennemlæses, abstract sorteres, 2 artikler udvælges gennemlæse og kritisk vurderes, men ingen artikler kan inkluderes.

Patient delay and treatment seeking and myocardial infarction: hits	97
---	----

Overskrifter gennemlæses, abstract sorteres herfra udvælges 11 artikler som gennemlæses kritisk og vurderes. Efterfølgende kan der inkluderes 6 artikler.

Søgning 5:**Embase** søgning:

Delay and gender and myocardial infarction: hits	27
Myocardial infarction and treatment seeking and patient delay: hits	0
Myocardial infarction and treatment seeking: hits	0

Overskrifter gennemlæses, men ingen abstract kan inkluderes, der findes kun tidligere inkluderede artikler ved denne søgning, der inkluderes derfor ikke nye artikler.

Søgning 6:**Scopus** søgning:

Patient delay: hits	34
Patient delay and myocardial infarction: hits	0
Patient delay and gender: hits	21

Overskrifter læses men ingen abstratc kan inkluderes, der inkluderes derfor ikke nye artikler, kun tidligere inkluderede artikler ses igen ved denne søgning.

Patient delay and treatment seeking: hits	0
---	---

Søgning 7:**Cinahl** søgning:

Treatment seeking and myocardial infarction: hits	144
Treatment seeking and myocardial infarction and gender: hits	15

Flere hits på de allerede inkluderede artikler ”popper” op, på de øvrige læses abstract, men ingen nye artikler kan inkluderes.

Artikler som i forvejen allerede er inkluderet i litteraturgennemgangen ”popper” op gentagende gange i søgningen i databaser, derfor afsluttes søgningen med de udvalgte søgeord.

I alt er 26 artikler fundet i databasesøgningerne, de er gennemlæst og kritisk vurderet, heraf kan 11 videnskabelige artikler inkluderes i litteraturgennemgangen.

Der foretages herefter håndsøgninger i reference lister, herfra kan der inkluderes 5 artikler.

Der kan således inkluderes i alt 16 videnskabelige artikler i litteraturgennemgangen.

Følgende oversigt illustrerer en beskrivelse af alle artikler. I bilag kan der ses en uddybning af hver enkel artikel (bilag nr.1).

2.1.6 Oversigt over inkluderede artikler

Forfatter	Titel	Population	Metode/Dataanalyse	Resultater
Dempsey,S et al.	Decision to seek care for symptoms of acute myocardial infraction	16 kvinder, mellem 42-82 år	Grounded theory	Kvinder benytter sig af to hovedformer. At bevar kontrol. At giv slip på kontrol
Emslie, C	Women, men and coronary heart disease. A review of the qualitative literature	60 kvalitative studier, hvor både mænd og kvinder indgår som population eller som samlet population	Litteratur review proces med søgning i databaser efter videnskabelige artikler	Studier hvor både mænd og kvinder indgår er nødvendig, fordi de sociale roller forskellige
Dracup, K et al.	Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms		Videnskabelig litteratur er gennemlæst	Variabler der øger patient delay er identificeret
Hwang,SY. et al.	The influence of age on acute myocardial infraction symptoms and patient delay in seeking treatment	239 patienter med akut myocardi infarkt	Struktureret interview	Forhold som klassiske symptomer er identificeret, også uafhængige forhold som at kontakte læge ved symptomer
Lefler,L et al.	Womans delay in seeking treatment with myocardial infraction	48 studier	Studier er inkluderet efter inklusions og eksklusions kriterier	3 hovedområder som forklaring på kvinders delay, kliniske, sociodemografiske og psykologiske faktorer

Forfatter	Titel	Population	Metode/Dataanalyse	Resultater
(A) Løvlien,M	Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction A Norwegian perspective	82 mænd og kvinder	Spørgeskema	Kønnsforskelle på mænd og kvinders symptomer og hvordan de relateres
(B) Løvlien,M et al.	Women with myocardial infarction are less likely than men to experience chest symptoms	149 kvinder og 384 mænd	Spørgeskema	Kvinder har mindre brystmerter end mænd og deres symptomer er "atypiske"
McKinley, S et al	International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment	595 patienter fra U.S.A, England, Japan og South Korea	Interview 72 timer efter indlæggelse	Antal patienter der ankom inden for 1 time er for U.S.A (23%), England(15%), Japan(8%) og South Korea(18%)
McSweeney,JC et al	Whats wrong with me? Woman's coronary heart disease diagnostic experiences	40 kvinder	Dybde- interview over 5 områder	De fleste kvinder fik først diagnosen Iskæmisk hjertesyg, efter deres AMI
Moser,DK, Kimble,L et al	Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke		Videnskabelig statement Opsummering af årtiers evidens om delay.	Fordele ved tidlig behandling, beskrevet problemet delay, identificeret faktorer til delay, forslag til at sænke delay
Moser,DK, McKinley,S et al.	Gender differences in reasons patients delay in seeking	194 patienter	Interview	Der er kønnsforskelle i årsagerne til

Forfatter	Titel	Population	Metode/Dataanalyse	Resultater
	treatment for acute myocardial infarction symptoms			patient delay
Ottesen, M M et al	Determinants of delay between symptoms and hospital admission in 5978 patients with acute myocardial infarction	5978 patienter fra 25 forskellige center i DK.	Cohorte studie	Identificeret faktorer der har betydning for delay
Patterson, J et al.	Decision making in processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study	22 patienter 20 mænd og 2 kvinder	Semi struktureret interview	Identificeret 6 hovedområder der har indflydelse på patientens beslutningsproces
Rasmussen, CH et al.	Patient delay from onset of chest pain suggesting acute coronary syndrome to hospital admission	337 patienter	Interview	Delay på mere end 2 timer er associeret med selvbehandling, 30% var ankommet inden 2 timer
Rosenfeld, AG	Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction	52 kvinder	Cross-sectional deskriptiv design	Kvindes beslutning identificeres til to spor
Zerwic, JJ	Patient delay in seeking treatment for acute myocardial infarction		Review	Finder variabler der kan forklare hvorfor nogle forhold er associeret med lang delay

2.1.7 Analysemetode

Ud fra de inkluderede artikler i litteraturgennemgangen er spørgsmål nummer et og to stillet til alle inkluderede artikler. I bilag 2. ses en oversigt over alle svarene, som er hentet i de inkluderede artikler, ud fra de to stillede spørgsmål. Svarene er kategoriseret efter emne. Resultaterne fra artiklerne præsenteres ind under flere kategorier, systematiseret og sat sammen i kategorier efter, hvad der henholdsvis øger eller reducerer delay, samt en kategori for hvilken betydning køn har på patient delay.

Udover inkluderede artikler har også anden relevant litteratur, fået stillet de to spørgsmål. Det drejer sig om behandlingsvejledning, anbefalinger for AMI patienter og et Editorial. Litteraturen er ”Reference programmet for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST- segmentelevation i ekg´et”, udgivet af Sekretariatet for Referenceprogrammer(SfR)(www.sfr.dk), og ”Behandlingsvejledningen for akut koronart syndrom” fra Dansk Cardiologisk Selskab(www.cadrdio.dk/sw1999.asp), samt Editorial af Karin Schenck-Gustafsson (Schenck-Gustafsson, K 2006). Svarene fra de to spørgsmål ses også i bilag 2.

De følgende afsnit redegør for resultater til de to spørgsmål: ”hvordan kan det være, det er vigtigt for patienten at undgå patient delay?”, og ”hvordan opstår patient delay?”. Resultaterne præsenterer de faktorer der øger og reducerer patient delay også set i forhold til kønsforskelle, hvert spørgsmål behandles selvstændigt i hver deres afsnit.

Til sidst i resultatafsnittet præsenteres resultater fra de inkluderede artikler, hvor der fandtes uenighed om hvad der synes at have betydning for patient delay, samt præsentation af resultater fra de artikler der også har monitoreret patient delay målt i minutter og timer.

Afslutningsvis vil der for litteraturgennemgangen være en delkonklusion, hvorefter der afgrænses til den empiriske undersøgelse.

2.2 Resultater af litteraturgennemgangen

2.2.1 Hvorfor er det vigtigt for patienten at undgå patient delay

2.2.1.1 Typer af AMI

I Danmark skelnes der mellem to typer af AMI, den ene hedder STEMI (ST elevations infarkt), som tæller ca. 6000 indlæggelser årligt, og den anden hedder NON STEMI (non- ST elevations infarkt), som tæller ca. 9000 indlæggelser årligt. Ustabil angina pectoris tæller ca. 7000

indlæggelser årligt. Diagnosen Akut koronar syndrom (AKS) er bygget på patientens beskrivelser af symptomer, EKG forandringer, og måling af biokemiske markør (www.sfr.dk, s. 9).

2.2.1.2 Behandling af AMI

Ved behandling af AMI er en sygdomsanamnese af betydning specielt med hensyn til symptomdebut (www.cadrdio.dk/sw1999.asp s. 3).

Patienter med NON STEMI behandles medicinsk med bla. fragmin (lav molekylær heparin) med nøje kontrol af patientens symptomer, EKG og biokemiske markør. Der anbefales KAG (koronarangiografi) inden for ca. 5-7 døgn efter indlæggelsen, dog gerne inden for 48 timer (ibid s. 7).

Patienter der har STEMI behandles, som standard i Danmark med Primær PCI inden for 12 timer fra symptomdebut. Som alternativ kan anvendes trombolyse, såfremt der ikke kan foretages akut PCI inden for to timer, dog eksisterer der kontraindikation på trombolyse til visse patienter (ibid).

Patienter der indlægges senere end 12 timer efter symptomdebut, behandles hverken med PCI eller trombolyse. De behandles medicinsk med asperin, betablokker, statin, og eventuelt ACE-hæmmer. (ibid s. 5-9).

Ustabile angina pectoris patienter behandles med asperin, nitroglycerin og med følgende subakut KAG (ibid s. 5-9).

Stabile patienter som ikke har angina pectoris bør have foretaget en arbejdstest eller myocardie scintigrafi. Ved eventuelt rest iskæmi undersøges patienten med KAG (ibid s. 5-9).

Patienter med kardiogent chok har en høj dødelighed, hvorfor PCI er bedste behandling (ibid s. 5-9).

2.2.1.3 Komplikation til AMI

Hyppigt i forbindelse med AMI udvikler patienter arytmier inden for 24-48 timer. Arytmier kan være livstruende (Dracup, K, Morser, DK mfl. 1995 s.379. Ottesen,MM, Køber, L mfl. 1996). 60 % af de mennesker der rammes af AMI, dør inden de kommer til hospitalet, de fleste af dem dør inden for den første time af livstruende arytmier relateret til det akutte myocardie infarkt (Demsey,S, Dracup,K 1995, s. 444).

Hjertesvigt kan opstå med svigt af venstre ventrikel (www.cadrdio.dk/sw1999.asp s. 5-9). Mange patienter har en uerkendt diabetes, som først diagnosticeres ved indlæggelse for AMI.

2.2.1.4 Effekten af behandling

Større studier viser at trombolyse reducerer mortaliteten, men effekten er relateret til intervallet mellem symptom start og start af trombolyse. Desto kortere interval, jo bedre resultat. Det effektive resultat, er således afhængig af behandlingen, som gerne skal foregå inden for "The golden hour" efter symptomdebut ((A)Løvlien, M 2006, s. 18, Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006. Emslie, C 2005, s. 387. Lefler,LL 2004, s. 251-251. Hwang,SY, Ryan,C, Zerwicc,JJ 2006. Ottesen,MM, Køber, L mfl.1996, s. 97). Hvis trombolyse starter inden for tre timer kan mortaliteten reduceres med 23 %, og hvis den startes inden for 1 time reduceres den med 50 %. (Dracup,K, Morser,DK mfl. 1995, s. 379, Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 169). Tidlig trombolyse- op-start giver reduktion i infarkt størrelse, og mindre komplikationer til AMI. Selvom trombolyse administreret efter 12 timer kan have effekt, så eksisterer den bedste effekt efter 1-2 timer efter symptomdebut. Patienter der behandles inden for 90 min. oplever lavere mortalitet på op til 50-80 %, og med reduktion i infarkt størrelse på 50 %, end de patienter der behandles senere. (Morser,DK, McKinley,S, Dracup,K mfl. 2005, s. 45-46. Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22).

PCI har ligesom trombolyse vist sig at være en effektiv behandling af AMI, men tiden fra symptomdebut til start af behandling, har også betydning for effekten af resultatet (Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22). Præhospitals- delay har haft stor opmærksomhed, idet PCI af patienter med AMI er særdeles effektiv, men et godt resultat er igen afhængig af tidlig behandling (Rasmussen,CH, Munck,A mfl.2003, s. 37). Patienter der behandles med PCI inden for en time efter symptomdebut har en 30 dages mortalitet på 1 %, men for hvert 15 min., der gik udover den første time, øges mortaliteten 1,6 gange (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 169).

Både kortids- og langtids- overlevelse efter AMI bliver signifikant bedre, hvis behandling suppleres tidligt med betablokker, asperin og ACE hæmmer (Ottesen,MM, Køber,L mfl.1996, s. 97).

2.2.1.5 Mortalitet

Mortaliteten efter et år er faldende hos de patienter, der er behandlet inden for 2 timer efter symptomdebut på AMI (Rosenfeld,AG 2004, s. 225). Patienter der er behandlet 1 time efter symptomdebut, havde 50 % bedre overlevelse efter et år (Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22).

2.2.1.6 Morbiditet

Øget specialisering i medicinsk behandling af AMI kan begrænse skaderne i forbindelse med AMI (Dracup,K, Morser,DK mfl. 1995, s. 379). Mere end 50 % af de mennesker der hvert år i

U.S.A får et AMI, dør inden de kommer til hospital. De dødsfald kunne reduceres væsentligt, hvis patienterne ankom tidligere efter deres symptomdebut og modtog tidligere behandling. Kun en lille del får optimal behandling, fordi de ikke søger hjælp i tide. (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 168).

Mén efter AMI er relateret til størrelsen af infarkt og tabt tid inden behandling iværksættes (Ibid s.168).

Tidlig og mere effektiv behandling er associeret med bedre ventrikel funktion, hvilket resulterer i en efterfølgende reduktion af hjerte problemer (McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 225. Dempsey,S, Dracup,K 1995, s. 444. Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22).

Tidlig behandling reducerer morbiditeten (Lefler,LL 2004, s. 251-252. Rosenfeld,AG 2004, s. 225).

2.2.1.7 Kønsforskelle

Grupper af patienter, er i høj risiko for patient delay. Det er kvinder og minoritetsgrupper, idet de har været underrepræsenteret i tidligere forskning af hjertesygdomme (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 175. Ottesen,MM, Køber,L mfl. 1996).

Kvinder med cardiovasculær- lidelser er 5-10 år ældre end mænd, inden de får sygdommen. Det er 9 gange mere sandsynligt, at de dør af iskæmisk hjertesygdom end af bryst cancer. I en undersøgelse hvor mænd og kvinder blev spurgt om, hvad de mente er hovedårsag til død hos kvinder, svarer 16 % af mænd og 24% af kvinderne, at de mener at det er cardiovasculær- lidelser, de fleste mænd og kvinder tror at det er cancer (Schenck-Gustafsson,K 2006, s. 325).

2.2.1.8 Sammenfatning

Samlet set er vigtigheden i at undgå delay forklaret med den effektive, overlevelses givende eksisterende behandling som findes. Patienter er ikke alene bedre stillet med at få behandlingen i tide for at overleve, men de lever længere og bedre, og mulige komplikationer og eventuelle handicap efter AMI reduceres.

Bedre overlevelse gælder uanset om patienten behandles med trombolysse eller PCI. Nogle artikler taler om den effektive trombolysse behandling, hvor andre artikler refererer til at den invasive behandling som lige så effektiv som trombolysse. Skæringspunktet for akut behandling i Danmark er 12 timer fra symptomdebut til behandlings start, med enten invasiv og trombolysse behandling. Størst effekt nås ved tidlig behandling, hvor mortaliteten efter 30 dage er nede på 1 %, ved de patienter der behandles inden for den første time. Herefter øges mortaliteten for hver 15 minut, der går udover den første time med 1,6 gange. Ved trombolysse

er behandlingen også mest effektiv 1-2 timer efter symptomdebut, og efter et år er mortaliteten faldende hos de patienter, der er behandlet inden for 2 timer efter symptomdebut.

En tidlig behandling reducerer patientens morbiditet, hvor infarkt størrelse er associeret med hjertets ventrikel funktion. Jo længere patienten venter med at søge behandling, jo større er risikoen for komplikationer til AMI. Konsekvensen for patienten er risiko for flere og øgede handicap i fremtiden.

Der synes også at eksistere et køns problem, da der er en stigning i antallet af kvinder, der får AMI, men de har ikke i samme omfang været repræsenteret som population i forskningen. Kvinder ser heller ikke sig selv, som værende i en risiko for et AMI.

I præhospitalsfasen er der ingen der ved, om patienten er ved at udvikle et AMI, og hvordan et eventuelt myocardie infarkt vil udmønte sig. Vil der opstå arytmier, hjertesvigt, lungeødem eller anden livstruende komplikation? Eller er de symptomer som patienter bemærker i præhospitalsfasen er Angina pectoris.

Samlet set er alle artikler enige om, at jo før behandlingen ved AMI iværksættes, og gerne inden for den første time, jo større overlevelse og mindre risiko for komplikationer. En tidlig behandling vil således være til gavn for patienten og minimerer risikoen for unødige komplikationer.

2.2.2 Hvordan opstår patient delay

Følgende afsnit redegør for de resultater, der er fremkommet som svar på spørgsmål om, hvordan patient delay opstår?

For overskuelighedens skyld er resultaterne delt op i forhold, der for patienten henholdsvis reducerer eller øger patient delay, samt en opdeling af hvad der specifikt er gældende for mænd og kvinder. Følgende afsnit angiver de forhold for begge køn, som reducerer patient delay, herefter præsenteres resultater for forhold der øger patient delay for begge køn, til sidst præsenteres resultater for de forhold, hvor der er kønsforskel ved patient delay og en sammenfatning.

2.2.2.1 Reduktion af patient delay

2.2.2.1.1 Kliniske karakterer

Patienter som er hæmodynamisk ustabile f.eks. ved kardiogent chok eller store infarkter, kommer hurtigere på hospital (Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 386-387. Zerwic;JJ 1999, s. 22-27). Patienter med første gangs AMI og med bryst smerter havde en reduktion i delay

(Ottesen,MM, Køber,L mfl.1996, s. 96. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27). Patienter med hurtigere progression i symptomer søgte hurtigere hjælp (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

2.2.2.1.2 Kognitive og følelsesmæssige karakterer

Patienter som enten relaterer symptomer til hjertet, eller genkender symptomer på AMI, eller oplever symptomer som alvorlige, og dermed indser nødvendigheden af medicinsk hjælp, søger tidligere hjælp (Ottesen,MM, Køber,L mfl.1999, s. 96. Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 386-387. McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27.(B) Løvlien,M, Schei,B 2006, s. 347).

Når patienter bliver bange og angste, søger de hurtigere hjælp (Demsey,S, Draup,K 1995, s. 444. McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227. Morser,DK, Mckinley,S, Dracup,K mfl. 2005, s. 50).

2.2.2.1.3 Sociale karakterer

Når patienter fortæller om deres symptomer til andre, og især nogen som de ingen relation havde til, førte det til hurtigere behandling (Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 386-387. Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

2.2.2.2 Øget patient delay

2.2.2.2.1 Kliniske karakterer

Patienter med diabetes, tidligere AMI (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27) hypertension, angina pectoris, hyperkolesterolæmi og rygere er længere om at komme i behandling (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170. Lefler,LL 2004). Patienter med langsom progression i symptomer er også længere om at søge behandling (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

2.2.2.2.2 Kognitive og følelsesmæssige karakterer

Patienter oplever forvirring over symptomer, idet symptomer kan være intermitterende (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27. Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s.,1006). Patienter kan have oplevet prodromale⁵ symptomer (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006. McSweeney,JC, Lefler,LL mfl.2005, s. 48-49). Patienter som oplever, at deres symptomer er anderledes end ved et tidligere AMI, kan få den konsekvens, at de kommer til at nedtone, minimere, normalisere eller ignorerer deres symptomer (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006. Emslie,C 2005, s. 387-392). Mange patienter tror, at et AMI er med voldsomme smerter og kollaps, som det ses på

⁵ Prodromale symptomer er symptomer som fremkommer uger og dage op til infarkt, det kan f.eks. være kvalme, øget træthed eller intermitterende bryst smerter).

film, et slags "Hollywood AMI" (Emslie,C 2005, s. 387-392. Hwang,SY, Ryan,C, Zerwicc,JJ 2006, s. 22-26).

Patienter har svært ved at vurdere symptomer. De venter ofte på at symptomer går væk, og forsøger at selvbehandle med f.eks. at sove, tage noget at drikke eller tage medicin (McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227. Morser,DK, Mckinley,S, Dracup,K mfl.2005, s. 48-49. Lefler,LL 2004). De har et ønske og et håb om, at symptomerne bare vil forsvinde ud i den blå luft (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006). Det har også betydning for patient delay, om patienten opholder sig hjemme hos sig selv, idet mange først gerne vil hjem, for derefter at finde ud af, om de er syge og har brug for hjælp (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007). Ofte vurderer patienter deres symptomer til at være betinget af træthed, alderdom eller maden (Emslie,C 2005, s. 387-392). Patienter relaterer og genkender ikke deres symptomer til hjertet, de anser heller ikke deres symptomer som alvorlige nok. De mener ikke selv, de er i en risikogruppe for et AMI (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170. Emslie,C 2005, s. 387-392. Lefler,LL 2004. Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22).

Nogle patienter venter på at symptomerne vil gå væk (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170).

Mange patienter, der havde haft et AMI og som herefter lever et sundt liv, med sund kost, motion og som er behandlet med PCI eller CABG (coronar arteriae bypass grafting), tror ikke længere, de er i risiko for et nyt AMI (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007). Selvom patienter kendte symptomer og risiko faktorer ved AMI, så fik det ingen betydning for reduktion i delay (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170).

2.2.2.2.3 Sociale karakterer

De patienter som søgte hjælp hos deres egen læge eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsnet forud for en indlæggelse, har større patient delay, end dem som ikke tidligere havde haft kontakt med sundhedsvæsnet (Hwang,SY, Ryan,C, Zerwicc,JJ 2006, s. 22-26. (A) Løvlien,M 2006, s. 18. Ottesen,MM, Køber,L mfl.1996).

Andre patienter, der tidligere havde søgt hjælp for et AMI, for derefter at erfarer, at det er falsk alarm, de har efterfølgende følt sig flove (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006). Andre igen føler generthed og frygt for kontakten til sundhedsvæsnet (Emslie,C 2005, s. 387-392).

Patienter der får deres AMI i weekender, om natten og uden for almindelig åbningstid kommer senere i behandling (Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 386-387. Ottesen,MM, Køber,L mfl. 1996. Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

Nogle patienter har det svært ved at ringe efter en ambulance, idet en ambulance ”jo kun må benyttes i yderste nød”, på den måde opfatter patienter ikke, dem selv som værende i nødsituation (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007).

2.2.2.3 Kønsforskel ved patient delay

2.2.2.3.1 Kliniske karakterer

Smerteforskere erklærer, at der er kønsforskelle på smerter blandt mennesker. Via pet scanning måles flow igennem hjernen, det indikerer at der er forskel i aktiveringen af smerter hos mennesker (Schenck-Gustafsson,K 2006, s. 235).

Kvinder har svagere, skrøbeligere dimensioner af deres koronararter, idet studier af kvinder med AMI viser, at kvinder har mindre mængde af koronarstenoser. De har ved et AMI oftere plack erosion i stedet for rupsion. De har også mindre udslip af iskæmi markør troponin (Tnt). Dette kan måske indikere, at kvinder er underdiagnosticeret hvad angår AMI (Schenck-Gustafsson,K 2006, s. 235).

Kvinder er generelt ældre end mænd, når de får et AMI (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27. Schenck-Gustafsson,K 2006, s. 235).

2.2.2.3.2 Kognitive og følelsesmæssige karakterer

Flere kvinder end mænd relaterer ikke deres symptomer til hjertet.(McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49. (A) Løvlien,M 2006, s. 18). Kvinder har en anden måde at opleve deres symptomer på end mænd, og tillægger ikke i samme omfang deres symptomer til hjertet (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27). Dog mener andre forskere, at der ingen kønsforskel er i, hvordan kønnene tillægger deres symptomer, fordi undersøgelser viser 35 % mænd og 34% kvinder tillagde deres symptomer til hjertet, og 24% mænd og 32% kvinder tillagde symptomer til gastrointestinale scener (Morser,DK, McKinley,S, Dracup,L mfl. 2005, s. 48-49).

Kvinder forklarer, at de føler sig velinformeret om symptomer på AMI, men de fortolker dem som ikke kardielle ((A)Løvlien,M 2006, s. 18). Kvinder opfatter AMI som værende en mandesygdom, hvilket medfører at de ikke overvejer, at symptomerne kan relateres til hjertet (Emslie,C 2005, s. 387-392).

Nogle undersøgelser indikerer at flere mænd end kvinder har brystsmerter ved AMI andre har ikke påvist denne forskel (Schenck-Gustafsson,K 2006, s. 235. (A) Løvlien,M 2006, s. 18). Kvinder har hyppigere forskellige typer af symptomer, der ofte beskrives som atypiske symptomer ((A) Løvlien,M 2006, s. 18. McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49.).

Kvinder ønsker heller ikke at forstyrre andre med deres situation. Det er både læge og familie medlemmer. De føler sig flove og vil ikke unødigt ulejligge andre, og (Emslie,C 2005, s. 387-392) frygter konsekvensen ved at forstyrre andre med den situation, de befinder sig i (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170). Det synes ingen betydning at have for mænd (Morser,DK, McKinley,S, Dracup,K mfl. 2005, s. 50).

Mænd som har kendskab til, at der findes en effektiv behandling ved AMI kommer hurtigere i behandling, end dem som ikke kender behandlings mulighederne, kvinder er ikke påvirket af dette kendskab. (McKinley,S Dracup,K, Morser,DK mfl.2005, s. 50).

Undersøgelser hvor kun mænd er med som population indikerer, at mænd føler sig ærgerlige og fortvivlede. De må finde en forklaring på deres symptomer som kan forstås rationel, og mænd reagerer ikke deres symptomer til hjertet, selvom de har bryst smerter. Mandens anden position end kvindens i samfundet kan forklare, hvorfor de ikke reagerer på symptomer. Mænd er sårbare, når de oplever symptomerne, det kræver en ekstrem modreaktion, f.eks. at mænd prøver at gøre noget mandligt som modreaktion på deres skrøbelighed, ved at løfte tunge kasser. Det forventes, at manden ikke er syg, men upåagtede klarer mande rollen, det er en følelse af uovervindelighed, som er dybt forankret. Mænd skal rationalisere deres position og forhandle med dem selv og familien. (Emslie,C 2005, s. 387-392). Nogle mænd er bange for at blive opfattet som en svækling eller unormal, og denne forestilling om manden, som stærk, rask og produktiv, kan være dybt internaliseret. Kvinder derimod prioriterer deres forpligtigelser til familien højere end deres eget helbred (ibid s. 387-392).

Kvinder ser ikke sig selv som i risiko for AMI (Zerwicc,JJ 1999,s. 21-27). De føler sig sikre indtil efter menopausen, de er kun i en risiko, hvis de har adopteret en mandlig livsstil med et stressende arbejde (Emslie,C 2005, s. 387-392).

Kvinden er bange for at blive opfattet som hypokonder eller blive ignoreret, hun føler sig behandlet anderledes og taget mindre alvorlig, hun er vred over, at hendes smerter er opfattet som stress eller nerver (Emslie,C 2005, s. 387-392). En kvinde fortæller, at hun til lægen har forklaret de samme symptomer, som sin mand havde gjort. Ægtefællen har straks fået foretaget EKG, men kvinden har fået diagnosen angst og har ikke fået foretaget et EKG. Kvinder har vanskeligere ved at få diagnosen hjertesygdom eller AMI, sammenholdt med deres atypiske symptomer (McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49).

2.2.2.3.3 Sociale karakterer

Alder synes at have betydning for kvinder, idet ældre kvinder havde længere delay end yngre kvinder, hvorimod der ingen forskel var på mænds alder med hensyn til patient delay (Morser,DK, McKinley,S, Dracup,K mfl. 2005, s. 50).

2.2.3 Sammenfatning

2.2.3.1 Faktorer der reducerer patient delay

Der synes på den ene side at være faktorer, der reducerer delay, og som er fælles for begge køn. Det er patienter med hæmodynamisk ustabilitet og første gangs- AMI, samt patienter som enten kan relatere deres symptomer til hjertet, eller indser alvoren af deres situation. Eller som oplever angst og formår at få hurtigere hjælp. Relationen til andre mennesker synes at have betydning, idet de patienter, som fortæller om deres symptomer til fremmede kommer hurtigere i behandling.

Pårørende kan have en dobbelt rolle, idet hvis patienten fortæller om sine symptomer til sine pårørende, kan delay både øges eller afkortes, ved at pårørende kan trække tiden ud, måske fordi de kender patienten og dennes tidligere sygdomsforløb. Pårørende kan samtidig få patienten til at slippe kontrollen med deres selvbehandling, og pårørende kan dermed overtage kontrollen, så strategien om at søge hjælp iværksættes, og patienten indser nu at medicinsk hjælp er nødvendig (Lefler,LL 2004. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

2.2.3.2 Faktorer der øger patient delay

Der eksisterer også faktorer, som øger patient delay. Det ses ved at patienter der i forvejen er i kontakt med sundhedsvæsenet, enten i form af at de tidligere har haft AMI eller de f.eks. har diabetes, hypertension eller hyperkolesterolemie blev forsinket i deres behandling. Patienter der oplever intermitterende, prodromale og anderledes symptomer end ved første AMI, her får patienten svært ved at vurdere og relatere sine symptomer. Patienten kan komme til at fremstå minimerende eller ignorerende på deres symptomer. De skyder deres oplevelser over på, at de er blevet gamle eller de er trætte. De ser ikke sig selv i en risiko for AMI, fordi de lever sundt. De mener, at AMI skal være som, det foregår på TV med voldsomme smerter og pludselig kollaps, med det resultat at patient delay øges. Også tidligere oplevelser i forbindelse med anden sygdom, synes at have indflydelse. Det har sat spor i form af følelser, af generthed og flovhed over at forstyrre eller ulejlige sundhedspersonale, hvis det senere viser sig, at de alligevel ikke er syge. Derudover interagerer det at ringe efter ambulance med patientens

følelser, fordi patienter opfatter, at det middel kun må benyttes i yderste livsfare. Patienten ser ikke sig selv som værende i livsfare. Patienter der bliver syge uden for almindelig åbnings tid, her forhindrer patienten sig selv i at søge hjælp, idet patienter gerne venter til mandag morgen med at ringe til lægen. På den måde bringer patienten sig selv i større livsfare for tilstødende komplikationer. Patienter føler sig flove over at forstyrre, og selvbehandler sig med den konsekvens at nedprioritere deres eget helbred, og konsekvensen bliver øget patient delay.

2.2.3.3 Kønsforskelle i faktorer der øger patient delay

Der er kønsforskel mellem mænd og kvinder med hensyn til forhold der øger delay. Hos kvinderne synes der at være en klinisk dimension, hvor deres smerte sansning øjensynligt er anderledes en hos mænd. Kvinder har mange forskellige symptomer og svært ved at relatere deres symptomer til hjertet sammenholdt med mænd. Mænd derimod har svært ved at lægge deres manderolle fra sig, de mener de skal kunne klare alt, og helst ikke være svage (blive syg), så man ikke kan arbejde. Kvinder prioriterer deres relationer til familien højt og har hjemmet som fokus. De er også bange for ikke at blive taget alvorligt og udskyder gerne en indlæggelse for det kan være flovt.

2.2.4 Uenighed ved patient delay

Der er uenighed blandt artiklerne om hvorvidt uddannelsesniveaue har betydning for patient delay. Nogle artikler beskriver, at det har betydning, andre beskriver, at de ikke havde fundet nogen sammenhæng mellem uddannelses niveau og delay.

En artikel fandt at der ingen sammenhæng er mellem delay og køn, alder, tidligere AMI, ryger, angina pectoris, hypertension (Rasmussen,CH, Munck,A mfl. 2003).

2.2.5 Patient delay målt i timer og minutter

Nogle af de inkluderede artikler har monitoreret patients delay, artiklerne er sammenlignet med deres resultater af målingerne på patient delay.

Følgende afsnit behandler patient delay målt i timer og minutter.

En af de inkluderede artikler har foretaget en international sammenligning af delay, mellem forskellige lande fordelt på tre verdensdele. Her målt delay i timer og minutter, fra symptomdebut til patienten ankom til hospitalet. Undersøgelsen havde sat en time, som tidsgrænse for opnåelse af optimal effekt af en behandling (McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227).

Nedenfor angives resultater af undersøgelsen.

I USA ankom 23 % af patienterne inden for 1 time.

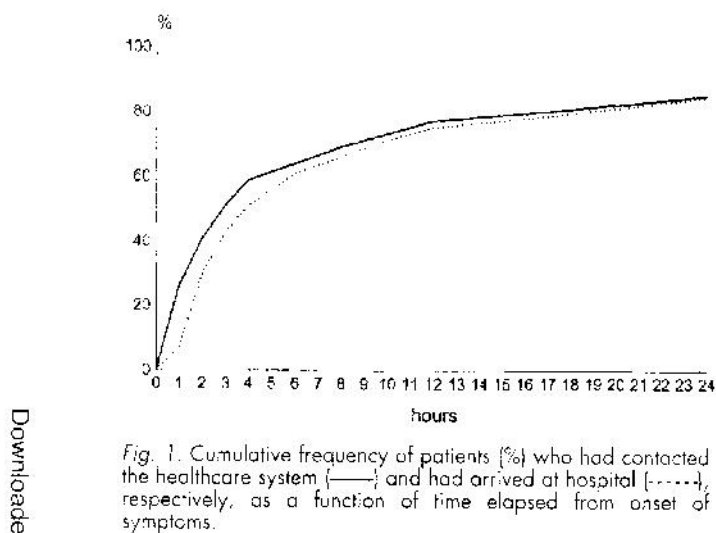
I Korea ankom 18 % af patienterne inden for 1 time.

I England ankom 15 % af patienterne inden for 1 time.

I Japan ankom 8 % af patienterne inden for 1 time.

Et dansk studie foretaget af læger fra 2003 blev alle patienter, der blev indlagt på mistanke om AMI, de fik registreret deres ankomst tid. Senere vidste det sig at kun 31 %, af de indlagt havde AMI. De patienter der havde et AMI havde lavere delay gennemsnitstid på 2,05 time, imod 3,12 time for de som senere viste sig ikke at have AMI (Rasmussen,CH, Munck,A mfl.2003).

Figur 1. (kilde: Rasmussen, CH, Munck, A mfl. 2003).



Figur 1. illustrerer at 40 % var ankommet inden for 2 timer (tyk sort streg), og i alt havde 60 % kontakten sundhedsvæsenet inden ca. 4 timer var gået. Men de resterende 40 % trækker tiden ud. Når 12 timer er gået, er der stadig godt 20 % tilbage, der ikke har taget kontakt, de kan ikke tilbydes behandling, da 12 timers behandlingsperiode er udløbet.

Et andet dansk studie foretaget af læger fra 1996 delte delay op i fire perioder

34 % ankom inden 2 timer.

34 % ankom inden 6 timer.

13 % ankom inden 12 timer.

19 % ankom efter 12 timer (Ottesen,MM, Køber,L 1996).

De to danske undersøgelser viser at henholdsvis 40 % og 34 % af de danske patienter var ankommet til hospital inden, der var gået 2 timer. De tal ligger over de udenlandske, men her er ankomsten i procent (%) allerede registreret efter 1 time.

I det følgende afsnit vil der være en samlet besvarelse af de to undersøgelsesspørgsmål, som har dannet baggrund for litteraturgennemgangen, samt opsummering af antallet af patienter der ankom til hospital inden 12 timer.

2.3 Delkonklusion til litteraturgennemgang

Hvordan kan det være, det er vigtigt at undgå delay?

Det synes at have stor betydning for patienten ved sygdom eller tegn på sygdom, at tidlig indsats med at søge hjælp er en særdeles effektiv måde til at undgå komplikationer ved AMI eller i værste fald at undgå at dø. Idet ingen i den præhospitale fase ved, om patienten er ved at udvikle et AMI eller om symptomer er tegn på et angina pectoris anfald. I Danmark anbefales at der iværksættes en akut behandling inden 12 timer, men jo tidligere behandlingsstart jo bedre, idet bedste behandlingseffekt nås ved behandlingsstart inden for 1 time.

Hvordan opstår patient delay?

Der er faktorer, der har betydning for at patient delay opstår, det er faktorer, som enten øger eller reducerer patient delay.

De faktorer der reducere patient delay, er faktorer der handler om at kunne relatere symptomer til hjertet, eller det er første gang at patienten får et AMI, eller angst hos patienten, samt hæmodynamisk ustabilitet hos patienten.

Faktorer der får patient delay til at øges er hos patienter, der i forvejen er i behandling i sundhedsvæsenet, eller patienter der har svært ved at vurdere symptomernes oprindelse. Der er også faktorer ved patient delay som kan øges afhængig af patientens køn, for eksempel oplever kvinder at have mange forskellige typer af symptomer, og mænd har svært ved at vise tegn på sygdom på grund af omgivelserne, men også fordi det er svært at skal have hjælp, og at have en selverkendelse af, at de har brug for hjælp. Det giver kvinder og mænd problemer, og kan derfor medføre længere patient delay. Forestillingen om hvem der kan få AMI og hvordan det

skal opleves hos patienten, har også betydning for at patient delay opstår. Derudover eksisterer der også faktorer, som handler om at patienter føler sig hæmmet i at tage kontakt til sundhedsvæsenet, fordi de føler flovhed og har oplevelser herfra, der skræmmer dem.

Resultaterne fra de to danske undersøgelserne om delay målt i tid indikerer, at ca. 20 % af alle patienter, ikke er ankommet til hospital inden for de 12 timer. Næsten 60 % af alle patienter få optimal udnyttelse af den eksisterende behandling med behandlings start inden for 1 time.

Der synes samlet set at være store gevinster for patienter, hvis patient delay kan reduceres. Et antal af patienter vil undgå unødige komplikationer, hvis de kontakter sundhedsvæsenet tidligere og ikke tøver med at søge hjælp.

2.4 Problem afgrænsning til den empiriske undersøgelse

Delkonklusionen viser at de faktorer, der synes at have betydning for patient delay, handler om i hvor høj grad patienten er i stand til at finde frem til symptomernes oprindelse. Delkonklusionen viser også at patienter, der tidligere er behandlet for en iskæmisk hjertesygdom har vanskeligt ved at se sig selv som syg igen. Derudover synes der også at være nogle kønslige forskelle, der har at gøre med hvordan symptomer opleves.

Det er måske helt andre læringsmetoder, der skal anvendes overfor patienter, når de skal informeres i forbindelse med iskæmisk hjertesygdom. Det er interessant at fokusere på en forbedret viden om patient delay, som så senere kommer til gavn for patienter i form af en anden sundhedsfremmende strategi til patienter med iskæmisk hjertesygdom. Den sundhedsfremmende strategi vil i fremtiden hjælpe patienten til bedre at træffe beslutningen, om at søge hjælp på et tidligere tidspunkt ved tegn på sygdom, og vil medføre en reduktion i komplikationer for patienten, ved at reducerer forekomsten af patient delay.

Viden om danske AMI patienters årsager til patient delay er mangelfuld (dette er omtalt i indledningen), derfor er det relevant at arbejde videre på at få mere viden om patient delay, da der ses et stort potentiale i at kunne reducerer patient delay. Fordi flere tilstødende komplikationer til AMI er associeret med øget hospitalisering, øget medicin indtagelser og mere fravær for patienten fra hjemmet, og dermed højere personlige konsekvenser for patienten. En undersøgelse hos danske AMI og Angina pectoris patienter af hvilke faktorer, der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp, vil være med til at uddybe begrebet patient delay i Danmark med dets forekomst og faktorer der har betydning. Efterfølgende er det muligt at sammenligne faktorer fundet i en dansk undersøgelse med faktorer fundet i litteraturgennemgangen.

En spørgeskemaundersøgelse iværksættes. Perioden som patienten spørges til i undersøgelsen er tiden op til en indlæggelse, altså de timer eller dage inden de indlægges. Populationen der undersøges er patienter, der er indlagt til observation for AMI eller Angina pectoris på en medicinsk hjerteafdeling i Danmark.

Spørgeskemaet er konstrueret således, at resultatet efterfølgende vil kunne sammenligne alder, patientens civilstatus, og længden af patient delay for de inkluderede patienter, kønnene i mellem.

Problemformulering er følgende (problemformulering til spørgeskemaundersøgelsen er identisk med problemformuleringen beskrevet på side 15).

2.5 Problemformulering til spørgeskemaundersøgelsen.

At gennemføre en spørgeskemaundersøgelse hos patienter, der er indlagt til observation for AMI eller Angina pectoris. At bestemme hvilke faktorer der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsenet, ved tegn på symptomer svarende til AMI.

Det følgende afsnit er metodiske overvejelser og strategi ved konstruktion af spørgeskemaet.

3 Spørgeskemaundersøgelse

3.1 Anvendt metode ved udarbejdelse af spørgeskema

Ved at operationaliserer min problemformulering via en litteraturgennemgang om emnet patient delay, og igen videre til en spørgeskemaundersøgelse, kan en spørgeskemaundersøgelse hjælpe med at afdække faktorer, der har betydning for patientens delay. En spørgeskemaundersøgelse kan hjælpe med at vurderer udbredelsen af patient delay og længden af delay, og hvordan patient delay fordeler sig på køn, alder og civilstatus.

At indhente informationer personligt er en effektiv fremgangsmåde, også til at opnå tillid og interaktion med respondenter, men kan være tidskrævende. Metoden er ikke egnet til spørgsmål, der kan have følelsesmæssig karakter ((A)Olsen, H 2005, s. 48). Spørgeskemaet vurderes til ikke at indeholde spørgsmål, der har følelsesmæssige eller personlige karakterer, der vil kunne forvride troværdigheden i svarafgivelsen fra patienten.

Der konstrueres et spørgeskema, der skal udleveres personligt til indlagte patienter. Spørgeskemaet er udviklet på baggrund af litteraturgennemgangen om patient delay. Litteraturgennemgangen har været inspirations kilde for at finde frem til, hvilke spørgsmål som

kunne have relevans at stille til hjertepatienter, som er indlagt til observation for AMI eller Angina Pectoris. Spørgeskemaet er vedlagt som bilag (bilag nr. 3).

Sygeplejeledelsen på en kardiologisk afdeling kontaktes. Bilag vedlagt om informationsbrev til oversygeplejerske og afdelingssygeplejersken (bilag nr.4 og 5).

3.1.1 Anmeldelse af undersøgelsen

Undersøgelsen er anmeldt og godkendt af Datatilsynet, samt forelagt Den Regionale Videnskabetiske Komité (bilag nr. 6 og 7).

3.1.2 Design af spørgeskema

3.1.2.1 Generelle overvejelser

Udarbejdelsen af spørgeskemaet er der generelle overvejelser, som er med taget i formuleringen af de enkelte spørgsmål, dette for at lette patientens forståelse med hensyn til enkelt ord, spørgsmålshelheder og svarkategorier ((A)Olsen, H 2005, s. 182). Nedenfor er der beskrevet hvilke overvejelser der er foretaget.

- Fokusering - Spørg kun om en ting ad gangen i et spørgsmål.
- Neutralitet – Spørgsmålet må ikke tilskynde til bestemte besvarelser.
- Relevans – Spørg kun om noget som patienten har mulighed for at besvare.
- Passende længde af spørgsmål, således at spørgsmålet fremstår simpelt, kort og klart (Watt Boolsen,M 2004, s. 29-31.(A) Olsen, H 2005, s. 50).

Spørgsmålsformuleringerne er desuden skrevet i et grammatisk korrekt hverdagsprog, som let forstås af alle uanset alder og læsekyndighed. Det er ikke alene det enkelte spørgsmåls indhold, men også ordvalget, der bør overvejes (Andersen,BH, Christoffersen,MN 1982, s. 32. (A)Olsen, H 2005 s. 50). Der er tilstræbt at anvende ord, som er let forståelige og uden bibetydning, ord som ofte anvendes i det danske sprog.

Til hvert enkelt af de stillede spørgsmål i spørgeskemaet, er der stillet afklarende spørgsmål, for at sikre at der ikke er ord i spørgeskemaet, der kan volde forståelsesproblemer for patienten, når spørgeskemaet udfyldes. Følgende spørgsmål er stillet til hvert spørgsmål.

- Betyder hvert ord i spørgsmålet, hvad der er til hensigt at udtrykke?
- Er der ord med flere betydninger i spørgsmålet (bibetydning)?
- Er der ord i spørgsmålet, der kan udtales på en anden måde?
- Er der ord i spørgsmålet, som kan forveksles med et andet ord?

3.1.2.2 Spørgsmålskategorier

Spørgeskemaet er dannet ud fra 4 kategorier.

Kategori 1. Demografiske spørgsmål.

Kategori 2. Symptomers opståen.

Kategori 3. Patientens vurdering af symptomer og aktivitet ved symptomer.

Kategori 4. Henvendelse til sundhedsvæsnet.

I bevidstheden om at patienten skal genkalde informationer om hændelser der er sket, er der indsat overgangsbemærkninger mellem hver af de 4 kategorier. Patienten hjælpes således med at begribe rækkefølgen, og lette genkaldelsen af svaret hos patienten, samtidig oplyses at patienten om at der skiftes emne.

3.1.2.3 Spørgsmålstypologi

Baggrundsspørgsmål er anvendt for at kunne finde ud af, hvor udbredt visse tilstande er i forskellige grupper, af den population der undersøges ((B)Olsen, H 2006, s. 21).

I kategori 1.(demografiske spørgsmål) danner baggrundsspørgsmål om køn, alder og civil status, på den måde afdækkes patient delay fordelt på køn, aldersfordeling og om det har betydning at patienten er samboende eller bor alene.

Faktuelle spørgsmål kan både være faktuel-episodisk og faktuel-generel. Patienten bedes tænke tilbage til konkrete begivenheder (faktuel episodisk), eller i andre tilfælde henviser faktuelle spørgsmål til noget i almindelighed (faktuel generel) ((B)Olsen,H 2006, s. 21). I praksis kan det være svært at afgøre, hvordan det enkelte spørgsmål skal rubriceres ((A)Olsen, H 2005, s. 35).

I kategori 2, 3 og 4 (Symptomers opståen, patientens vurdering af symptomer og aktivitet ved symptomer, henvendelse til sundhedsvæsnet), er faktuelle spørgsmål, hvor patienten bedes tænke tilbage til tiden inden indlæggelsen. I kategori 2 spørges der til, om patienten tidligere har været syg, og hvilken behandling patienten eventuelt har modtaget eller modtager, og om patienten har andre konkurrerende sygdomme. I kategori 3 spørges der til, hvilken aktivitet patienten var i gang med, hvor patienten befandt sig, da symptomerne startede, hvilke symptomer patienten havde, hvilken adfærd patienten havde, og hvordan patienten vurderer symptomerne. I kategori 4 spørges der til, hvor lang tid de vurderer, der er gået fra symptomerne startede og til de søgte hjælp, hvad der fik dem til at søge hjælp, og hvad der afholdte dem fra at søge hjælp i sundhedsvæsnet.

Der skal dog gøres opmærksom på at der ikke er konsensus om, hvordan man bør typologiserer spørgsmål i spørgeskema, men at der ofte sker en sondering mellem faktuelle og holdnings spørgsmål ((A)Olsen,H 2005, s. 36).

I denne spørgeskemaundersøgelsen bedes patienten afgive sin vurdering om faktuelle emner, der vedrører dem selv, og det synes derfor at anvendelse af faktuelle spørgsmål er relevant i denne sammenhæng.

3.1.2.4 Svarkategorier

Svarkategorierne anskues som spørgsmålets logiske forlængelse og dækker hele svarudfaldsrummet, hvor alle potentielle svar muligheder eksisterer. Lukkede spørgsmål er populære i spørgeskemaundersøgelser, fordi de giver større svarensartethed og er lettere at bearbejde. Svarkategorierne skal relateres til og være sammenhængende, logisk udtømmende og betydningsmæssig forlængelse af det stillede spørgsmål. ((A)Olsen, H 2005, s. 45,54-55).

I det konstruerede spørgeskema er der stillet lukkede spørgsmål, med på forhånd givende svarkategorier. Ved de fleste af spørgsmålene har patienten dog mulighed for, at tilskrive et eget konstrueret svar under svarkategorien "Andet". Dette er tilføjet på grund af den åbenhed for andre svarkategorier, som ønskes i spørgeskemaet, idet at emnet patient delay i Danmark ikke er særlig udforsket. Ved denne svarkategori vil patientens svar, muligvis kunne danne en ny svarkategori, som på forhånd ikke er overvejet af forskeren. I spørgsmål nr. 13 er svarkategorien i spørgeskemaet åbent, og lader det være op til patienten at beskrive, hvad der fik dem til at søge hjælp i sundhedsvæsenet. Denne svarkategori er indsat for at kunne få patientens personlige vurdering, af hvad der motiverer patienten, fra at være afventende derhjemme, til at ændre adfærd, og tage initiativ til at søge hjælp. Databearbejdning vil efterfølgende vise, om der kan dannes en svarkategori, som kan sige noget generelt om, hvad der får patienter til at søge hjælp i sundhedsvæsenet.

3.1.2.5 Layout af spørgeskema

Der er ligeledes gjort overvejelser om, hvorledes spørgeskemaet skal se ud. Der er foretaget følgende overvejelser.

Tydelig skrift, luft mellem hvert spørgsmål, tydelig overgang fra et emne til et andet emne.

Overskuelighed med hensyn til hvilke spørgsmål der hører til hvilke svar kategorier.

Spørgsmålsplacering anskuer rækkefølgen inden for de enkelte kategorier.

Rækkefølgen af spørgsmål er opstillet, så det falder naturligt for patienten, og fremstår som en logisk fremad skridende proces.

Åben svarkategori kommer til sidst i spørgeskemaet.

Lette spørgsmål kommer først i spørgeskemaet ((A)Olsen, H 2005, s. 45, 54).

3.1.3 Udvalgelse af population

Populationen der deltager er patienter der indlagt til observation for AMI eller Angina pectoris. Populationen er udvalgt på baggrund af litteraturgennemgangen, hvor det er vigtigt at finde patienter, der har deres oplevelse af tiden, lige inden de bliver indlagt tæt inde på livet, så forglemmelse af oplysninger kan minimeres. Spørgeskemaet er konstrueret således, at patienten skal tænke tilbage på tiden lige inden de bliver indlagt, fra det øjeblik at de bliver opmærksomme på, at de er begyndende syge og får symptomer til de bliver indlagt. For nogle patienter vil det handle om de sidste dage op til indlæggelsen, for andre vil det dreje sig om timer.

Så mange patienter som mulig skal gerne deltage inden for en given tidsramme af 2-3 uger. Det synes derfor åbenlyst at finde alle deltager til spørgeskemaundersøgelsen på et sygehus, idet der er mange patienter med iskæmisk hjertesygdom samlet på et sted, og deres hukommelse omkring oplevelserne før indlæggelsen ligger tæt på den tidsperiode der spørges til i spørgeskemaet.

Forsker⁶ optræde så neutral som muligt over for patienterne, idet denne nødig vil påvirke dem i deres besvarelse. Påklædning fremstår enkel og neutral, der bæres en hospitalskittel, for at signalere professionalitet, og i henvendelse til patienten stræbes efter imødekommenhed og afstemmer mødet efter patientens aktuelle tilstand. Hver enkel patient får en kort introduktion til spørgeskemaet, og på forsiden af spørgeskemaet findes et introduktionsbrev til patienten (bilag nr. 8). I brevet fremgår undersøgelsens formål, hvem der deltager i undersøgelsen, samt vejledning til udfyldelse af skemaet, og introduktion til hvem der står bag undersøgelsen. Patienten gøres opmærksom på, at de er anonyme i undersøgelsen og ikke vil kunne genkendes ved offentliggørelsen af resultaterne.

Inden spørgeskemaundersøgelsen gik i gang er plejepersonalet på den pågældende afdeling, informeret om undersøgelsen på et ”onsdagsmøde”.

3.1.4 Dataindsamling

Spørgeskemaundersøgelsen gennemføres som en tværsnitsundersøgelse, idet alle patienter i en given periode kan deltage, der udtages således en stikprøve fra en population, mht. hvilken

⁶ Ordet forsker anvendes for nemheds skyld, og referer til afhandlingens forfatter.

forhold der har betydning for, hvornår patienten vælger at søge hjælp. Der tilstræbes at populationen og stikprøves størrelse bliver repræsentativ mht. antallet af mandlige og kvindelige deltager, så populationen afspejler et mini billede af den totale population (Watt Boolsen, M 2004, s. 71).

Følgende inklusions- og eksklusionskriterier for deltagelse er udarbejdet.

3.1.5 Inklusionskriterier for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen

Patienten skal kunne forstå dansk.

Patienter der er indlagt under diagnosen observation for AMI eller Angina Pectoris.

3.1.6 Eksklusionskriterier for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen

Patienter der af koordinerende sygeplejerske vurderes til at være uegnet. Det kan være patienter, der ikke har det fornødne overskud eller evne til at kunne udfylde et spørgeskema, eller det kan være patienter der er berusede, psykotiske, demente eller har smerter.

3.1.7 Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse

- Spørgeskemaet er udleveret til alle indlagte patienter på en hjertemedicinsk afdeling på et dansk universitetshospital. Alle patienter der kan matcher inklusions- og eksklusions kriterier i undersøgelsen kan deltage. Inden patienterne kontaktes om spørgeskemaet er patientens egnethed for deltagelse i en undersøgelse vurderet, i samarbejde med den koordinerende sygeplejerske på den undersøgte afdeling.
- Undersøgelsen er gennemført i perioden fra den 3/9 - 21/9-2007. Data er indsamlet hver formiddag konsekutivt på alle de patienter, der er indlagt til observation for Angina pectoris og AMI. Aften og eftermiddag samt lørdag/ søndag har der ingen dataindsamling været.
- Bortfald af patienter som ikke deltager på grund af at patienten har været indlagt, og så igen er udskrevet eller overflyttet inden der blev mulighed for at kunne inkludere patienten, bortfald er i alt 18 patienter.
- Seks patienter er ekskluderet på grund af sprog vanskeligheder, beruselse, smerter eller demens.
- I alt har 58 patienter besvaret spørgeskemaet, 26 kvinder og 32 mænd.
- Patienterne udfylder selv spørgeskemaet, efter en kort mundtlig introduktion af forskeren.
- Spørgeskemaet er udleveret og indsamlet af undertegnede forsker.

3.1.8 Pilottest

Inden den endelige spørgeskemaundersøgelse gik i gang er der foretaget en pilottest af 6 patienter. Ved gennemførelse af en pilottesten konfronteres spørgeskemaet første gang med "virkelighedens verden" og kan forstås som en mini undersøgelse. Pilottesten bidrager til dels det tekniske i at anvende spørgeskemaer som forsker, og dels til afprøvning og vurdering af spørgsmålenes kvalitet. Respondenternes mulighed for spørgsmålsforståelse, genkaldelse af informationer og svarmotivation kan vurderes, samt spørgsmålsrækkefølge og vurdering af respondentens tidsforbrug vurderes. Pilottesten kan pege på svagheder ved spørgeskemaet ((A)Olsen, H 2005, s. 146).

Pilottesten er foretaget for at give forskeren mulighed for at revidere de fejl og misforståelser i spørgeskemaet, der måtte være via patienternes kommentar og egne refleksioner. Forskeren har mulighed for i et kort interview med patienten at stille uddybende spørgsmål omkring det svar, som patienten har afgivet, om det er korrekt svar, eller om svaret bunder i en misforståelse af et spørgsmål. På den måde sikres spørgeskemaet validitet, måler det ønskelige, og giver pålidelige, konsistente resultater (Watt Boolsen, M 2004, s. 23).

Der er således foretaget en facevalidering af spørgeskemaet, ved at pilotteste spørgeskemaet. Det overordnede formål med pilottesten var at afprøve, hvordan spørgeskemaet fungerede i praksis.

Der er stillet følgende spørgsmål til forskeren efter pilottesten:

- Finder patienterne spørgeskemaet relevant?
- Kan patienterne forstå spørgsmålene?
- Ligger patienternes svar inden for de svarkategorier, der er angivet?

Patienterne er efterfølgende blevet interviewet med henblik på at finde svagheder i spørgeskemaet. I forbindelse med interviewet af patienten, er der til hvert enkelt spørgsmål stillede yderligere uddybende spørgsmål til patienten. Dette er udført i de tilfælde, hvor et eventuelt svar fra patienten skulle uddybes mere, for at patientens svar skulle blive så eksplicit som muligt.

Spørgeskemaet er udleveret til 6 indlagte patienter, der er udvalgt efter inklusions- og eksklusionskriterierne. Forinden er patienterne blevet bekendt med, at de deltager i en pilottest

forud for spørgeskemaundersøgelsen, og at forskeren efterfølgende vil stille uddybende spørgsmål.

Ved to af de pilottestede patienter, sidder forskeren ved siden af patienten, imens patienten udfylder spørgeskemaet. Forskeren stiller således løbende spørgsmål. De 4 andre patienter udfylder spørgeskemaet, hvorefter forskeren stiller spørgsmål.

Der er anvendt følgende spørgsmål som udgangspunkt:

- Er der spørgsmål, som er vanskelig at forstå, fordi de er uklare?
- Hvad forstår du ved ordet symptomer?
- Hvordan fandt du frem til hvor lang tid der er gået, fra det øjeblik du bemærker symptomer til du søger hjælp?
- Er der spørgsmål, der er ubehagelige at svare på?
- Er der spørgsmål, der i særlig grad er tidsrøvende?
- Er der spørgsmål, hvor der mangler noget?
- Mangler der svarkategorier?
- Er spørgsmålenes rækkefølge i skemaet logisk?
- Hvordan synes du alt i alt at spørgeskemaet fungerer?
- Giver instruktionen i patient brevet tilstrækkelig information?

Efter facevalideringen er spørgeskemaet revideret ud fra resultaterne af pilottesten. Revisioner er foretaget på baggrund af svar fra patienter ud fra de adspurgte spørgsmål, og refleksioner som forskeren selv blev opmærksom på under interviewet af patienterne. Ved hjælp af de oplevelser patienterne fortæller, er forskeren blevet opmærksom på en manglende svarkategori, og et spørgsmål der let vil kunne misforstås. Her kan nævnes som eksempel, at ved første udkast af spørgeskemaet har forskeren bedt patienterne svare ja eller nej til, om de er i medicinsk behandling for hjerteproblemer, men mange patienter reflekterer ikke over at hjertemagnyl og nitroglycerin er medicinsk behandling. Hjertemagnyl er efterfølgende indført i skemaet som eksempel på et medicinsk præparat. Personalet fra afdelingen hvorfra undersøgelsen er udført har også haft kommentarer til spørgeskemaet. Alle dele af patient, personale og egne refleksioner er anvendt i spørgeskema revisionen.

3.1.9 Analysemetode til spørgeskemaundersøgelsen

Statistik er et område af matematikken, der søger efter at ordne data til tal. I forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse har statistik til formål at give et koncentrat i form af tal, der fremkommer, når patienternes svar er opgjort (Watt Boolsen, M 2004, s. 65).

Resultaterne er opgjort i SPSS statistiske analyse program, hvor en større mængde data kan behandles.

Resultaterne i denne undersøgelse er opgjort i frekvens tabeller. Første del af resultaterne er fordelt på køn, anden del er fordelt på patienternes delay <2 timer og >12 timer. Ved nominal skalaer er der anvendt Chi²-test til at identificere forskelle, (forskelle ses i Chi²-test under Chi-Square Tests). Rang skalaer er opgjort efter Mann-Whitney Rank test, signifikans niveau er P<0,05 (Johannesen, K 2006).

Ordet tendens er anvendt i resultat afsnittet, om de resultater der ikke er signifikante, men som tenderer signifikante forskelle.

Resultaterne fra spørgsmål nr. 14 er opgjort manuelt fordelt på køn. Svarene er grupperet i kategorier efter emne, så de svar der er ens, f.eks. at have smerter og have ondt er i samme kategori (bilag nr.9).

Data fra spørgeskemaundersøgelsen er indtastet af forskeren. Inden tallene er opgjort er data renset, ved at forskeren har gennemgået indtastningerne igen.

I resultat afsnittet ses kun dele af alle resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. De resultater der præsenteres er dem, som har relevans for problemformuleringen, alle resultaterne fra undersøgelsen kan ses under bilag (bilag nr. 10 og 11).

Efter præsentation af resultaterne vil data fundene blive diskuteret i diskussions afsnittet, og sammenlignet med data der er fundet i litteratur gennemgangen, og fundenes konsekvens vil blive diskuteret i relation til sygepleje, herefter vil der være en metodediskussion. Afslutningsvis vil der være en konklusion og en perspektivering.

3.2 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

3.2.1 kønsforskel

Tabel 1. Alder og samlivsform på patienter der deltog i spørgeskemaundersøgelsen fordelt på køn.

	Mand N=32(55,2%)	Kvinde N=26(44,8%)	I alt N=58
Gennemsnitsalder (SD)	61,5 år (14,3)	70,0 år (14,2)	65,3 (14,2)

Er alene boende	5	15,6 %	12	46,2 %	17	29,3 %
-----------------	---	--------	----	--------	----	--------

I undersøgelsen deltog i alt 58 patienter med aldersspredning på 34-92 år. Aldersspredning for kvinder var 43- 92 år, og for mænd 34-86 år.

Flere mænd end kvinder var samboende ($P=0,019$: Chi^2 -test). Mændene var i gennemsnit ca. 8,5 år yngre end kvinderne ($P=0,023$: Chi^2 - test).

Tabel 2. Tidligere indlæggelser med Angina pectoris og tidligere AMI for delt på køn.

	Mand		Kvinde		I alt	
Tidligere indlagt med Angina pectoris	13	40,6 %	7	26,9 %	20	34,5 %
Tidligere haft AMI	12	37,5 %	8	30,8 %	20	34,5 %

Der ses ingen signifikant forskel mellem tidligere hjertelidelser i forhold til køn i tabel 2.

Tabel 3. Behandling af patienter i relation til hjertet før indlæggelsen fordelt på køn.

	Mand		Kvinde		I alt	
Får medicinsk behandling	21	65,6 %	12	46,2 %	33	56,9 %
Tidligere foretaget ballonudvidelse	8	25,0 %	5	19,2 %	13	22,4 %
Tidligere foretaget by-pass operation	5	15,6 %	0	0 %	5	8,6 %
Får behandling for diabetes	6	18,6 %	3	11,5 %	9	15,5 %
Får behandling for hypertension	14	43,8 %	14	53,8 %	28	48,3 %
Får behandling for hyperkolestelæmi	19	59,4 %	10	38,5 %	29	50 %

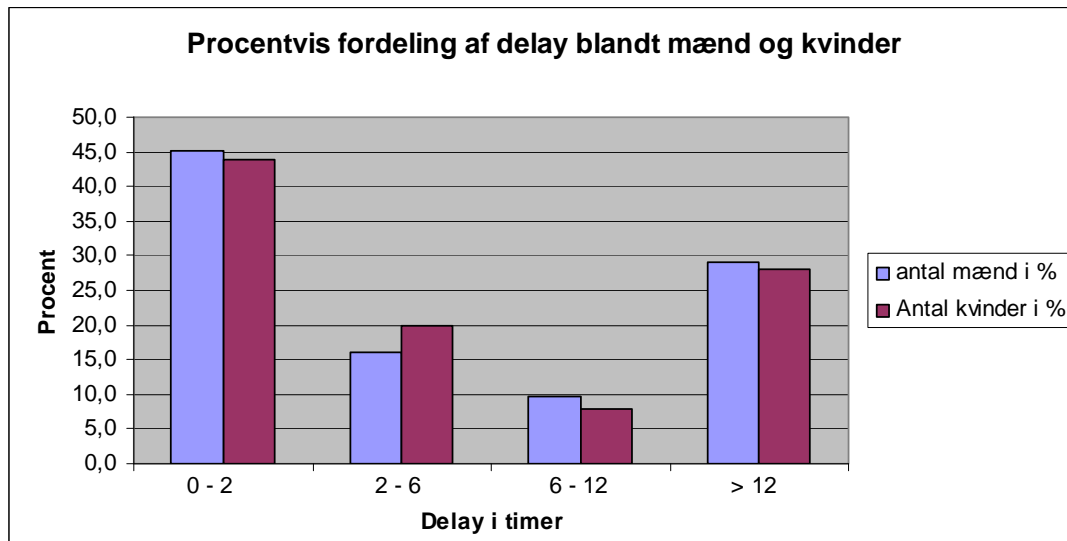
Der er ikke signifikant forskel mellem køn og behandlinger i forhold til hjertesygdom (i tabel 3).

3.2.1.1 Varighed fra symptomdebut til ankomst til hospital

Patientens angivelse af den tid der gik fra de bemærkede symptomer, til de første gang henvendte sig til sundhedsvæsnet.

Der er 31 mænd og 25 kvinder der har angivet, hvor lang tid der gik fra de blev opmærksomme på deres symptomer, til de kontaktede sundhedsvæsnet.

Figur 1. Antal timer målt på antal patienter fordelt på køn, i perioden fra symptomdebut til henvendelse.



Der gik fra 0 – 72 timer blandt mændene fra det første symptom meldte sig til patienten henvendte sig til sundhedsvæsenet, og blandt kvinder gik der 0,5 - 72 timer.

9 (29.0 %) mænd henvendte sig 12 timer efter første symptom, og blandt kvinder drejede det sig om 7 (28.0 %) (P=0.5). Der ses ingen signifikant forskel mellem køn og ankomst til hospital.

Tabel 4. Patientens vurdering hvorfra deres symptomer stammede fordelt på køn.

Hvorfra stammer symptomerne?	Mand		Kvinde		I alt	
Hjertet	22	68,8 %	10	38,5 %	32	55,2 %
Muskler	3	9,4 %	6	23,1 %	9	15,5 %
Ryg	0	0 %	2	7,7 %	2	3,4 %
Mave	0	0 %	1	3,8 %	1	1,7 %
Influenza	2	6,3 %	0	0 %	2	3,4 %
Andet	3	15,6 %	7	26,9 %	12	20,7 %

Der er signifikant forskel på (P=0,044: Mann-Whitney Rank sum test) hvorfra mænd og kvinder vurderede at deres symptomer stammede. Mænd relaterer 1,7 gange hyppigere end kvinder at deres symptomer stammer fra hjertet. Det ser derimod ud til at kvinder relaterer deres symptomer i tre hovedgrupper nemlig til hjertet, skelet/muskel smerter samt andet. Kategorien ”andet” dækker over mange forskellige forslag til symptomets oprindelse, og kan således ikke kategoriseres mere præcist.

3.2.1.2 Patientens symptomer og måde at forholde sig til symptomer

De følgende resultater handler om patientens beskrivelse af hvilke symptomer, patienten havde derhjemme inden indlæggelsen, og hvilken måde forholdte patienten sig til symptomerne, fra det øjeblik patienten bemærkede symptomerne.

Tabel 5. Symptom opfattelse før indlæggelse fordelt på køn.

	Mand		Kvinde		I alt	
Oplevede bryst smerter før indlæggelsen	27	84,4 %	20	76,9 %	47	81 %
Oplevede kæbesmerter før indlæggelsen	0	0 %	4	15,4 %	4	6,9 %
Oplevede halssmerter før indlæggelsen	5	15,6 %	6	23,1 %	11	19,0 %
Oplevede smerter venstre arm før indlæggelsen	8	25 %	8	30,8 %	16	27,6 %
Oplevede du smerter i højre arm før indlæggelsen	2	6,3 %	4	15,4 %	6	10,3 %
Oplevede ryg smerter før indlæggelsen	5	15,6 %	10	38,5 %	15	25,9 %
Oplevede skuldersmerter før indlæggelsen	3	9,4 %	7	26,9 %	10	17,2 %
Oplevede åndenød før indlæggelsen	18	56,3 %	13	50,0 %	31	53,4 %
Oplevede kvalme før indlæggelsen	6	18,8 %	7	26,9 %	13	22,4 %
Oplevede træthed før indlæggelsen	12	37,5 %	9	34,6 %	21	36,2 %

En patient kan godt have oplevet mere end ét symptom, derfor ses antallet af mænd og kvinder at overstige det samlede antal der deltager i undersøgelsen. Af tabellen fremgår det at bryst smerter er det hyppigste symptom blandt begge køn.

Det ser ud til at især kvinder oplever en tendens til ryg smerter, idet kvinder oplever det symptom 2,4 gange hyppigere end mænd ($P=0,071$: Chi²-test),

Det ser ud til at kvinder oplever flere forskellige typer af symptomer end mænd, idet 7 ud af de 10 anførte symptomer opleves hyppigere af kvinder end mænd, kvinder overgås kun af mænd ved bryst smerter, åndenød og træthed.

Flere kvinder har kæbesmerter end mænd. Forskellen er signifikant ($P=0,035$: Chi^2 -test).

Der ses en tendens, at flere kvinder har skuldersmerter end mænd ($P=0,095$: Chi^2 -test).

Tabel 6. Hvordan forholder patienten sig til symptomer, fordelt på køn

	Mand		Kvinde		I alt	
Bemærkede symptomer tog nitroglycerin	11	34,4 %	10	38,5 %	21	36,2 %
Bemærkede symptomer tog anden medicin	4	12,5 %	5	19,2 %	9	15,5 %
Bemærkede symptomer tog noget at drikke	9	28,1 %	4	15,4 %	13	22,4 %
Bemærkede symptomer prøvede at sove	9	28,1 %	3	11,5 %	12	20,7 %
Bemærkede symptomer ventede på at de forsvandt	15	46,9 %	14	53,8 %	29	50,0 %
Bemærkede symptomer gik en tur	5	15,6 %	0	0 %	5	8,6 %
Bemærkede symptomer fortalte det til venner	2	6,3 %	0	0 %	2	3,4 %
Bemærkede symptomer fortalte det familien	15	46,9 %	14	53,8 %	29	50,0 %
Bemærkede symptomer ringede til læge	11	34,4 %	11	42,3 %	22	37,9 %
Bemærkede symptomer ringede efter ambulance	11	34,4 %	3	11,5 %	14	24,1 %

Patienten kan godt have afkrydset flere måder at forholde sig til symptomer.

Der ses signifikant forskel på, at flere mænd gik en tur da de bemærkede deres symptomer end kvinder ($P=0,058$: Chi^2 -test).

Der ses en tendens til at mænd ringer hyppigere end kvinder efter en ambulance ($P=0,064$: Chi^2 -test).

3.2.1.3 Afståelse fra at søge hjælp

De følgende resultater handler om, hvad der fik patienten til at afstå fra at søge hjælp, resultaterne er fra patienter der ventede mere end 6 timer med at søge hjælp.

Besvarelsen er på forhånd fastlagt til at kun at skulle besvares af de patienter, hvis symptomer har været mere end 6 timer. Derfor er de samlede resultater fra patienter begrænset til et mindre antal, 7 kvinder og 11 mænd, i alt 18 patienter har haft mulighed for at besvare spørgsmålet.

Tabel 7. Handlemønstre på patienter fordelt på køn, som søgte hjælp efter 6 timer.

	Mand	Kvinde	I alt
Mente ikke symptomer er alvorlige nok	7	2	9
Mente ikke at være i risiko for AMI	1	2	3
Ventede på at symptomer forsvandt	12	4	16
Vil ikke forstyrre andre	4	4	8
Flov over at søge hjælp	2	0	2
Frygtede konsekvenserne	1	1	2
Havde tid hos lægen dagen efter	1	0	1
Det var weekend	1	2	3
Det var aften eller nat	1	4	5
Tidligere oplevelser vil gøre at det er flovt, hvis man alligevel ikke er syg	2	2	4

Af resultaterne fremgår det at patienter har svaret positivt på flere forklaringer, som årsag til at de ikke søgte hjælp.

Der ikke målt signifikant forskel mellem køn og handlemønster i tabel 7.

3.2.1.4 Patientens egen beskrivelse

Spørgsmål 14 er udformet så patienten kan skrive sin egen beskrivelse, af hvad der fik dem til at søge hjælp i sundhedsvæsenet. Patienters svar er op gjort manuelt og delt op i kategorier efter emne, i alt 27 mænd og 21 kvinder svaret.

Tabel 8. Svarkategorier fordelt på tid og køn

Mænd der søgte hjælp mellem 0-6 timer	<p>7 ud af 17 mænd skriver at de henvendte sig pga. smerter.</p> <p>6 ud af 17 mænd skriver, at de henvendte sig pga. angst, åndenød og at familien opfordrede dem til at søge hjælp.</p> <p>4 ud af 17 mænd har andre beskrivelser.</p>
Mænd der søgte hjælp senere end 12 timer	<p>3 ud af 8 mænd skriver, at de henvendte sig pga. smerter.</p> <p>De 3 ud af 8 mænd skriver at de henvendte sig pga. angst, åndenød, træthed, samt at familien hjalp til med at søge hjælp.</p> <p>2 ud af 8 der skriver, at de henvendte sig</p>

	pga. et ønske om vurdering af deres symptomer.
Kvinder der søgte hjælp mellem 0-6 timer	4 ud af 9 skriver at de henvendte sig pga. smerter. 4 ud af 9 skriver at de henvendte sig pga. angst og relationer. 1 ud af 9 skriver at hun henvendte sig pga. at symptomer ikke er forsvundet.
Kvinder der søgte hjælp senere 12 timer	3 ud af 5 skriver, at de henvendte sig pga. smerter. 2 ud af 5 skriver, at de henvendte sig pga. symptomer eller deres relation hjalp dem til at de søgte hjælp.

3.2.2 Patient delay

Tabel 9: Delay fordelt på køn og civilstatus.

	Mindre end 2 timer	Mere end 12 timer
Mand	14 (56 %)	9 (56,3 %)
Kvinde	11 (44 %)	7 (43,8 %)
Alene boende	4 (16 %)	7 (43,8 %)
Samboende	21 (84 %)	9 (56,3 %)

Der ses en tendens til at de samboende søger hurtigere hjælp ($P=0,074$: χ^2 -test).

Tabel 10: Delay fordelt på patienter med tidligere AMI, indlæggelse for Angina pectoris samt behandling.

Tidligere haft AMI	Mindre end 2 timer	Mere end 12 timer
Ja	9 (36 %)	6 (37,5 %)
Nej	16 (64 %)	10 (62,5 %)
Tidligere indlagt Angina pectoris		
Ja	8 (32 %)	8 (50 %)
Nej	17 (68 %)	8 (50 %)
By-pass- operation		
Ja	0 (0 %)	5 (31,3 %)

Nej	25 (100 %)	11 (68,8 %)
Får medicinsk behandling		
Ja	16 (64 %)	7 (43,8 %)
Nej	9 (36 %)	9 (56,3 %)
Tidligere PCI		
Ja	7 (28 %)	3 (18,8 %)
Nej	18 (72 %)	13 (81,3 %)

Der er signifikant forskel på patienter der tidligere er by-pass opereret, i forhold til de patienter søger senere hjælp (P=0,006: Chi²-test).

Der ses ikke signifikant forskel på delay og om patienten tidligere har været indlagt med Angina pectoris, haft AMI, får medicinsk behandling eller tidligere PCI behandlet.

Tabel 11: Delay fordelt på symptomer og handlemønstre. Antal patienter

		Mindre end 2 timer	Mere end 12 timer
Oplever træthed	Ja	6 (24 %)	9 (56 %)
	Nej	19 (76 %)	7 (44 %)
Tog noget at drikke	Ja	4 (16 %)	7 (44 %)
	Nej	21 (84 %)	9 (56 %)
Lagde sig til at sove	ja	2 (8 %)	8 (50 %)
	Nej	23 (92 %)	8 (50 %)
Brystsmerter	Ja	22 (88 %)	12 (75 %)
	Nej	3 (12 %)	4 (75 %)
Fortælle til familien om symptomer	Ja	14 (56 %)	7 (44 %)
	Nej	11 (44 %)	9 (56 %)
Venter på at symptomer forsvinder	Ja	12 (48 %)	9 (56 %)
	Nej	13 (52 %)	7 (44 %)
Ringede til læge	Ja	13 (52 %)	4 (25 %)
	Nej	12 (48 %)	12 (75 %)
Tog nitroglycerin	Ja	11 (44 %)	5 (31 %)
	Nej	14 (56 %)	11 (69 %)

Der er signifikant forskel i forhold på de patienter der oplever træthed som symptom, de søger senere hjælp.

($P=0,051$: Chi^2 -test).

Der ses en tendens til at de patienter der tog noget at drikke søger senere hjælp ($P=0,074$: Chi^2 -test).

Der er signifikant forskel, hos de patienter der lagede sig til at sove, de senere søger hjælp ($P=0,007$: Chi^2 -test).

Der ses ikke signifikant forskel på om patienter søger hjælp op til 2 timer efter symptomdebut, hverken ved om patienten oplevede brystsmerter, eller om patienten fortæller om symptomer til familien eller om patienten venter på at symptomer forsvinder.

3.2.2.1 Patientens vurdering

De følgende resultater handler om patientens vurdering af hvorfra symptomer stammer, hvordan patienten vurderer at symptomer udviklede sig samt hvor generende patienten oplever sine symptomer. Disse fordeles på antal patienter, der søgte hjælp op til 2 og efter 12 timer.

Tabel 12: Delay fordelt på patientvurdering. Antal patienter

Hvorfra stammer symptomer	Op til 2 timer		Efter 12 timer		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Hjertet	18	72 %	6	37,5 %	24	58,5 %
Muskler	4	16 %	3	18,8 %	7	17,1 %
Ryg	1	4 %	0	0 %	1	2,4 %
Mave	0	0 %	1	6,3 %	1	2,4 %
Influenza	0	0 %	1	6,3 %	1	2,4 %
Andet	2	8 %	5	31,3 %	7	17,1 %
Hvordan udviklede symptomer sig						
Meget hurtigt	9	36 %	2	14,3 %	11	28,2 %
Gradvis	23	52 %	5	37,7 %	18	46,2 %
Periodevis ingen symptomer	2	8 %	6	42,9 %	8	20,5 %
Ingen udvikling	1	4 %	1	7,1 %	2	5,1 %
Hvor generende er symptomerne						
Uudholdeligt	11	47,8 %	4	28,6 %	15	40,5 %
Moderat	11	47,8 %	8	57,1 %	19	51,4 %
Svage	1	4,3 %	1	7,1 %	2	5,4 %
Ingen symptomer	0	0 %	1	7,1 %	1	2,7 %

Patienter der vurderer at symptomer stammer fra hjertet, søger hjælp op til 2 timer efter symptom debut. Der er signifikant forskel ($P=0,032$: Chi^2 -test).

Der ses en tendens til at flere patienter, der oplever at symptomerne udviklede sig meget hurtigt og gradvis søger hjælp inden for 2 timer.

Det er signifikant at de patienter, der har intermitterende symptomer henvender sig efter 12 timer ($P=0,030$: Chi^2 -test).

Der ses ingen signifikans ved patientens gradueringer af symptomernes generende grad ($P=0,231$: Chi^2 -test).

3.2.3 Sammenfatning

Følgende er en kort oversigt over signifikante fund fra resultatafsnittet i forskellen mellem køn, og forskelle på patienter der søger hjælp < 2 timer og > 12 timer efter symptom debut.

Mænd er signifikant yngre end kvinder.

Mænd er signifikant hyppigere samboende end kvinder.

Mænd relaterer signifikant hyppigere deres symptomer relateret til hjertet.

Mænd vælger signifikant hyppigere at gå en tur, når de bemærker, at de har symptomer.

Kvinder har signifikant hyppigere kæbesmerter end mænd.

Det er signifikant, at de patienter der kan relatere deres symptomer til hjertet søger hjælp < 2 timer efter symptom debut.

Det er signifikant, at patienter der tidligere er by-pass opereret venter mere > 12 timer med at søge hjælp.

Det er signifikant, at patienter der følte sig trætte venter mere end > 12 timer med at søge hjælp.

Det er signifikant, at patienter der ligger sig til at sove venter mere end > 12 timer med at søge hjælp.

Det er signifikant, at patienter der oplever at symptomerne fremkommer som intermitterende symptomer, venter mere end > 12 timer med at søge hjælp.

4 Diskussion

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at bestemme, hvilke faktorer der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsenet, ved tegn på symptomer svarende til AMI.

Følgende afsnit vil diskutere de signifikante resultater fra analysen, og dem der har betydning for problemformuleringen.

Diskussionen vil være delt op i tre dele.

- Første del er en diskussion af analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Resultaterne vil blive diskuteret op imod resultaterne der fundet i litteraturgennemgangen. De fundne faktorer vil være opdelt i tre kategorier. Første kategori er faktorer, der fremmer patientens beslutning om at søge hjælp. Anden kategori er faktorer, hæmmer patientens beslutning om at søge hjælp. Tredje kategori er faktorer, der forbedre patientens kardielle situation
- Anden del er en diskussion af hvilken konsekvens resultaterne har for den kardiologiske sygepleje, og vil inddrage teori om kardiologisk sygepleje og rehabilitering.
- Tredje del er metodediskussion, af fordele og ulemper ved at anvende spørgeskemaer som metode. Den anvendte metode til litteraturgennemgangen vil også blive diskuteret.

4.1 Første del - diskussion af analyseresultater

4.1.1 Faktorer der fremmer patienten beslutning om at søge hjælp

Analysen af resultaterne viser at patienter, der relaterer symptomer til hjertet søger hjælp < 2 timer efter symptom debut (se tabel 12). Det kan få den konsekvens for patienter, der ikke kan relatere deres symptomer, at de ikke får optimal medicinsk behandling før længere hen i forløbet, og de udsættes dermed for en større risiko for komplikationer. Litteraturen viser at tidlig og mere effektiv behandling er associeret med bedre ventrikel funktion, hvilket resulterer i en efterfølgende reduktion af hjerte problemer (McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 225. Dempsey,S, Dracup,K 1995, s. 444. Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22). At vide hvorfra symptomerne stammer, og dermed kan relaterer symptomerne til hjertet, er en faktor, der har betydning for hvornår patienten beslutter at søge hjælp. Det kan bekræftes i litteraturgennemgangen, hvori det ses at patienter som enten relaterer symptomer til hjertet, eller genkender symptomer på AMI, eller oplever symptomer som alvorlige, og dermed indser nødvendigheden af medicinsk hjælp, søger tidligere hjælp (Ottesen,MM, Køber,L mfl.1999, s. 96. Dracup,K, Morser,DK 1995, s. 386-387. McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227. Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27.(B) Løvlien,M, Schei,B 2006, s. 347). Det vil sige viden, forståelse og dermed genkendelighed af hvorfra symptomer kan stamme, er en faktor der får patienten til reagere og dermed søge hjælp, og i sidste ende er med til at reducere patient delay.

4.1.2 Faktorer der hæmmer patienten i at beslutte at søge hjælp

Analysen af resultaterne viser at patienter, der oplever at symptomerne fremstod som intermitterende symptomer søger hjælp senere end 12 timer efter symptom debut.

Det resultat stemmer godt overens med litteraturen, som viser at patienter der oplever forvirring over symptomer, f.eks at symptomer kan være intermitterende, har længere patient delay. (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27. Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006). Anden litteratur viser, at patienter der oplever hurtigere progression i symptomer søger hurtigere hjælp (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27).

Det betyder, at hvis symptomer ikke er konstante, men intermitterende så kan det skabe forvirring hos patienten, så patienten ikke tager kontakt til sundhedsvæsenet. Det betyder at forståelse og viden om, hvordan symptomer kan udvikle sig på forskellige måder, er en faktor der påvirke patientens beslutning om at søge hjælp.

Analysen af resultaterne viser også, at symptomer som patienter oplever som almindelig dagligdags symptomer er en faktor, der har betydning for hvornår patienten beslutter at søge hjælp. Det ses blandet andet fra resultaterne i spørgeskemaet ved at andelen af patienter, der oplever træthed som symptom søger hjælp senere end 12 timer efter symptomdebut, og andelen af patienter der lagde sig til at sove, også søger hjælp senere end 12 timer. Af litteraturen fremgår det at patienter der kan have oplevet prodromale⁷ symptomer har øget patient delay (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006. McSweeney,JC, Lefler,LL mfl.2005, s. 48-49). Desuden ses det af litteraturen at patienter der har svært ved at vurdere symptomer, ofte venter på at symptomer går væk, og forsøger at selvbehandle ved f.eks. at sove, tage noget at drikke eller tage medicin (McKinley,S, Dracup,K, Morser,DK mfl. 2004, s. 227. Morser,DK, Mckinley,S, Dracup,K mfl.2005, s. 48-49. Lefler,LL 2004). Det fremgår således både ud fra analysen af resultaterne og fra litteraturen, at en faktor der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp, er når symptomerne kan have karakter af almindelige dagligdags symptomer. Symptomerne kan således være vanskelige at definere. I forbindelse med tegn på symptomer svarende til AMI, er denne faktor med til at øge patient delay. Det betyder at viden og forståelse for, hvilke symptomer der kan være tegn på AMI, er en faktor der har betydning for, hvornår patienten søger hjælp.

At have forståelse for og viden om at symptomer kan være forskellige fra gang til gang (intermittende) og viden om symptomer på AMI også kan have karakter af almindelige dagligdags symptomer, er faktorer der måske kan være et udtryk for, at måden som symptomer på AMI opfattes af befolkningen, og den måde som symptomerne på AMI i virkeligheden optræder på, er forskellige. Litteraturen viser at patienter som oplever, at deres symptomer er anderledes end ved et tidligere AMI, kan få den konsekvens, at de kommer til at nedtone, minimerer, normalisere eller ignorerer deres symptomer (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1006. Emslie,C 2005, s. 387-392). Mange patienter tror, at et AMI er med voldsomme smerter og kollaps, som det ses på film, et slags "Hollywood AMI" (Emslie,C 2005, s. 387-392. Hwang,SY, Ryan,C, Zerwicc,JJ 2006, s. 22-26). Som litteraturen viser, kan patienter have dannet sig et billede af, hvordan AMI er og skal opleves, men det billede stemmer ikke nødvendigvis overens med virkeligheden. Der kan altså være forskellige opfattelser hos

⁷ Prodromale symptomer er symptomer som fremkommer uger og dage op til infarkt, det kan f.eks. være kvalme, øget træthed eller intermitterende brystmerter).

henholdsvis patienten og sundhedsvæsnets side i, hvordan at symptomer på et AMI kan opleves.

Et budskab fra klaringsrapporten udgivet af Dansk Cardiologisk selskab fra 2001, er at befolkningen generelt skal orienteres om at ved kraftige brystmerter, bør de omgående ringe alarm 112 med henblik på indlæggelse hurtigst muligt (Dansk Cardiologisk selskab Klaringsrapport 2001 nr. 3, s. 10). Der har i analysen af resultaterne ikke kunne påvises reduktion i delay, ved de patienter der oplever brystmerter, muligvis på grund af populationsstørrelsen. Men det ses heller ikke i en netop publiceret svensk artikel, at patienter med brystmerter søger tidligere hjælp (Henriksson, C, Leo-Swenne, Lindahl, B 2008). Det betyder at hvis patienten har brystmerter får det ikke nødvendigvis patienten til at reagerer med at søge hjælp. Det er med til at bekræfte, at det ikke er bestemte symptomer, der får patienterne til at søge hjælp, men at det snarere er viden om og forståelse for iskæmisk hjertesygdom, der skaber en reaktion. Idet litteraturen og spørgeskemaundersøgelsen viser netop, at patienter der kan relaterer symptomer til hjertet reagerer ved at søge hjælp.

Det ses i analysen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at der kan være kønslige forskelle i måder at opleve symptomer på, og forskellige måder at forholde sig til symptomerne på. Det ses blandt andet ved at mænd begynder signifikant hyppigere at gå tur efter symptom debut end kvinder (se tabel 6), og kvinder oplever signifikante hyppigere kæbesmerter end mænd (se tabel 5).

Analysen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser også, at kvinder har en tendens til i højere grad end mænd at opleve flere forskellige typer af symptomer (se tabel 5). Desuden ses der af analyseresultaterne, at kvinder har en tendens til ikke at kunne sætte deres symptomer i relation til hjertet (se tabel 5). 38 % af kvinderne mod 68 % mændene relaterede deres symptomer til hjertet. Det resultat viser, at specielt kvinder kan have vanskeligheder ved at relatere deres symptomer til hjertet, og dermed at beslutte, hvornår de skal søge hjælp. Dette stemmer overens med litteraturen, hvori der beskrives, at kvinder hyppigere end mænd ikke kan relaterer deres symptomer til hjertet. (McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49. (A) Løvlien,M 2006, s. 18). I litteraturen findes det også, at kvinderne har en anden måde at opleve deres symptomer på end mænd, og tillægger ikke i samme omfang deres symptomer til hjertet (Zerwicc,JJ 1999, s. 22-27). Tillige har kvinder hyppigere forskellige typer af symptomer, der ofte beskrives som atypiske symptomer, hvilket er med til at øge patient delay ((A)Løvlien,M

2006, s. 18. McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49.). Litteraturen viser også, at kvinder ikke ser sig selv som i risiko for AMI (Zerwicc,JJ 1999 s 21-27). De føler sig sikre indtil efter menopausen, og de er kun i en risiko, hvis de har adopteret en mandlig livsstil med f.eks et stressende arbejde (Emslie,C 2005, s. 387-392).

En faktor der har betydning for, hvornår kvinder søger hjælp er omgivelsernes syn på, at kvinder ikke kan få et AMI. Den sygdom hører til i en mandeverden, og kvinderne opfatter derfor heller ikke dem selv i risiko for AMI. Litteraturen viser, at kvinden er bange for at blive opfattet som hypokonder eller at blive ignoreret. Hun føler sig behandlet anderledes og taget mindre alvorlig, hun er vred over, at hendes smerter er opfattet som stress eller nerver (Emslie,C 2005, s. 387-392). En kvinde fortæller, at hun til lægen har beskrevet de samme symptomer, som hendes mand havde gjort. Ægtefællen får straks foretaget EKG, mens kvinden derimod får stillet diagnosen angst og får derfor ikke fået foretaget et EKG. Kvinder har vanskeligere ved at få diagnosen hjertesygdom eller AMI (McSweeney,JC, Lefler,LL mfl. 2005, s. 48-49). Kvindens anden måde at blive mødt på hos lægen, som slet ikke tænker i de baner om at kvinden kan have et AMI, fordi hendes symptomer er så forskellige fra, hvad der er den gængse opfattelse af symptomer svarende til et AMI. Dette kombineret med at kvinden heller ikke selv tror, at hun kan have et AMI, synes samlet at bidrage til at være en faktor, der har betydning for, hvornår kvinden beslutter at søge hjælp.

Analyseresultaterne viser at mænd hyppigere går tur ved symptom debut. De handler ved at de udskyder at søge hjælp og venter, og på den måde er mænd med til at isolerer sig selv, og trække tiden ud inden en eventuel indlæggelse. De forsøger på den måde at være socialtilbageholden, og selv klare sine symptomer, de trækker sig væk fra deres omgivelser. Det fremgår af litteraturen, at når patienter venter på at symptomerne vil gå væk, giver det øget patient delay (Morser,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170). Ifølge litteraturen kan mænd have svært ved at falde inde i rollen som syg, fordi de føler at omgivelserne forventer at de skal klare alt. Det forventes, at manden ikke er syg, men upåagtet klarer mande rollen. Det er en følelse af uovervindelighed, som er dybt forankret. Mænd skal rationalisere deres position og forhandle med sig selv og familien (Emslie,C 2005, s. 387-392). Den distancering som mænd foretager i forhold til sine omgivelser beskrives også i artiklen ” Respektør mandens reaktioner på sygdom”, hvori det beskrives at manden ofte distancere sig både mentalt, verbalt og socialt ved sygdom. Mænd har ofte behov for at være alene med deres sygdom, fordi de netop ikke

ønsker at udstille deres svaghed, de sammenlignes ofte med gamle hanelefanter, der også har behov for at gå af sides ved sygdom (Lundberg Perderson, B, Agholdt,H, mfl. 2007 s. 41). Det betyder at omgivelsernes syn i måden manden kan opfattes på, hvis han bliver syg, er en faktor for mænd, som har betydning for, hvornår en mand beslutter at søge hjælp.

Der synes således at være generelle forskelle i måden en mand og en kvinde kan opfattes som syg. Mænd må helst ikke vise at de er syge, og de skal bare holde ud, og kvinder kan ikke få bestemte sygdomme. Der er således sygdomme, der kun er forbeholdt mænd. Det perspektiv på kvinder kan bekræftes i Schenck-Gustafssons editorial, hvor hun skriver at befolkningen generelt ikke er opmærksom på, at også hjertesygdom forårsager stor dødelighed hos kvinder, de tror stadig, det er en ”mandesygdom” (Schenck-Gustafsson, K 2006, s. 325). Emslie beskriver i sin artikel, at nogle mænd er bange for at blive opfattet som svæklinge eller unormale. Denne forestilling om manden, som den stærke, raske og produktive, kan være dybt internaliseret (Emslie,C 2005 s. 387-392). De konsekvenser det får for henholdsvis manden og kvinden, er at de er i risiko for komplikationer og øget patient delay, og det betyder at omgivelserne syn er en faktor, der har betydning for hvornår patienten søger hjælp.

Analysen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser også, at de patienter der tidligere har fået en by-pass operation, venter mere end 12 timer med at søge hjælp efter symptomdebut. Litteraturgennemgangens resultat viser at patienter, der tidligere er kardielt behandlet søger senere hjælp, og det kan bekræftes af analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen hos de patienter, der har fået en by-pass operation, men ikke hos patienter der har fået PCI eller er i medicinsk behandling (se tabel 10.). Desuden viser litteraturen at patienter der havde haft et AMI, og som herefter lever et sundt liv, med sund kost, motion og som er behandlet med PCI eller CABG (coronar arteriae bypass grafting), ikke længere tror de er i risiko for et nyt AMI (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007).

Det betyder for gruppen af tidligere bypass patienter, der efter et kirurgisk indgreb føler sig raske, at de ikke længere identificerer sig, som patienter der lider af en kronisk sygdom. Derfor opfatter de sig selv som raske, og uden for risiko for et nyt AMI. For denne gruppe er det en faktor, der har betydning for, hvornår de søger hjælp, at kunne identificere sig med, at de stadig kan få et AMI, selvom de har fået foretaget en by-pass operation. At gruppen af tidligere by-pass patienter søger sent hjælp, har den konsekvens at patient delay øges for denne

patientgruppe. Selvom det er meget få patienter i spørgeskemaundersøgelsen, der var by-pass opereret så genfindes det resultat også i litteraturen (se tabel 10).

4.1.3 Faktorer der er med til at forbedre patientens kardielle situation

Analyseresultaterne viser at 24 % af alle patienterne ringede efter en ambulance, da de blev opmærksomme på tegn på et begyndende AMI. Det var dog hovedsageligt mænd der ringede, idet kun 11 % kvinder mod 34 % af mændene ringede efter en ambulance (se tabel 6). Men at ringe efter ambulancen ved symptomer på et begyndende AMI anses for at være en adækvat handlemåde, og en faktor der har positiv indflydelse på patientens kardielle status. Det ses i litteraturen at nogle patienter har svært ved at ringe efter en ambulance, idet en ambulance ”jo kun må benyttes i yderste nød”. På den måde opfatter patienter ikke, dem selv som værende i en nødsituation (Pattenden,J, Watt,I mfl. 2002, s. 1007). Det kan bekræftes i resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, ved at kvinder er specielt påholdende ved at ringe efter en ambulance ved tegn på AMI.

Et andet af resultat fra analysen viser at 36 % tog nitroglycerin som handling på deres symptomer, det er en adækvat måde at reagere på ved symptomer. I alt i spørgeskemaundersøgelsen var der 57 % af patienterne, der forinden var i medicinsk behandling, herunder nitroglycerin behandling. Det vil sige at der er patienter, der er udstyret med nitroglycerin, men ikke anvender det ved symptomer på AMI. Af analysen af resultaterne ses der ikke signifikans ved om patienter, der anvendte nitroglycerin søgte hjælp tidligere, end den gruppe af patienter der ikke anvendte nitroglycerin. Det fremgår heller ikke af litteraturen hvilken betydning anvendelse af nitroglycerin har på patient delay.

Samlet set betyder det, at der er patientgrupper der kan handle adækvat ved at kontakte ambulance tjenesten og tage nitroglycerin, hvilket er faktorer der er med til at forbedre patientens kardielle situation, men det fremgår ikke hvilken betydning, at det har på hvornår patienten beslutter at søge hjælp. Der findes således også en patientgruppe, der ikke forstår at bruge nitroglycerin eller ringer efter en ambulance ved symptomer på AMI.

4.1.4 Sammenfatning

Samlet set er der faktorer, der kan hæmme patienten i at søge hjælp ved tegn på symptomer svarende til AMI. De faktorer som hæmmer patientens beslutning om at søge hjælp, er faktorer der er med til at give øget patient delay. Den konsekvens det har for patienten, er at de sætter sig selv i øget risiko for komplikationer, fordi de ikke lader sig behandle indenfor den

anbefalede tidsperiode. Litteraturen viser at mortaliteten efter et år er faldende hos de patienter, der er behandlet inden for 2 timer efter symptomdebut på AMI (Rosenfeld, AG 2004, s. 225).

Der er også faktorer der kan fremme patientens beslutning om at søge hjælp. Det er faktorer, der har som forudsætning at patienten kan sætte symptomer i relation til tegn på AMI og kan handle og relaterer dem til sygdom, patienten skal således være vidende om symptomernes oprindelse.

Samtidig ses det af analyseresultaterne, at der er faktorer der kan forbedre patientens kardielle situation, men det har ikke været muligt hverken fra spørgeskemaundersøgelsen eller fra fundene fra litteraturen at afgøre, hvilken betydning det har for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp.

Uanset om faktorerne fremmer eller hæmmer patientens beslutning om at søge hjælp, så synes faktorernes årsager at bunde i at patienten mangler viden og forståelse om sygdommen iskæmisk hjertesygdom. At patienter mangler viden om iskæmisk hjertesygdom stemmer overens med hvad en svensk artikel har fundet (Henriksson, C, Leo-Swenne, Lindahl, B 2008).

De faktorer som har betydning for patientens beslutning om at søge hjælp er følgende:

- Patientens viden om hvorfra symptomerne stammer og evnen til at kunne relatere symptomer til hjertet.
- Patientens manglende viden om og forståelse for, hvordan symptomer på AMI kan opleves, og hvordan symptomer kan udvikles på forskellige måder.
- Patientens og omgivelsernes forestilling om sygdommen iskæmisk hjertesygdom.

4.2 Anden del - Konsekvens for kardiologisk sygepleje

Hvilken konsekvens har de fremkomne analyseresultater på den kardiologiske sygepleje.

Af analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at der er områder, hvor patienten synes at have brug for en sygepleje, der har udspring i rehabilitering. Det drejer sig om følgende.

- Patienter synes at have brug for en generel viden om iskæmisk hjertesygdom, som de forstår og kan anvende derhjemme, når de oplever symptomer.
- Derudover skal sygeplejersken være opmærksom på, at der i samfundet er konstrueret en opfattelse af sygdommen iskæmisk hjertesygdom. De opfattelser kan patienten og dennes omgivelser være underlagt. Det betyder at en individualiseret sygepleje, der i højere grad tager hensyn til patientens køn og den enkle patient er ønskeligt.

- Patienter der tidligere er by-pass opereret har brug for viden om og forståelse for af at iskæmisk hjertesygdom er en kronisk sygdom, der ikke forsvinder selvom man lever sundt.
- Det er vigtigt at patienten får større viden om og indsigt i de faktorer, der fremmer patientens kardielle situation.

Formålet er at forbedre den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats over for iskæmiske hjertesygge patienter. Således at patienten kan få en adækvat måde at reagere på ved symptomer på et begyndende AMI, og dermed reducere risikoen for komplikationer, og måske i sidste ende reducere patient delay. Ved hjælp af rehabiliteringen, formidles viden til patienter om iskæmisk hjertesygdom, og dermed forbedres og øges den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats. Den måde kardiologiske sygepleje kan begynde rehabilitering på, er ved at afklare, hvornår patientens symptomer begyndte. Herved får sygeplejersken et data grundlag for, hvordan information og vejledning skal tilrettelægges til den enkle patient.

Ifølge sundhedsloven § 16 (10) har patienten krav på informationer om relevante forebyggelses muligheder (Hjerterehabilitering efter strukturreformen 2007, s 12). Hos de patienter der i risiko for betydelige begrænsninger i funktionsevne, drejer rehabilitering sig om, at de opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004 s.16). Analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser at der er grupper af patienter, der søger sent hjælp, og at der er faktorer, der har betydning for hvornår de beslutter at søge hjælp. De sætter dermed dem selv i en betydelig risiko for begrænsninger og komplikationer. Disse patienter har brug for hjerterehabilitering, med sundhedsfremme for øje.

Formålet med rehabilitering ifølge hjerterehabilitering på danske sygehuse er netop at forbedre hjertepatienters funktionsniveau (Hjerterehabilitering på danske sygehuse 2004 s.13).

De faktorer der har betydning for, hvornår patienten søger hjælp peger på, at patienten mangler viden om og forståelse for om forskellige typer af symptomer. Patienter har brug for en mere nuanceret information og viden om symptomer på AMI, og dermed sygdommen iskæmisk hjertesygdom. Ved øget viden om og forståelse får patienter mere indblik i en adækvat måde at reagere på ved symptomer på et begyndende AMI, og patienten forbedrer sine muligheder for at lære at genkende sine symptomer, og dermed at kunne relatere symptomer til hjertet.

Viden om at symptomer kan debutere forskelligt fra gang til gang, vil hjælpe patienten til bedre at kunne tolke symptomer. Viden til patienterne skal individualiseres så den tilpasses den enkelte patient, idet rehabilitering baseres på patientens hele livssituation (Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004 s.16).

Formidling synes at skulle indeholde et perspektiv, hvor der tages hensyn til det enkelte køn, for på den måde at tilgodesse både den mandlige og kvindelige patient, idet sygdom kommer til udtryk på forskellige vis afhængig af blandet andet kønnet ((A) Fridlund,B 2000).

Faktorerne der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp indikerer, at der er kønslige forskelle i måder at opleve og opfatte symptomer. Det betyder at kvinder har brug for en type af information og viden om sygdom, og mænd har brug for en anden type af information om sygdom.

Kvindes information skal rettes dels imod de forskellige symptomer på AMI, og at symptomer ikke nødvendigvis opleves ens af alle. Litteraturen viser, at mange kvinder slet ikke regnede med, at de var i en risiko for et AMI, og det betyder at kvinderne ikke kan relatere eller genkende, at deres symptomer stammer fra hjertet, at de anser heller ikke deres symptomer som alvorlige nok. De mener ikke selv, de er i en risikogruppe for et AMI (Morsler,DK, Kimble,L mfl. 2006, s. 170. Emslie,C 2005, s. 387-392. Lefler,LL 2004. Zerwicc,JJ 1999, s. 21-22). Når kvinder ikke regner med at de befinder sig i en risiko for AMI, så tænker de heller ikke i de baner, når de har symptomer, derfor har de vanskeligt ved at relatere symptomer. Sygeplejersken har således en vigtig rolle i at informerer kvinderne om, at de godt kan få et AMI, selv om de er kvinder.

Mænd kan i lige så høj grad have brug for viden, der er rettet specielt mod dem, idet deres måder at reagere på ved symptomer, er at de isolerer sig frem for at søge hjælp. Litteraturen viser, at det forventes at mænd er de raske og klarer manderollen. Mænd har en følelse af uovervindelighed, som er dybt forankret, og den kommer til at spille en betydende rolle, når de bliver syge. De skal forhandle med deres koner og dem selv om, hvornår de skal søge hjælp (White,A, Johnson,M 2000). Sygeplejersken har således også her i en vigtig rolle i at tage højde for, at mænd har en distancerende måde at reagerer på ved symptomdebut, det synes vigtig for sygeplejersken at informerer manden om, at de er i risiko for at bringe dem selv i yderligere fare ved at isolerer sig.

Det er netop de konstruerede forestillinger om køn, der er i befolkningen eller hos patienten eller dennes omgivelser, som en nuanceret og forbedret viden om sygdom kan være med til at løse op, så den faktor der har relation til patientens køn, i fremtiden ikke vil forhindre patienten i at søge hjælp.

Rehabilitering er et samarbejde mellem patienten, pårørende og fagfolk (Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004 s.16). Det stiller krav til sygeplejersken om, at inddrage både patient og patientens omgivelser i rehabiliteringen. Omgivelserne synes ifølge analyseresultaterne, at have betydning for hvornår patienten søger hjælp, idet der i patientens omgivelser er konstrueret forestiller om iskæmisk hjertesygdom. Hvis patientens relationer/omgivelser også får en øget viden, kan det måske være med til at hjælpe patienten til at træffe en hurtigere beslutning næste gang patienten oplever sygdom. Den ressource at patienten har pårørende, kan således anvendes til fordel i at forbedre patientens kardielle situation. I motivationen af patienten skal sygeplejersken lade patienten have kontrollen over sin egen rehabilitering, og på den vis motiveres patienten til at foretage eventuelle ændringer. Samarbejdet skal fungerer med ligeværd og ligevægt mellem parterne. De valg som patienten har truffet, skal der arbejdes ud fra, for patienten er den gennemgående person i rehabiliteringen (Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004 s.16). Målet og samarbejdet for rehabilitering er fælles og aftalt indbyrdes mellem parterne. Rehabilitering er en fremadskridende og dynamisk proces.

Resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen viser at by-pass opererede patienter søger senere hjælp. Det er med til at illustrerer, at der i den rehabiliterende sygepleje er behov for viden til tidligere by-pass patienter, viden skal rettes mod mere viden om iskæmisk hjertesygdom. Fridlund skiver i sin artikel "The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes" at sygeplejersken har forskellige roller afhængig af hvor i rehabiliteringsfasen patienten befinder sig ((B) Fridlund,B 2002).

Rollerne er fordelt i tre faser:

1. Fase: Hospitals niveau og på individuel plan, sygeplejersken har forskellige roller som "containe, counsellor, mediator, og supervisor" (indlæggelsen).
2. Fase: Patienten forlader hospitalet, perioden varer som regel 3- 6 måned. Fasen foregår på gruppe niveau. Her er sygeplejerskens roller "counsellor, supervisor, educator" og coach"

3. Fase: Patientens liv, her fokuseres på at kunne klare og vedligeholde livsstilsændringer gennem resten af livet, rehabilitering er på et samfundsmæssigt niveau. Sygeplejerskens roller er "counsellor, supervisor, educator" og coach" ((B) Fridlund,B 2002).

Analyseresultatet viser, at by-pass opererede patienter lod sig indlægge senere end andre patienter. Fridlunds tanker om at sygeplejersken har forskellige roller afhængig af, hvor i forløbet patienten befinder sig, kan være en måde at gribe den kardiologiske sygepleje an på. Den kan være med til at tilpasse sygeplejen og de informationer, som skal foregå i forskellige faser, afhængig af hvor i rehabiliteringsfasen patienten befinder sig. Så informationen tilpasses de tidspunkter, hvor patienten er modtagelig for information, og forstår de livsvigtige informationer ((B) Fridlund,B 2002). Konsekvensen for en ikke tilpasset information er, at patienten kan lade sig indlægge sent i et nyt iskæmiske hjertesygdoms forløb. Det er jo netop det, som er sket for de tidligere by-pass opererede patienter, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, hvilket i sidste ende betyder, at patienten får øget risiko for komplikationer. Litteraturen viser at mange patienter tror, at et AMI er med voldsomme smerter og kollaps, som det ses på film, et slags "Hollywood AMI" (Emslie,C 2005, s. 387-392. Hwang,SY, Ryan,C, Zerwicc,JJ 2006, s. 22-26). Derfor er formidling af viden til patienten på rette tidspunkter og i forskellige faser i rehabiliteringen en vigtig opgave for sygeplejersken. Viden skal indeholde, at selvom patienten nu er opereret og lever et sundt liv, skal de stadig hurtigst muligt kontakte læge, hvis de oplever symptomer på begynde AMI.

Artiklen, med titlen " Faktorer som påvirker beslutet att söka sjukvård vid symptom på akut hjärtinfakt", beskriver, at sundhedspersonalet har en vigtig rolle i at formidle viden til patienter og pårørende om en adækvat information om symptombilledet af et AMI (Henriksson, C, Leo-Swenne, Lindahl, B 2008).

De deltagende patienter i spørgeskemaundersøgelsen viser ud fra deres besvarelser, at det er følelsesmæssig svært at ringe efter en ambulance, og at tage nitroglycerin, selvom de er udstyret med det. Der ligger således også en formidlingsopgave for den kardiologiske sygeplejerske i at undervise og lære patienten, at en ambulance skal anvendes ved symptomer svarende til AMI, og at nitroglycerin altid skal bruges ved symptomer på AMI. Patienter informeres således om, at de forbedrer deres kardielle status ved at anvende disse muligheder. Litteraturen bekræfter betydningen af hurtig behandlingsindsats og at anvende en ambulance ved mistanke om AMI (Henriksson, C, Leo-Swenne, Lindahl, B 2008).

4.2.1 Sammenfatning

Viden om hvorfra symptomer stammer, er en faktor der reducerer patient delay. På den måde er genkendelighed noget som kan anvendes til at fremme en reduktion i patient delay, i formidlingen af information til patienter om iskæmisk hjertesygdom.

Ved at formidle viden og læring igennem rehabilitering til patienten bliver den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats forbedret til gavn for patienter. Patienter skal have en nuanceret tilpasset information om iskæmisk hjertesygdom, hvor der tages højde for den enkle og dennes aktuelle situation og dets køn, med inddragelse af patientens omgivelser.

Den kardiologiske sygepleje, skal være at patienten opbygger en dybere viden om og forståelse for, hvad der kan være kendetegnende symptomer for dem som patient. På den måde lærer de selv at genkende symptomer, og kan bedre relaterer symptomer til hjertet, og på den vis kan de tage deres symptomer mere alvorlige.

4.3 Tredje del - Metodediskussion

I den netop gennemførte undersøgelse, er der anvendt spørgeskema som dataindsamlingsmetode. Det følgende afsnit vil diskutere ulemper og fordele, ved den anførte metode. Afslutningsvis vil metoden til litteraturgennemgangen blive diskuteret.

4.3.1 Ulemper

De ulemper der er forbundet med data indsamlingsmetoden for den netop gennemførte undersøgelse, er blandt andet at undersøgelsen ikke har haft mulighed for at fremskaffe allerede afprøvet spørgsmål fra andre undersøgelser.

Der har i indsamlingsperioden ikke været indsamlet data om eftermiddagen og aftenen samt lørdag/ søndag, hvilket har bevirket at nogle patienter ikke har haft mulighed for at blive inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen. Hvilket ikke kan udelukkes at påvirke resultat udfaldet, idet der har været et bort fald på 18 patienter, derudover er 6 patienter ekskluderet. Ud fra de muligheder der eksisterede for gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen, ansås det som eneste praktiske mulighed. Retrospektivt set kunne personalet på den undersøgende afdeling, have været involveret i en højere grad.

Ydermere kan spørgeskemaet kritiseres for, at angst ikke er medtaget som en svar kategori under spørgsmål 8., idet der udelukkende er fokuseret på fysiske symptom tegn. Denne refleksion over angst som manglende svarkategori opstår efter at undersøgelsesresultaterne er

opgjort, fordi angst ifølge patientens egen beskrivelser netop er en af de faktorer, der har betydning, for hvornår patienten vælger at søge hjælp.

Spørgsmålsformulering i spørgsmål 15., kan ligeledes kritiseres for at der er tre svar kategorier, der er formuleret således at ordet *ikke* indgår. Netop negationen *ikke* er et ord, der kan være med til at skabe forvirring og forståelses problemer ved spørgsmålet i en spørgeskemaundersøgelse.

Selvom der ses signifikans ved nogle af resultaterne i spørgeskemaet, så syntes der at være et problem ved de deltagendes kvinders alder, fordi kvinder i den undersøgte population er 8,5 år ældre end mænd. Det kan derfor ikke udelukkes at kvinders alder har betydning for, at de i langt højere grad oplever mange flere forskellige typer af symptomer end mænd. En anden undersøgelse kunne således være at mænd og kvinder har samme alder, når de indgår i undersøgelsen, på den måde vil resultaterne være mere valide. I de forskningsartikler der er inddraget i litteraturgennemgangen, er undersøgelserne heller ikke korrigeret for alder.

En anden begrænsning ved spørgeskemaet kan være at populationen udelukkende er repræsenteret fra et hospital. Desuden indeholder spørgeskemaet flere resultater, end der er medtaget, det fravalg er foretaget af hensyn til afhandlings omfang.

Det kan umiddelbart virke underligt at tidsgrænsen i undersøgelsen er valgt til to timer, når pleje og behandling helst gerne skal være startet inden for en time. Det valg er foretaget af hensyn til dels sammenligningsmuligheder med de to danske undersøgelser.

Generelt må det siges at 58 patienter til en spørgeskemaundersøgelse er et for lille antal deltagere. Selvom der i resultatafsnittet er flere steder, der er signifikante forskelle, så skal der et meget større antal deltager til for at resultaterne blive mere markante. Der ville højst sandsynlig have set større og flere signifikante forskelle, hvis populationen havde været større. Men spørgeskemaundersøgelsen kan også betragtes som en pilotundersøgelse, forud en større undersøgelse om emnet patient delay.

4.3.2 Fordele

Spørgeskemaet er pilottestet på 6 patienter. Pilottesten er med til at sikre at undersøgelsen undersøger det ønskede, og dermed giver undersøgelsen validitet. Reliabilitet afprøves i pilottesten, hvilket kan være med til at forbedre spørgeskemaet, så fejl kan fjernes inden den endelige undersøgelse sættes i gang.

Det er en styrke, at det var den samme forsker, der har udleverede og indsamlede alle spørgeskemaerne.

4.3.3 Anvendt metode til litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen, og om den indeholder alle relevante artikler om emnet patient delay kan også bringes til diskussion. Specielt set i lyset af at litteraturgennemgangen indeholder artikler, hvis design er af både kvalitativ og kvantitet undersøgelsesmetoder. Scheel skriver at en ensidig fokusering på subjektive værdier, holdninger og opfattelser i yderste konsekvens kan medføre total relativisme (Scheel, M 1994). Nord Hansen skriver at kvantitative metoder ikke slår til, hvis man ønsker at integrere viden og patientens følelser, holdninger, ønsker og etiske værdier i den kliniske beslutningstagen, her igennem opnås gyldig viden om patientens egen forståelse af sygdom og lidelse (Nord Hansen, M 2001). Det har derfor været vigtigt for litteraturgennemgangen at afsøge så bredt som muligt, også fordi patient delay er et nyt felt, som ikke tidligere er undersøgt i Danmark af sygeplejersker.

I inklusionskriterierne for hvilke artikler, der kunne inkluderes, var der opstillet et krav om at kvinder, som population skulle være repræsenteret med minimum med 25 %. Det krav blev ikke overholdt, kravet var opstillet af hensyn til, at sikre at kvinders perspektiv på patient delay kom med i undersøgelsen. Men efterhånden som søgningen skred frem, stod det klart at det krav ikke kunne indfries, idet mænds perspektiver for patient delay var lige så vigtige. Det afspejler at der i høj grad er brug for at undersøge både mænd og kvinder, der underkastes samme undersøgelsesmetode, hvor der tages hensyn til at lige mange mænd og kvinder skal indgå, hvor deres profiler skal være tilsvarende med hensyn til alder, sygdomshistorik, medicinsk behandling, invasiv behandling med videre.

Endvidere kan udvælgelsen af artikler kritiseres for ikke at have været underlagt specifikke måleparameter, men de måleparameter der er sat op for at kunne vurdere og kritisk forholde sig til hver enkel artikel var generelle krav. Retrospektivt vil en evidensgradering af hver artikel have været en mulighed, altså en systematisk litteraturgennemgang.

I diskussionsafsnittet sammenlignes resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen med fund fra litteraturgennemgangen. Selvom undersøgelsesdesignet for de inkluderede artikler i litteraturgennemgangen ikke er ens, så er resultaterne i artiklerne fra litteraturgennemgangen i høj grad enige om, hvilke forhold der har betydning for at patient delay henholdsvis kan øges eller reduceres. De fund der er fra litteraturgennemgangen, kan næsten alle genfindes i spørgeskemaundersøgelsen. På den måde er litteraturgennemgangen med til at skabe validitet og reliabilitet for spørgeskemaundersøgelsen. Modsat kan det undre at resultater fra

spørgeskemaundersøgelsen i forbavsende grad, ligner de resultater der fundet litteraturen. Det kan formodentlig skyldes at der spurgt til de samme faktorer.

5 Konklusion

Det problem som afhandlingen er bygget op omkring er patient delay hos iskæmiske hjerte patienter, og de vanskeligheder som patienter har ved at beslutte, hvornår de skal søge hjælp i sundhedsvæsnet ved tegn på et eventuel begyndende AMI. Den viden der allerede er om emnet patient delay, er at der er faktorer som er med til henholdsvis at reducerer og øge patient delay. International forskning viser, at patient delay kan have store konsekvenser for patienten, og dermed øges komplikationer i relation til iskæmisk hjertesygdom for den enkle patient. Den eksisterende viden er af international karakter, og der er således ingen danske sygeplejersker, der har undersøgt patient delay hos danske AMI patienter. Derfor synes det interessant at få mere viden om, hvordan patienter tænker og handler fra det øjeblik, de bliver opmærksom på at noget er galt.

Formålet er at øge den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats over for Angina pectoris og AMI patienter. Men inden nogen form for sygeplejefaglige sundhedsfremmende interventioner iværksættes, kan en spørgeskemaundersøgelse bestemme hvilke faktorer, der har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp, idet det kan give indikationer på hvordan den sundhedsfremmende strategi i fremtiden skal tilrettelægges.

Afhandlingen er delt i to dele, først en litteraturgennemgang om emnet patient delay, dernæst en empirisk del, hvor der er konstrueret et spørgeskema og iværksat en spørgeskemaundersøgelse hos patienter, der indlagt til observation for Angina pectoris og AMI.

Til litteraturgennemgangen er der anvendt rapporter, samt videnskabelige artikler hentet i søgedatabaser baseret ud fra en søgestrategi, hvortil der er stillet undersøgelses spørgsmål. Svarene fra undersøgelsesspørgsmålene er kategoriseret og bliver anvendt til at sammenligne fund i spørgeskemaundersøgelsen.

Ved analysemetoden til spørgeskemaet er der anvendt SPSS statistisk metode. Resultaterne vises i frekvenstabeller, hvor der efterfølgende er foretaget (Chi²-test).

Fundene både i litteraturgennemgangen og spørgeskemaundersøgelsen viser overensstemmelse mellem faktorer, det har betydning for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsnet.

Der kan konkluderes, at der er faktorer der både hæmmer og fremmer for, hvornår patienten beslutter at søge hjælp i sundhedsvæsnet. Hæmmende faktorer øger patient delay, altså faktorer der handler om, at patienter generelt mangler viden og forståelse om sygdommen iskæmisk hjertesygdom. Det indbefatter også viden om, at man som tidligere by-pass patient godt kan få et nyt AMI, selvom de er opereret. Derudover handler faktorerne om mangel på viden om, at symptomer kan debutere og opleves forskelligt, også mellem kønnene.

Patientens omgivelser og forestillinger er også en betydende faktor, idet opfattelsen er at mænd helst ikke må blive syge, og at kvinder ikke kan få AMI, denne forestilling bunder også i mangel på viden om iskæmisk hjertesygdom.

Den manglende viden kan via de forskellige roller som sygeplejersken har i rehabiliteringen, formidles videre til patienten, således at den sygeplejefaglige sundhedsfremmende indsats øges. De faktorer der skaber en reduktion i patient delay, er faktorer der fremmer patientens beslutning om at søge hjælp. En betydende faktor, er at patienten ved hvorfra symptomerne stammer, så de dermed kan relatere symptomer til hjertet. De patienter har dermed den genkendelighed over for symptomer, som synes at være vigtig i reduktionen af patient delay.

Samlet kan det konkluderes, at der er bestemte faktorer, der har betydning for hvornår patienten søger hjælp i sundhedsvæsnet ved tegn på symptomer svarende til AMI. Faktorerne er med til at forbedre viden om, hvordan patienten tænker og handler, fra det øjeblik, de bemærker at noget er galt. Den øgede viden kan være med til at øge den sundhedsfremmende indsats, ikke bare for nuværende patienter, men også for fremtidige iskæmiske hjertepatienter, idet en forbedret viden også giver mulighed for at målrette for eksempel informationskampagner, så patienter i fremtiden lærer at blive opmærksomme på, hvorledes de selv kan være med til at minimerer patient delay.

Følgende faktorer har betydning for, hvornår patientens beslutter at søge hjælp:

- Vide hvorfra symptomerne stammer og dermed at kunne relatere og genkende symptomer svarende til hjertet.
- Patientens manglende viden og forståelse om, hvordan symptomer på AMI kan opleves, og hvordan symptomer kan udvikles på forskellige måder.
- Patientens og omgivelsernes forestilling om sygdommen iskæmisk hjertesygdom.

Det samlede mål med den kardiologiske sygepleje kan i fremtiden være i bestræbelserne på at reducere patient delay. At patienten lære og får en dybere viden om og forståelse for, hvad der kan være kendetegnende symptomer for dem som patient. På den måde lære de selv at genkende og relaterer symptomer.

6 Perspektivering

Det perspektiv der træder frem, er at af informationerne skal det fremgå, til dels nuværende og fremtidige patienter, der får iskæmisk hjertesygdom, at der kan være forskel på mænd og kvinder, i den måde de oplever symptomer. Det synes at kræve en oprydning i alle pjecer og informationskampagner, således at der opstår en mere kønsspecifik tilpasning, således at forestillinger om iskæmisk hjertesygdom i fremtiden ikke skal underligges en opfattelse, som får konsekvenser for patienter med store komplikationer til følge.

Det perspektiv der også træder frem i afhandlingen er at der er en del patienter, der er i risiko for ikke at få optimal pleje og behandling. Antallet ligger ifølge litteraturgennemgangen på godt 60 %, og i spørgeskemaundersøgelsen på 50 %. Det er således en stor gruppe som er i risiko patient delay. Men en større undersøgelse vil kunne illuminere patient delay yderligere, med større gavn for patienten så unødige komplikationer kan undgås.

Et andet perspektiv der træder frem i litteraturgennemgangen, er at der er faktorer, der afholder patienter fra at søge hjælp. Det tyder på, at der eksisterer nogle faktorer, som kan have en aldeles uheldig indvirkning på patient delay. Her tænkes på at nogle patienter afholdte sig fra at søge hjælp, fordi symptomerne begyndte i weekenden eller uden for almindelig åbningstid. Disse strukturelle forhold og hvilken betydning de har, synes vigtige at få afklaret. Derudover angiver nogle patienter, at de er hæmmet i at søge hjælp i sundhedsvæsenet på grund af flovhed og tidligere oplevelser. Disse perspektiver, sammen med perspektiver om at patienter kan have vanskeligheder ved at ringe efter en ambulance, og at alle patienter ikke anvender nitroglycerin sufficient. Det tyder på at der behov en sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats, som i højere grad vil kunne tage højde for de faktorer, der netop afholder patienten fra at søge hjælp. Samlet set synes der at være brug for at udforske patient delay yderligere.

7 Referenceliste

1. Andersen, B.H., Christoffersen, M.N. Om spørgeskemaer. Problemer ved spørgsmålsformulering i interviewundersøgelser, Socialforskningsinstituttet, studie 46, i kommission hos Teknisk Forlag, København. 1982.
2. Andreasen, T. Fænomenologi og videnskab. Del 1: "Fænomenologiens væsen". Tidsskrift for sygeplejeforskning, 2/2006.
3. Dansk Cardiologisk Selskab. "Klaringsrapport" nr. 3, 2001
4. Dansk Cardiologisk Selskab og Hjertereforeningen. "Hjerterehabilitering Danske Sygehuse", Sekretariat for netværk af forebyggende i Danmark, 2004.
5. Dempsey, S., Dracup, K., Moser, D. "Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction", Heart & Lung, Vol. 24, No. 6. 1995.
6. Dracup, K., Moser, D., Eisenberg, M., mfl. "Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms". Soc. Sci. Med. Vol. 40, No. 3, pp. 379-392. 1995.
7. Emslie, C., "Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature". Integrative literature reviews and meta analysis. Journal of Advanced Nursing, 51(4), pp. 382-395. 2005.
8. Engelsk-dansk Ordbog. Gyldendal. 79. Gyldendalske Boghandel Nordisk Forlag. Nordisk Bogproduktion A.S. Haslev. 2. oplag. 10 udgave. 1979.
9. Forsberg, C., Wengström, Y. "Att göra systematiska litteraturstudier". Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm. 2003.
10. (A) Fridlund, B. "Sygepleje hos patienter med hjertesygdomme", Munksgaard, 2000.
11. (B) Fridlund, B. "The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes", European Journal of Cardiovascular Nursing, 1, 15 -18. 2002.
12. Henriksson, C., Leo-Swenne, C., Lindahl, B. "Faktorer som påverkar beslutet att söka sjukvård vid symptom på akut hjärtinfarkt", Vård i Norden, no. 87, Vol. 28, no. 1, pp. 4 - 7.
13. Hjertereforeningen. "Handlingsplan 2005 - 2008", Dec. 2004
14. Hjertereforeningen og Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark. "Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen", Juli 2007.

15. Hwang, S.Y., Ryan, C., Zerwicc, J.J. "The influence of age on acute myocardial infarction symptoms and I Patient Delay in Seeking Treatment", *Progress in cardiovascular nursing*, Vol. 21 (1), pp. 20-27. 2006.
16. Jensen, T., Johnsen, T. "Sundhedsfremme i teori og praksis", Vitten Bogtryk, 1. udg., 1. opl., 2000.
17. Johansen, K. *Basal sundhedsvidenskabelig statistik, begreber og metoder*. Munksgaard Danmark, København 2002. Special-Trykkeriet • Byens Tryk A/S. 1. udg., 2. oplag. 2006.
18. Lefler, L., Bondy, K. "Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis". *Journal of Cardiovascular Nursing. Journal Cardiovascular Nursing*. Jul-Aug, 19(4), pp.251-68. 2004.
19. (A). Løvlien, M., Schei, B., Gjengedal, E. "Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective." *Progress in Cardiovascular Nursing*. Vol.21 (1), pp. 14-19. 2006.
20. (B). Løvlien, M., Scheel, B., Hole, T. "Women with myocardial infarction are less likely than men to experience chest symptoms ", *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40, pp. 342-347. 2006.
21. Madsen, M., Kjølner, M., Rasmussen, S. *Kvinder og hjertesundhed. En rapport om sundhedsadfærd og hjertesygdom blandt kvinder*. Udgivet af Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Datagraf Auning AS. 2003.
22. Markussen, K. "Læsning og vurdering af forskningsartikler", 33, *sygeplejersken*. 2004.
23. Martinsen, K. *Marx til Løgstrup, Om etik og sanselighed i sygeplejen*, Munksgaard Bogklubber, k: Special-Trykkeriet, Viborg A/S, 1. udg., 4. oplag. 2000.
24. McKinley, S., Dracup, K., Moser, D.K., Ball, C., Yamasaki, K. mfl. "International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment". *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, pp. 225-230. 2004.
25. McSweeney, J., Lefler, L. mfl., "What's Wrong With Me? Women's Coronary Disease Diagnostic Experiences ", *Progress in Cardiovascular Nursing*. Vol. 20 (2), pp. 48-57. 2005.
26. Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., mfl. "Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. "A Scientific

- Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Circulation*. 114, pp.168-182. 2006.
27. Moser, D.K., McKinley, S., Dracup, K., Chung, M.L. "Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms". *Patient Education and Counseling* 56, pp. 45-54. 2005.
 28. Nord Hansen, M. Udvikling af referenceprogrammer. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* nr. 3, 17-24. 2001.
 29. Nudansk Ordbog, Politikens Forlag, 1983
 30. (A). Olsen, H. Fra spørgsmål til svar. Konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata. Akademisk Forlag, NPC Tryk a/s, Næstved. 2005.
 31. (B). Olsen, H. Guide til gode spørgeskemaer. Socialforskningsinstituttet, www.sfi.dk, Book Partner Media A/S, Oplag: 800. 2006.
 32. Ottesen, M. M., Dixen, U., Torp-Pedersen, C., Køber, L. "Prehospital delay in acute coronary syndrome — an analysis of the components of delay ". *International Journal of Cardiology*. 96, pp. 97-103. 2004.
 33. Ottesen, M. M., Køber, L., Jørgensen, S., Torp-Pedersen, C. "Determinants of delay between symptoms and hospital admission in 5978 patients with acute myocardial infarction", *European Heart Journal*, 17, 429-437. 1996.
 34. Pattenden, J., Watt, I., Lewin, R.J.P., Stanford, N. "Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study ", *British Medical Journal* 324; 1006. 2002.
 35. Pedersen, B. L., Agnholt, H., Rodkjær, L., Delmar, C. "Respektér mandens reaktioner på sygdom", *Sygeplejersken* 16, pp. 41 – 45, 2007.
 36. Rasmussen, C. H., Munck, A., Krogstrup, J., Haghfelt, T. "Patient delay from onset of chest pain suggesting acute coronary syndrome to hospital admission ". *Scandinavian Cardiovascular Journal*. J 37, pp. 183-186. 2003.
 37. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret. "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", 2004.
 38. Rosenfeld, A., "Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction", *Nursing Research*. Vol 53, No, 4, pp.225-236. 2004.
 39. Scheel, M.E. Interaktionel sygeplejeforskning, vidensgrundlag – etik og sygepleje. i Munksgaard Bogklubber. Clemenstrykkeriet, Århus, 1. bogklubudgave 1. oplag. 2000.

40. Schenck-Gustafsson, K. "Are the symptoms of myocardial infarction different in men and women, if so, will there be any consequences? ". Editorial. Scandinavian Cardiovascular Journal. 40, pp. 325-326. 2006.
41. Watt Boolsen, M. "Fra spørgeskema til statistisk analyse – genveje til pålidelige og gyldige analyser på et samfundsvidenskabeligt grundlag". 1. udgave, 1. oplag 2004. Trykt hos: Book Partner Media A/S, København. C.A.. Reitzel.
42. White, A., Johnson, M. "Men making sense of their chest pain – niggles, doubts and denials", Journal of Clinical Nursing, Vol. 9, pp. 534-541. 2000.
43. Willman, A., Stolz, P. Evidensbaseret sygepleje, En bro mellem forskning og klinisk virksomhed, Gads Forlag 1. udgave, 1. oplag. 2004.
44. www.cardio.dk
45. www.sst.dk Dødsårsagsregister 2005 (foreløbige tal). Årgang 10 nr.18, September 2006.
46. www.hjerteforeningen.dksw73662.asp
47. www.cardio.dk/sw1999.asp
48. www.sfr.dk. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et , (opdateret 2003).
49. Zerwic, J.J., "Patient Delay in Seeking treatment for Acute Myocardial Infraction Symptoms", Journal Cardiovascular Nursing, 13(3), pp.21-32. 1999.

8 Bilag

8.1 Uddybning af artikler

Nøgleord	Titel Tidsskrift	Årstal	Forfatter	Deltager	Metode Data/ analyse	Formål	Resultater
Ingen angivet	Decision to seek care for symptoms of acute myocardial infraction. Heart & Lung.	1995	Susan J. Dempsey. Kathleen Dracup. Debra . K Moser	16 Kvinder Mellem 42-82 år	Grounded theory.	Med hvilken psykologisk proces er det kvinder benytter, når de skal beslutte at søge hjælp ved et AMI. Af søge det fænomen.	2. Hoved områder som kvinderne tilhører, når de får symptomer på AMI. 1. At bevar kontrol. Her under er 3. under katagoreier. Bevågenhed på symptomer, fornemme af ikke betydende, selv behandling. 2. At giv slip på kontrollen. Herunder er der 2. under kategorier. Forudgående angst, for sent konsultation.

Forfatter	Titel	Tidsskrift/ År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
Dracup, K, Morser,D K, Eisenberg ,M, Meischke ,H	Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms	Social Science Medicin. 1995		Videnskabelig litteratur er gennemlæst. / review Fænomenet omkring delay ved AMI patienter, og dem som omgiver dem må forstås før et uddannelses strategi kan reducerer delay. Forskellige modeller som Health belief model, a self regulation model, illness cognition og en interactionist er anvendt til at forklare de individuelle tegn og symptomer på AMI.	Variabler der øger patient delay er identificeret: Ældre patienter,kvinder,la v økonomisk status, tidligere angina og diabetes, selvbehandling, vanskelig ved at genkende symptomer, et familie medlem var tilstede. Faktore uden indflydelse: Uddannelses niveau, personlighedstyper, graden af brystsmerter, tidligere AMI.

Forfatter	Titel	Tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
Emslie, C	Women, men and coronary heart disease. A review of the qualitative literature	Journal of Advanced Nursing	60 qualitative studier. 10 studier hvor kun mænd deltager, eller hvor kvinder kun var repræsenteret med 1 eller 2 kvinder. 20 studier hvor kvinder kun indgår. 29 studier inkluderet delatger hvor både mænd og kvinder er deltager	Litteratur review proces med søgning i databaser efter videnskabelige artikler. Review undersøger mænd og kvinders oplevelser af hjertesygdom. Review undersøger også om litteraturen tager hensyn til og inddrager mænd og kvinders oplevelse, om de oplevelser er reflekteret i litteraturen. Om der tages hensyn til gender. Artiklerne er inkluderet efter inklusions kriterier, søgestrategi er anvendt	Ældre studier har næsten udelukkende været fokuseret på mænd, det ændrede sig så senere til at studier næsten udelukkende kvinder som eneste deltager i studierne. Selv mange studier der inkluderer både mænd og kvinder har ikke et specifik gender fokus. Kvinder har svært ved at løsrive/bekrymre sig om de hjemmelige og familiære forhold, svært at følge de medicinske råd. Mænd derimod bekymrer sig om arbejdet, blive uarbejdsdygtig. Studier hvor både mænd og kvinder indgår er nødvendig, fordi de sociale roller er forskellige, der er derfor brug for studier der sammenligner mænd og kvinders oplevelser. Det også vigtigt at tage det maskuline og gender roller med i betragtning ved mænds oplevelser IHD.

Forfatter	Titel	Tidsskrift/År	Population	Metode: dataindsamling/ analyse	Resultater
Hwang,S Y, Ryan,C, Zerwicc,J J	The influence of age on acute myocardial infraction symptoms and patient delay in seeking treatment	Progress in Cardiovascular Nursing. 2006	239 patienter med akut myocardi infarkt	Struktureret interview baseret på en sekundær analyse baseret på data fra et tidligere studie, der målte effekten af race og køn på delay. Patienter var under indlæggelsen spurgt til deres oplevelser derhjemme inden indlæggelsen, set sammen med deres medicinske data. Delay time var målt fra symptom begyndelse til patienten blev indlagt på hospital. The Pearson chi-2 test og t-test er anvendt	Der var ingen forskel på alder om patienten søgte hjælp inden for 1 time eller senere, deres gennemsnits tid var henholdsvis (2,5) og (2,1) time. Ældre patienter har hyppigere rapporteret bryst smerter, kvalme, sved end yngre patienter. Lang delay skete hos patienter der kontaktede praktiserende læge, et hul mellem hvad patienter oplevede symptomer og til hvordan symptomer var, aleneboende, og anvendte ikke ringe til efter ambulancen.

Nøgleord	Titel Tidsskrift	Årstal	Forfatter	Deltager	Metode Data/analyse	Formål	Resultater
Myocardial infraction, review, treatment delay, women	Woman`s delay in seeking treatment with myocardial infraction A Meta-Synthesis. Journal of Cardiovascular Nursing.	2004	LL.Lefler. KN. Bondy	48. Studier. 39 studier var deskriptiv. 4. studier var eksperimentel. 5. studier var der anvendt kvalitativ metetodik. Mindst 25% af deltagerne skulle være kvinder.	Artiklerne blev valgt ud fra inklusion og eksklusion kriterier. 215 fundene artikler, hvor af 48 kunne inkluderes. Data fra studierne blev kodet ind i Reference Manager Software. Efter, nøgleord, forfatter, studie design, lokalisering af studie, deltager antal, journal årstal, metode, analyse liste, resultater og konklusioner. Hver kodning blev organiseret ind under tre	Formålet var summere alle forklaringer på hvorfor kvinder forsinkes i at søge behandling efter det første begyndes tegn på AMI.	Resultater inddeles i tre hoved områder som forklaring på kvinders delay til hospital. 1. <u>Kliniske faktorer</u> : typisk eller atypisk symptom præsentation, graden af symptomer, indflydelse af andre lidelser og kroniske sygdomme, tidlige ryger. 2. <u>Sociodemografiske faktorer</u> : At være af kvindeskøn som patient, gammel, minoritets gruppe, lav indkomst, kort uddannelse, bor alene, at få AMI efter almindelig lukketid, at have en forsikring. 3. <u>Psykologiske faktorer</u> : Korrekt associering af symptomer til hjertet, erkende betænkelig symptomer, få råd hos andre, lav selv erkendelses risiko for et AMI selv behandlings strategier, andre coping(overlevelses) strategier, Kendskab til symptomer og

					kategorier: Kliniske, sociodemog rafiske og/eller psykosocial e faktorer.	risiko faktorer for hjerteanfald, symptom fornemmelsen matcher ikke forventningen, symptomerne er uvedkommende.
--	--	--	--	--	---	--

Forfatter	Titel	Tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/ analyse	Resultater
(A) Løvlien, M	Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction A Norwegian perspective	Progress in Cardiovascular Nursing. 2006	82 mænd og kvinder	Spørgeskema, selv rapporterende. Cross sectional retrospektiv undersøgelse At sammenligne symptom fremstilling og sygdomsadfærd blandt mænd og kvinder ved AMI. Vurderer forskellige aspekter der influerer på delay ved hospitalsindlæggelsen.	Kønsskel på mænd og kvinders symptomer og hvordan de relateres. Det hyppigst forekommende symptom hos begge køn er brystmerter. Flere kvinder havde end mænd havde kvalme, smerter i ryg, arme, kæbe og hals. Flere mænd relater deres symptomer til hjertet end kvinder. I året forinden AMI havde kvinder oplevet mere kvalme end mænd.

Forfatter	Titel	Tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
(B) Løvlien, M, Schei,B, Hole,T	Women with myocardial infraction are less likely than men to experience chest symptoms	Scandinavian Cardiovascular Journal. 2006	149 kvinder og 384 mænd svarede et spørgeskema 2 uger efter indlæggelsen	Spørgeskema, blev sendt hjem til patienten At adskille ligheder og forskelle mellem mænd og kvinder i måden de oplever og fremstiller symptomer på et AMI, ønskes undersøgt. Det inkluderede patientens personlige oplysninger(alder, køn, civilstatus), Medicinsk historie, akutte symptomer, tidligere indlæggelser, sygdoms forventninger og sygdoms adfærd.	Kvinder har mindre brystmerter end mænd og deres symptomer er "atypiske".(kvalme, rygsmerter, skuldersmerter, besvimelse, dysnøe). Hvordan patienter oplevede symptomer og hvordan de havde forventet symptomer var, havde indflydelse på hvordan de fremstillede og tillægger deres symptomer til hjertet, dette var gældende for begge køn

Forfatter	Titel	tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/ analyse	Resultater
McKinley, S, Dracup, K, Moser, DK, Ball, C et al.	International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment	European Journal of Cardiovascular Nursing. 2004	595 patienter med verificeret AMI. Patienter kom og var fordelt på U.S.A(191), England(141), Japan(136) og South Korea(127). Den kvindelige del af populationen kom overvejende fra U.S.A, dette for at få 50 % af hver køn med som population.	Interview 72 timer efter indlæggelse omkring hvilke symptomer patienterne har haft. Interview er udformet som et spørgeskema, der var oversat til flere sprog, efterfølgende var svarene oversat tilbage til engelsk. Der var specielt fokus på psykologiske og kognitive forhold, samt andre forhold i og omkring patientens miljø havde interesse. Der er anvendt Chi-square test i analysen.	Antal patienter der ankom inden for 1 time er for U.S.A (23%), England(15%), Japan(8%) og South Korea(18%). De forhold der havde betydning for om patienten ankom inden for en time var om patienten til ligger sine symptomer til hjertet, og at patienter ikke venter på at symptomer skal gå væk.

Forfatter	Titel	Tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
McSweeney,JC, Lefler,LL, Crowder,B F	What´s wrong with me? Woman´s coronary heart disease diagnostic experiences	Progress in Cardiovascular Nursing. 2005	40. kvinder	Mange kvinder er ikke klar over at de har symptomer på Iskæmisk hjertesygdom(IHD) , men de oplever bare “atypiske” symptomer på hjertesygdom. Dybde interview af 2-3 timers varighed i kvinders eget hjem. Transkribering af interview, materialet er analyseret vjh. Et Ethnograph management program- ved brug af ” content analysis”	Fem hovedområder er identificeret: Bevågenhed, søge behandling, frustration, beslutning for at søge behandling, vrede. Til trods for mange besøge hos lægen fik kvinder ikke diagnosen (IHD) før de oplevede deres AMI, det var kvinder med atypiske symptomer der havde delay, det skabte frustrationer, vrede hos kvinderne. Kvinderne med typiske symptomer på AMI blev diagnosticeret tidligere.

Forfatter	Titel	Tidsskrift/År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
Moser,DK, Kimble,L, Alberts, M, Alonzo, A et al.	Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. A Scientific Statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council	Circulation. 2006		Videnskabelig statement Opsummering af årtiers evidens om delay. Patienters delay i at søge behandling ved AMI, til trods for flere års forskning og oplysnings kampager ankommer patienter stadig ikke i rette tid. Statement tager <ul style="list-style-type: none"> - Fordelene ved tidlig behandling med. - Beskriver udvidelsen af problemet patient delay. - Identificerer faktorer der er relateret med delay. - Forslag til de uligheder i måden vi prøver at reducerer patient delay på. 	Fordele ved tidlig behandling, beskrevet problemet delay, identificeret faktorer til delay, forslag til at sænke delay. Både patienten selv og andre der omgiver patienten samt sundhedsvæsnet er alle med til at bidrage til prehospitals delay ved patienter der søger behandling. Yderlig forskning på høj risiko patienter, sociale, kognitive og følelsesmæssige faktorer der bidrager til delay.

Forfatter	Titel	Tidsskrift/ År	Populatio n	Metode:/data indsamling/ analyse	Resultater
Moser,DK, Mckinley,S, Dracup,K, Chung,ML	Gender differen ces in reasons patients delay in seeking treatmen t for acute myocard ial infractio n sympto ms	Patient Education and Counseling. 2005	194 patienter med AM. Poulatione n bestod a mænd(98) og kvinder(9 6).	Interview for at kortlægge sociodemografi ske, kliniske, sociale, adfærd kognitive og følelsesmæssige forhold. Interview er foregået via et spørgeskema på flere hospitaler Studiet er et comparativ studie hvor der undersøges ” for kønsforskelle i årsager til at patienter forsinkes(delay) i at søge behandling. Der er anvendt t-test eller chi- square.	Der var ingen kønsforskel ved hvordan de oplevede symptomer, de fleste patienter var hjemme, da symptomer begyndte, samt de fortalte gerne om deres symptomer til familien. Der var kønsforskel og som fik betydning for delay var alder, tidligere AMI, type af AMI, bekymringer om ikke at vil forstyrre andre, kendskab til AMI behandling. Der ses igen forskel i tid (delay) hos mænd og kvinder.. Der er altså forskellige forhold der får betydning for delay afhængig af køn.

Nøgleord	Titel	Årstal	Forfatter/ Tidsskrift	Deltager	Metode Data/analyse	Formål	Resultater
Acute myocardial infraction, risk factors, delay, thrombolytic therapy	Determination of delay between symptoms and hospital admission in 5978 patients with acute myocardial infraction	1996 European society of Cardiology	M.M. Ottosen, L. Køber, S. Jørgensen, C.Torp - Pedersen.	5978 patienter. Hvilket svarer til ca.25% af alle AMi patienter på 2 år i Danmark. Data indsamlet på 27 forskellige center i DK. perioden maj 1990-juli 1992	Cohortestudie. Hvor patienter er opdelt i 3 grupper: Delay lig med eller mindre end 2h. Delay mere end 2h. Delay mere eller lig med end 6 timer. 6 timer var sat som trombolysegrænsen. Analyse metode var statistisk program SAS Patienterne er taget fra et andet studie TRACE. Hvor formålet var at vurdere et medicinsk præparat trandolapril's betydning på venstre ventrikels funktion efter et myocardi infarkt.	Intensjonen er at identificere risikofaktorer af patienters delay og vurderer virkningen af størrelsen af patient delay på patienter i kohortestudie	Ptt. Der i forvejen havde kontakt til læge havde mest delay. Også selvom de havde kendte risikofaktorer. Hvilken uge dage syntes at have betydning på delay. Nætter og weekender øger delay. Øget delay var associeret med øget dødelighed. Delay er influeret af alder, køn, og diabetes. Angina pectoris associeret med øget delay, men ikke mere end 6 h. 34% ankom inden for 2h. 34% ankom inden for 6h. 13% ankom inden for 12h. 19% ankom efter 12 h. Genne snit var 9,1h med median delay på 3,25h.

Forfatter	Titel	Tidsskrift/År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
Patteren ,J , Watt, I, Lewin,RJ P, Stanford, N	Decision making in processes in people with symptoms of acute myocardial infraction : : kvalitativ e study	British Medical Journal. 2002.	22 patienter 20 mænd og 2 kvinder, der var tidligere havde haft et AMI.	Semi struktureret interview, hvor patienten var interview i 30 minutter i forbindelsen med indlæggelsen Havde en pårørende været involveret i beslutningen om at søge hjælp var de også interviewet uden patientens tilstedeværelse.	Identificeret 6 hovedområder der har indflydelse på patientens beslutningsproces: -Vurdering af symptomer. -Opfattelse af deres risiko for AMI. -Tidligere oplevelser med AMI. -Psykologiske og følelsesmæssige faktorer. -Anvendelse af ambulance tjenste.

Nøgleord	Titel Tidsskrift	Års tal	Forfatter	Deltager	Metode Data/analyse	Formål	Resultater
Acute coronary syndrome, acute myocardial infarction, patient delay, pre hospital delay	Patient delay from onset of chest pain suggesting acute coronary syndrome to hospital admission Scandinavian cardiovascular journal.	Udgivet i 2003	Ch. Rasmussen A. Munck J. Kragstrup T.Hagfelt	337 patienter der kom til Odense universitetshospital i perioden aug- dec 1998. Med bryst smerter og mistanke om AMI deltog. Mellem 28-92 år. 64% var mænd. 27% blev ikke interviewet pga. sprogvanskeligheder	Interview af den samme læge. Statistisk program STATA 6.0 var anvendt. Signifikans interval var 5-95% percentil. Tiden var sat til delay på 2 timer eller mere.	At undersøge/måle patient delay blandt ptt, der ankom til hospital med mistanke om AMI. Identificerer faktorer der har indflydelse på delay.	31% vidste sig at have AMI.(Her er delay lavere(2.05h) end dem som ikke havde AMI(3.12h). 22% var tidligere raske. 49% var kendt med iskæmi. 11% havde diabetes 25% havde hypertension. Medianen var 3.9 h(o.8-94.5) h. 30% var ankommet inden for 2. h 37% var ikke ankommet inden for 6.h Her var medianen 2.9h(0.2-91)h. 26% havde søgt hjælp inden for 1 h. 41% havde ikke søgt hjælp efter 4.h Delay mere end 2h var associeret med selv behandling, hvis ptt ventede for at se om symp forsvandt, og hvis de havde informeret pårørende. Der fandtes ingen signifikant sammenhæng med alder, køn, diabetes, ryger, tidligere AMI, angina pectoris, hypertension.

Nøgleord	Titel Tidsskrift	Årstal	Forfatter	Deltager	Metode Data/analyse	Formål	Resultater
Acute myocardial infraction, delay, women	Treatment-seeking delay among woman with acute myocardial infarction: Decision trajectories and their predictors. Nursing Research.	2004	AG. Rosenfeld	52 kvinder	Cross-sectional, deskriptiv design. Semistruktureret interview, spørgeskemaer. Narrativanalyse metode,(Spss)-statistisk analyse program.	At kunne identificere et generelt mønster i historierne fortalt af kvinderne. Mønstret viser at der er variabler, som har indflydelse på hvornår kvinder tager beslutning om at søge hjælp ved AMI.	Viser at kvinder kan deles i to beslutningsspor (decision trajectory). - At vide typen (knowing). Klare det typen (management).

Forfatter	Titel	Tidsskrift /År	Population	Metode: dataindsamling/analyse	Resultater
Zerwic, JJ	Patient delay in seeking treatment for acute myocardial infarction	Journal of Cardiovascular Nursing. 1999		Review. Patient delay har en negativ konsekvens på mortalitet og morbiditet. Mange patienter er forsinket mere end 2 timer, før behandling iværksættes.	Finder variabler der kan forklarer hvorfor nogle forhold er associeret med lang delay: Sociodemografiske forhold, alder, gender, race, lav indkomst grupper. Flere andre forhold diskuteres og sammenholdes med andre undersøgelser, men de ovenfor nævnte forhold vejer tungest, og det er fordi de er hyppigst undersøgt. F.eks. er der ikke mange studier der har undersøgt pårørende og hvilken betydning det har, der skabes derfor tvivl om pårørende har en positiv eller negativ påvirkning på delay. Det kan se ud til at personer som patienten ingen relationer har til, har den effekt at hvis det er en fremmed person som patienten er sammen med når deres symptomer begynder så bliver delay reduceret.

8.2 Oversigt over alle svar til spørgsmål 1 og 2

Hvorfor er det vigtigt at undgå patient delay? Hvordan opstår patient delay?	
<p>Kvinder med cardiovascular sygdom er 9 gange mere sandsynligt end at dø af brystcancer, dog er kvinder 5-10 år ældre inden de rammes af sygdommen end mænd (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325)</p> <p>Ifølge svenske cardiologer falder sygdommen stadig blandt mænd, men faldet er stoppet hos kvinder og der endog en lille stigning i sygdommen blandt yngre kvinder. Udfra dette kan det konkluderes at diagnostisering, akut interventioner, langtidsbehandling og rehabilitering, har været optimal for mænd, men ikke for kvinder. Andre undersøgelser viser at kvinder med diabetes, cardiovascular sygdom er under diagnosticeret, ikke sufficient undersøgt og underbehandlet (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Der bør være lige behandling af mænd og kvinder og oplysning til kvinder bør iværksættes. Kvinder skal ikke føle det som en skam at søge hjælp, selvom du ikke har typiske bryst smerter, men selv tror det er hjertet og du har flere risikofaktorer. Det er vigtigt at der laves guidelines i forebyggelse af hjertekarsygdomme både til interne medicinske afd. Og til ambulance hjælpen. Samt uddannelse af både læger og sygeplejersker (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Den første tid efter symptom frembrud på AMI er en kritisk periode, idet patienten er yderst udsat for livstruende hjerterytmier. Ifølge amerikanske patienter dør 50% af patienterne, inden de når til hospitalet. En fjerdedel dør inden for den første time efter symptom frembrud (Dracup, Morser mfl. 1995 s.379). En øget specialisering i medicinsk behandling af AMI, kan overstående tal virke nedslående. Ved en tidlig behandlings start begrænses skaderne</p>	<p>En svensk undersøgelse, hvor 1000 personer var blevet spurgt om, hvad de mente var hoved årsag til død hos kvinder. Kun 16% af mændene og 24% af kvinderne vidste at cardiovascular sygdom er den hyppigste årsag, de fleste troede, at det var cancer (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Befolkningen generelt er ikke opmærksom på at hjertesygdom har en så stor dødelighed blandt kvinder.</p> <p>De tror det er en mande sygdom (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Ligtornen i dette er at kvinder med hjertekar sygdom, der er vejen længere, og AMI kvinder prioriteres lavere sammenlignet med mænd, når de ringer efter en ambulance (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>En norsk undersøgelse, hvor mænd og kvinder blev spurgt til deres symptomer, der havde flere mænd end kvinder bryst smerter. Flere undersøgelser viser samme andre viser ikke (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Mange undersøgelser foregår på universitets hospitaler, mange kvinder med AMI kommer ikke så langt, de ligger måske på intern medicinsk afd. Og udskrives med "Silent Myocardial infraction". (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Smerteforsker erklærer at der kønsforskelle, i undersøgelser af smerter blandt mennesker og dyr, der viser hjerne flow målt via pet scanning indikerer at der er køns forskel i aktivering af smerte og smerter dræber". (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).</p> <p>Hjerte patologien definerer ligeledes: Kvinder har svagere, skrøbeligere (vessels) dimensioner af deres coronar kar". (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325). De fleste</p>

i forbindelse med AMI.

Store studier har vist at trombolys terapi kan reducerer mortaliteten, men effekten af trombolys er relateret til intervallet mellem symptom start og start af trombolys. Desto kortere interval, jo bedre resultat. (Dracup, Morser mfl. 1995 s.379).

Hvis trombolys startes inden for 3 timer efter symptom start kan mortalitet reduceres med 23%. Men hvis trombolys startes inden for en time kan mortalitet reduceres med næsten 50% (Dracup, Morser mfl. 1995 s.379).

Mere end 50% af alle de mennesker der i U.S.A der hvert år får AMI dør på akut afdeling eller før de kommer til hospital(1.2 mill. mennesker rammes, dvs. 600.000 dør). Mange af disse dødsfald kan undgås, hvis patienten ankommer til hospital og modtager tidligere behandling. Kun en lille del af patienter får optimal udnyttelse af behandlingen, fordi de ikke søger hjælp (Dracup, Morser mfl. 2006 s.168).

Mèn efter AMI er relateret til størrelsen af hjerte infarkt og tabt tid inden behandling iværksættes er en stor determinat for at infarkt øges.

Intentionen for en effektiv behandling, skal den startes inden for en time efter symptom frembrud. Målet er sat baseret på data som demonstrerer at øget mortalitet og morbiditet er relateret til øget tid fra symptom start til behandlingsstart. Overlevelse øges med 50%, hvis behandling starter inden for en time og med op til 23%, hvis behandling starter inden for 3 timer fra symptom start.

Patienter der havde gennemgået angioplastik ved AMI og som havde fået Pci inden 1 time efter symptom start havde en 30 dages mortalitet på på 1%, men for hver 15.min der gik ud over den første time øges mortaliteten med 1.6.

Delay påvirker morbiditeten, kortere tid mellem symptom start og behandlings start er relateret til beder hjerte funktion, ligesåvel som behandling med ACE-

studier i coronar syndromer og i akut myocardi infakte studier, kvinder har mindre "atheromatosis" og mængden af coronarstenoser.

Plack erosion i stedet for plack ruption som årsag til myocardi infrakt er et mere almindelig fænomen blandt kvinder.

Kvinder har mindre udslip af iskæmimarkør af troponin(Tnt), det kan måske indikere hvorfor kvinder underdiagnostiseres. (Schenck-Gustafsson Karin 2006 s.325).

Hvad afkorter delay:

Patienter som er hæmodynamiske ustabile, patienter med store hjerte infarkter, patienter der genkender deres symptomer relateret til hjertet. At kontakte en person, som de ingen relation har til (Dracup, Morser 1995 s.386-387).

Hvad øger delay:

Patienter der er risiko for AMi, dem med angina eller diabetis. Patienter der tidligere har haft AMI, hjertesygdom. Kvinder og gamle. Patientens adfærd, søge hjælp assiatnce til at beslutte sig for at søge hjælp, samt at søge hjælp hos praktiserende læge. Selvbehandling Patienter der oplever at symptomer starter i dag timerne. Ugedage eller tidspunkt på dagen og hvem patienten er sammen med eller hvor symptomerne starter og om patienten har fortalt om symptomerne til nogen syntes at være faktorer der påvirker enten den ene eller anden vej. (Dracup, Morser 1995 s.386-387).

Ingen effekt på delay:

Uddannelses længde(Dracup, Morser 1995 s.386-387).

Trods store anstrengelser for at identificerer en effektiv behandling for AMI, er der stadig vanskeligheder ved at anvende behandlinger. I det, det svage led i kæden er, at det som leder til effektiv behandling, at patienten søger hjælp (Dracup, Morser mfl. 2006 s.168).

Sociodemografiske karakter:

Gammel, kvinde, lav uddannelses niveau,

hæmmere, Betablokker og asperin kan reducerer mortalitet og morbiditet (Dracup, Morser mfl. 2006 s.169).

I U.S.A er delay medianen fra symptom start til behandlings start på 1.5 til 6.0 timer. Tal fortæller at der ingen ændringer har været fra 1987 til 2000. her er 49.5% af patienterne delay mere end 4 timer. Selv delay i den korteste end visser at mindst 50% af patienterne delay mere eller lig med 1.5time. Disse patienter er sat unden for tidsrammen i at modtage optimal fordel af reperfusion. Andre lande end U.S.A er der også problemer med delay i Australien er median delay 6.4 time. Andre lande i Europa som Sverige og England er delay længere. (Dracup, Morser mfl. 2006 s.169).

Der er høj risiko grupper for delay, som er kvinder og andre minoritets grupper, idet de også har været underrepræsenteret denne forskning (Dracup, Morser mfl. 2006 s.175).

En effektiv behandling er afhængig af tidlig behandlings start og der findes en størst reduktion blandt patienter der behandles inden for en time.(The Golden Hour) efter symptom debut.

Prompte hospitalisering forlanger at patienter, sygeplejersker og andre personaler omhyggeligt vurderer symptomer og inddrager den kliniske betydning, patienter må vurderer deres symptomer som alvorlige og se nødvendigheden at søge hjælp (Løvlien 2006 s.18).

race, lav økonomisk status.

Kliniske karakter:

Tidligere angina,, første gangs AMI, diabetes, hypertension, hjerte problemer, ryger, hyperkolesteromi.

Social:

Bo alene, konsulterer en læge, konsulterer et familie medlem.

Kognitiv og følelsesmæssige karakter:

Kendskab til symptomer og risikofaktorer(ingen forskel), opfattelse af at symptomer ikke er alvorlige eller vigtige, vente på at symptomer går væk, bekymret over at forstyrre andre, frygte konsekvensen ved at forstyrre andre,, flov over at søge hjælp, selv behandling. (Dracup, Morser mfl. 2006 s.170).

Faktorer der afkorter delay:

Korrekt opfattelse af hvor symptomer stammer fra.

Konsulterer en person der ikke har relation til patienten. (Dracup, Morser mfl. 2006 s.170).

Der syntes at være kønsforskelle mellem mænd og kvinder i opfattelsen af symptomer og hvilke symptomer de oplever.

Flere kvinder end mænd relaterer ikke deres symptomer til hjertet.

Kvinder siger de er velinformeret om symptomer på AMI, men de fortolker dem som ikke kardielle

Der eksisterer mangel i forhold til kommunikationers problemer mellem læge og kvindelig patient og deres holdning til kvinder og AMI. Idet at patienter der kontaktet deres læge inden indlæggelsen forsinkes og bliver senere indlagt og delay opstår (Løvlien 2006 s.18).

Kvinder oplever ikke samme grad brystmerter som mænd ved at AMI. De har andre og mere forskellige artede symptomer. Kendskab og tidligere forventninger om AMI symptomer, har betydning for hvordan patienten fortolker og tillægger symptomer. Ambulance folk og andre bør være opmærksom på de kønsforskelle mellem

<p>Tidlig behandling er alt afgørende for succesfuld resultat. Risikoen for tidlig hjerte arytmier og principperne for intervention er mest effektiv, ved tidlig behandling (Ottesen, Køber mfl.1996 s.97).</p>	<p>mænd og kvinder. Derfor opstår delay (Løvlien 2006 s.347). Data fra 1996 i Danmark Øger delay: De patienter der i forvejen havde kontakt med egen læge, nætter og weekender, associeret med høj dødelighed, køn, Kvinder, alder, diabetes, samt angina men ikke mere end 6 timer. (Ottesen, Køber mfl.1996). Reduktion i delay: 1. gangs AMI patienter med bryst smerter. 2. Symptomer der relateres til hjertet. Fra patienten første gang bemærker symptomer, der inkludere prehospital delay det at patienten skal genkende abnormale symptomer, tillægge at symptomerne har karakter af at det er nødvendig at søge medicinsk hjælp, arrangere transport til hospital. Hver af disse aktiviteter kan influerer på delay. I at genkende symptomer, som led til at søge medicinsk hjælp kan være resultatet af ikke korrekt kendskab til hjerte symptomer ved AMI. Anderledes strategi i at magte/klare(coping), samt interaktioner med omgivelser, og det ikke at tillægge symptomer til hjertet. Kan alle være med til give delay. Andre studier visser delay med median tid 1.7-7.0 time. (Ottesen, Køber mfl.1996 s.96). Et dansk studie hvor tiden daly undersøges fandtes følgende: 31% vidste sig at have AMI.(Her er delay sin lavere(2.05h) end dem som ikke havde AMI(3.12h). 22% var tidligere raske. 49% var kendt med iskæmi. 11% havde diabetes 25% havde hypertension. Medianen var 3.9 h(o.8-94.5) h. 30% var ankommet inden for 2. h 37% var ikke ankommet inden for 6.h Her var medianen 2.9h(0.2-91)h. 26% havde søgt hjælp inden for 1 h. 41% havde ikke søgt hjælp efter 4.h</p>
---	---

<p>Der er påvist at hurtig behandling giver kortids og langtidsoverlevelse efter et AMI bliver signifikant bedre med tidlig behandling med asperin(magnyl) batablokker, ACE-hæmmer, trombolyse. Der har været flere forebyggelses programmer, som har haft varierende succes. Det er derfor er det vigtigt i planlægningen af informations kampagner at vurderer de faktorer der har indflydelse på delay. Special vigtigt at identificerer patienter med høj risiko for langvarig delay (Ottesen, Køber mfl. 1996).</p> <p>Pre hospitals delay har haft stor opmærksomhed, idet at angioplastik(pci) af patienter med AMI har vist sig at være særdeles effektiv. Men behandlings resultatet er igen afhængig af tidlig behandling (Rasmussen, Munck mfl. 2003 s.37).</p> <p>Det er ligeledes vigtigt at med regne de patienter der døde inden de kom på hospital eller som var døde derhjemme, de tæller ikke med i det samlede delay. Også patienter der aldrig henvendte sig til hospital, men bare var ved egen læge efter dage eller uger(Rasmussen, Munck mfl. 2003 s.37).</p> <p>Tidlig og mere effektiv behandling er associeret med bedre ventrikel funktion, hvilket resultere i en efterfølgende</p>	<p>Delay mere end 2h var associeret med selv behandling, hvis ptt ventede for at se om symp forsvandt, og hvis de havde informeret pårørende.</p> <p>Der fandtes ingen signifikant sammenhæng med alder, køn, diabetes, ryger, tidligere AMI, angina pectoris, hypertension (Rasmussen, Munck mfl.2003).</p> <p>Ptt. Der i forvejen havde kontakt til læge havde mest dealy. Også selvom de havde kendte risikofaktorer.</p> <p>Hvilken uge dage syntes at have betydning på delay. Nætter og weekender øger delay. Øget delay var associeret med øget dødelighed.</p> <p>Delay er influeret af alder, køn, og diabetes. Angina pectoris associeret med øget delay, men ikke mere end 6 h.</p> <p>34% ankom inden for 2h.</p> <p>34% ankom inden for 6h.</p> <p>13% ankom inden for 12h.</p> <p>19% ankom efter 12 h.</p> <p>Genne snit var 9,1h med median delay på 3,25h(Ottesen, Køber mfl. 1996).</p> <p>En international sammenligning af delay tiden mellem 4 lande er foretaget: Patienter der kom 1 time eller mindre efter symptom start på hospital fordelte sig på følgende i de forskellige lande:</p> <p>U.S.A 23% Median 3,5 time(1.2-15.2).</p> <p>Korea: 18% Median 4,5 time(1.8-8.7)</p>
--	---

<p>reduktion hjerte problemer (McKinley, Dracup, Morser mfl. 2004 225).</p> <p>Ambulance tjenesten og akutte afdelinger og sundhedspersonale er blevet hurtigere i at leverer en korrekt behandlings terapi. Der eksisterer dog stadig et stort problem, for at i møde komme "National Heart Attack Alert Program" om at få behandling inden for en time efter symptom start.</p>	<p>England: 15% Median 4.5 time (2.0-16.3). Japan: 8% Median 2.5 time(1.5-8.7). Alle ud regnet med 75 percentiel.</p> <p>Årsager til delay:</p> <p>1. Flere patienter i England og Japan modtog reperfusion terapi end i de andre lande. 695 i England fik trombolyse, imod 15% i Japan. I Japan fik de 58% PCI imod England fik kun 3% PCI.</p> <p>2. Social kontekst i at genkende symptomer, langt de fleste patienter var hjemme ved symptom start, når patienter først genkendte symptomer så tog søgte de hjælp og største delen var sammen med andre mennesker. Patienter der var sammen med andre mennesker, der var de andres første reaktion at ringe efter en ambulance og de patienter ankom 2-3 gange hurtigere end andre. (McKinley, Dracup, Morser mfl. 2004 227).</p> <p>Faktorer der bidrager til delay:</p> <p>1. Vurdering af symptomer syntes at have stor betydning på delay. Idet patienter der fortolker deres smerte som alvorlige/hårde-streng, patienter der tillægger deres symptomer til hjertet, patienter der opfatter deres symptomer som alvorlige, når patienter var bange- bekymret. De patienter fik kortere delay. I Japan var der en større evne til at kontroller symptomer, men de tog længere tid om at søge hjælp.</p> <p>2. Erkendelse og følelses mæssige årsager til delay er i beslutningen om at søge hjælp. Der var ligheder mellem U.S.A, Korea og England i årsager, de blev delayde i deres beslutning om at søge hjælp. De ventede får at se om symptomer forsvandt, hvis de ikke kunne genkende symptomer som relation til hjertet, hvis de ikke kendte symptomer på et AMI og hvis de ikke indså vigtigheden af symptomerne som de forventede. I U.S.A og England det også betydning om symptomer kom og gik(intermitterende). I Korea patienter var flov over at bede om hjælp. (McKinley, Dracup, Morser mfl. 2004 227-228).</p> <p>Samlet set hvis du fortolker de symptomer som alvorlige, tillægger symptomer til hjertet og ikke venter på om symptomerne går væk,</p>
---	---

Barrieren ligger i at patienter er senere til at søge behandling for symptomer. Patient delay er defineret som den tid fra symptom start til patienten ankommer til hospital til behandling. Data fra kliniske undersøgelser indikerer at medianen tiden for delay tilnærmelsesvis er 2 timer. Mindre studier siger fra 2-6 timer. 50% delay længere end end 2 timer 25% delay længere end 5 timer før de søge behandling. Denne data demonstration er skræmmende set i lyset af, at opnå en betydelig effekt af tidlig behandling på hospital. Tidlig trombolysse giver en større reduktion i, infarkt størrelse, efterfølgende handicap og mortalitet. Selvom trombolysse terapi er effektiv administreret op til 12 timer efter symptom debut, så er der størst effekt efter 1-2 timer. Patienter behandlet inden for 90 minutter oplever en lavere mortalitet på 50-80% og 50% reduktion i infarkt størrelse end dem der behandles senere.

Der eksisterer en konflikt i mellem om der kønsforskel på delay i at søge behandling. Flere forsker har fundet, ingen forskel i delay mellem mænd og kvinder, andre har fundet at kvinder venter længere end mænd(delay). Flere større undersøgelser indikerer at kvinder kun venter ca. 10-20 min. længere, hvilket må siges ikke at have klinisk relevans. Men er der kønsforskel på årsager til at delay. Kendskab til kønsforskelle vil hjælpe i fremtidige interventioner, så de mest fremtrædende faktorer ved hver gruppe bedre tackles(Morser, McKinley, Dracup mfl. 2005 s. 45-46).

Det akutte koronar syndrom omfatter patienter med ST-elevations-myocardiinfarkt(STEMI).6.000 indlæggelser årlig. Non-ST elevations-myocardiinfarkt(NSTEMI) ca.9.000 indlæggelser årlig. Og ustabile angina pectoris (UAP) ca. 7.000 indlæggelser årlig. Diagnosen akut koronar syndrom(AKS) hviler på en kombination af symptomer, ekg- forandringer og måling af

så vil du komme hurtigere på hospital og inden for 1 time (McKinley, Dracup, Morser mfl. 2004 229).

I dette studie er der ikke fundet forskel mellem mænd og kvinder på delay tiden. Mænd median på 3.08 versus kvinder på 3.10 time.

De fleste patienter er der hjemme, år symptomer starter, mænd var ellers på arbejde eller andre offentlige steder. Meget få patienter ringende efter ambulance som deres første reaktion (9% kvinder 4% mænd gjorde). Både mænd og kvinder tog i stedet noget medicin, prøvede at slappe af eller vente på t symptomer forsvandt.

Når patienter konsulterende en anden, så blev der enten ringet efter ambulancen eller patienten fik det råd at søge hjælp. Når først beslutningen var taget så kom patienten af sted.

Der var ingen kønsforskel i hvordan kønnene tilægger deres symptomer. 35% mænd og 34% til age deres symptomer til hjertet. 24% mænd og 32% kvinder til age deres symptomer til gastroinitiale scene(Morser, McKinley, Dracup mfl. 2005 s. 48-49).

Faktorer der bidrager til delay:

For mænd var der ingen for skel i alder på delay, men ældre kvinder delayed længere end yngre kvinder., Kvinder med en historie henhørende til at tidligere AMI delayed længere.

Mænd med non Q taks infarkt delayed længere end dem med Q taks infarkt.

Kognitive og følelsesmæssige faktorer der var der to faktorer, hvor der var stor kønsforskel: For kvinde var det ikke at ville forstyrre andre, men ikke for mænd.

Patintens kendskab til behandlings mulighed med trombolysse terapi betød meget for mænd. De mænd der havde kendskab søgte tidligere behandling end de som ikke kendte til behandling. Der var ingen forskel for kvinderne på om de kendte til behandling eller ej.

Faktorer der havde effekt på delay er

biokemiske markør. (sfR 2003 s.9).
 Som hovedregel anbefales der at patienter med STEMI behandles akut reperfusionsterapi endten medinsk eller ved perkutan koronarintervention(PCI). Mens patienter med NONSTEMI/UAP overvejende behandles medinsk i den akutte fase(mindre end 24-48) timer. Det er derfor logisk at betragte patienter med STEMI og NONSTEMI/UAP som to forskellige patienter grupper også selvom der stort overlap mellem de to sygdomme både med hensyn til patofysiologi, medicinsk behandling og efterfølgende rehabilitering. Reference programmet omhandler kun anbefalinger af patienter med NON STEMI/UAP.
 sfR 2003 s.9).
 Præhospitalsfasen er i reference programmet for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et ikke inddraget. Den præhospitale behandling, som ellers udgør et væsentligt område med store potentielle gevinster (sfR 2003 s.10).
 I Præhospitalefasen ved ingen hvilken myocardi infarkt patienten har udvirket, og hvordan forløbet vil udmønte sig, vil der komme arytmier, svær hjertesvigt lungeødem eller andre livstruende komplikationer. Derfor er en tidlig behandling som muligt høj signifikant med bedre overlevelse og reduktion i komplikationer og følende handicap(marie Louise).
 Hyppigt i forbindelse med AKS, giver det tidligt i forløbet arytmier(Mindre end 24-48) timer. (Dansk cardiologisk selskab- Akut koronar syndrom s.6).
 Akut udredning har anamesen betydning i speciel med hensyn til symptom debut (Dansk cardiologisk selskab - Akut koronar syndrom s.3).
 Ved en hver indlæggelse laves en risiko stratificering for at patienten har risiko for at dø eller udvikle et nyt myocardi infarkt

symptomernes oprindelse, angst, tillægge symptomer alvor, symptomer der kom og gik. Kendskab til symptomer på AMI.
 Der var ingen kønsforskel på delay i hvem patienten var sammen med og hvor patienten befandt sig, patientens tolkning og kontrol af symptomer, frygte konsekvensen eller være flov ved at bede om hjælp. Morser, McKinley, Dracup mfl. 2005 s. 50).

inden for relativ kort tid efter indlæggelsen(sfR 2003 s.10).

Der anbefales tidlig invativ behandling med KAG senest 5-7 døgn efter indlæggelsen til patienter med endten ST- forandringer eller positiv biomarkør. (sfR 2003 s.19). Eller genre inden for 48 timer Dansk cardiologisk selskab- Akut koronar syndrom s.7).

Patienter der har udvirket et STEMI behandles som standard behandling i Danmark med akut Primær PCI inden 12 timer fra symptom debut.

Patienter der indlægges senere end 12 timer efter symptom debut skal almindeligvis ikke tilbydes akut PCI ej eller fibrinolyse med standard behandles ASA, statin, batablokker samt evt. ACE-hæmmer. UAP patienter kan overflyttes til subakut KAG. Patienter med kardiogent chok konfereres med invativ center. Stabile patienter uden angina bør have arbejdes test eller myocardiescindigrafi inden udskrivelse. Ved tern på rest iskæmi henvises til KAG (Dansk cardiologisk selskab- Akut koronar syndrom s.5).

Mennsker der får et AMI må have behandling så hurtigt som muligt. Kliniske undersøgelser har vist at der sker en reduktion i morbiditet og mortalitet, hvis de behandles med trombolyse inden for en time (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1006).

Mange studier har under søgt kliniske og sociodemografiske forhold ved dealy, og patienters vurdering og kendskab til symptomer som faktor for delay. Oplysning og uddannelse af patienter i reduktion af delay er usikker. Nogle studier mener at øge kendskab til symptomers alligevel kan være umulig for patienten at ændre adfærrd. Andre mener at der har været en reduktion i medianen tiden. Der er også rapporteret at patienter med anden gangs AMI, end dem som har deres første AMI, andre studier mener noget andet (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1006).

Patienter forsinkes sig i at søge medicinsk hjælp ved AMI, det er den mest signifikante årsag til delay., end den tid fra hvornår sundhedspersonaler kontaktes og til behandling går i gang.

Hvad er det patienters forklaring på at de forsinkes i at søge hjælp og de ting der hindrede dem i at søge hjælp?

At udforske patienters tanker og følelser fra hvor symptomerne begynder der hjemme (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1006)

Hvad har betydning for delay:

Vurdering af symptomer, identificering og relatering. Mange deltager syntes ikke deres symptomer var alvorlige nok til at være et AMI. I stedet for vanvigtig bryst smerter, så havde symptomer en langsom start med lidt smerter og åndenød. Mange patienter var forvirret over at deres symptomer var de samme som ved angina eller tæt på. Mange havde i dagene op oplevet prodromale symptomer, som ledte til en normalisering og minimering af symptomer. (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1006)

Efterfølgende risiko for AMI:

Mange patienter der havde haft et AMI, som altid eller efter AMI levede et sundt liv med kost og motion mv. og at de havde fået foretaget en PCI eller CABG troede ikke at de længere var i risiko for at få et ny AMI. Nogle havde efter sidte AMI lagt det bag sig og forsøgt at komme videre i livet og dem som ikke mente de var risiko var længere om at vurderer deres symptomer og reagere først da deres åndenød og smerter blev uudholdelig. (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1007).

	<p>Tidligere oplevelser ved AMI: 91% rapporterede at deres symptomer var anderledes end fra første gang de havde AMI. Det langsommelig gjorde beslutningsprocessen. Andre har tidligere oplevet falsk alarm, altså at de kontaktede hjælp og så var det ikke et AMI alligevel, nogle var efterfølgende blevet flove.</p> <p>Psykologiske faktorer og følelses mæssig svar. Mange troede ikke på at de havde et AMI, de nedspillede rollen eller ignorerede symptomerne og ventede til det blev værre med at søge hjælp. Selvom nogen godt troede at det var et AMI håbede de at det ville gå væk. Frygt og generthed var mulige forklaringer, selv opkastning årsag til delay. For nogen patienter ser det ud til at det er svært at slippe kontrol og komme til hospitalet. (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1007).</p> <p>Anvendelse af akut beredskab inklusiv ambulance tjenesten, de ønskede ikke at forstyrre andre, de følte skyld. Selv om de var blevet bedt om at ringe efter en ambulance, så syntes de det var svært for det var kun til nødsituationer. (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1007).</p> <p>Sammenhængen hvori AMI opstod. Det at en anden person involveres syntes at have betydning, nogen tager over. Ugedag og tid på døgnet. Om natten og weekender syntes at påvirke til ikke at søge hjælp, dem som ikke var hjemme ved dem selv da symptomer begyndte, vil bare hjem for at se om symptomer ikke kunne forsvinde. (Pattenden, Watt mfl. 2002 s.1007).</p> <p>En undersøgelse der kun har mænd med som population omkring delay, indikerer at mænd var irriteret/ærgelig og tvivlende over de symptomer som de oplevede. Deres symptomer som kvalme, smerte bryst ubehag og tunge arme. Nogen indikerende træthed, stress, dårlig mave eller at de var blevet ældre. Selv da symptomerne meget problematiske. Se var smerterne bekymrende men måske var de kun i en periode og ville gå væk. Ærlighed og tvivl som psykologisk forsvar: Mænd i undersøgelsen måtte finde en</p>
--	---

<p>At få hurtig behandling i forbindelse med AMI, er vital for ens overlevelse, derfor har mange undersøgelser været baseret på patientens første sansning af deres symptomer og årsager til patient delay (Emslie 2005 s.387).</p>	<p>forklaring. Det kan forstås som en rationalisering. Så snart smerterne var forklaret ex. Som ænæmi så kunne de klare symptomern (White, Johnson 2000). Fornægtelse af symptomer, så snart mænd forstå at symptomerne er alvorlige, så øges deres sårbarhed og fornægtelse. Mænd associerende ikke deres symptomer til hjertet selvom de havde smertebryster, de så simpelthen ikke dem selv i en risiko for AMI. Mænds placering i samfundet kan måske være med til at forklare hvorfor mænd ikke reagerede på deres symptomer og nogen gik en hel uge med et AMI. Hvis denne ideal rystes kræver det en modreaktion, måske ekstrem. Denne sårbarhed og skrøbelighed eksponeres som en modsathed til den fremherskende ærke type/skalagtig type. Undersøgelsen henter belæg hos Foucault, hvor en kliniske eksamination af symptomer: blikket på kroppen blev blikket ind i kroppen. Hvor samfundet har overtaget ansvaret/kontrol/ ordinerer, hvordan vi lever vores liv. Metaforen om hvordan samfundet frembringer bevogtning af individet og samtidig lader den individuelle bevogte deres egen aktiviteter. Denne tvetydige metafor af blikket og bevogtning afspejler personens komplekse forhold til deres krop. Det kan se ud som at manden ikke er forberedt på at klare en krop der transformers fra en sund til en syg krop. Han forventes at være rask og klare rollen som forventes af ham. Der er en følelse af uovervindelig, som er dybt forankret, det er skræmmende, mænd skal rationaliserer deres position og forhandle med dem selv og deres koner, og familie (White, Johnson 2000).</p> <p>Fortolkning af symptomer og at søge hjælp: Mange patienter fortolker deres symptomer på forskellig vis, som træthed, tillægger det deres alder, andre sygdom, halsbrand eller maden. Minimering af symptomer eller benægtelse. Andre patienter var bekymret for at forstyrre andre eller lægen. Pårørende fik ofte patienten/ opfordrer patienten til at søge</p>
---	--

<p>Nuværende behandling for AMI fokuserer på refusions terapi som skal gives inden for en begrænset tidsramme for at opnå succesfuld resultat. Delay i at søge behandling er associeret i øget mortalitet og morbiditet (Lefler 2004 s.251-252).</p>	<p>hjælp.</p> <p>Andre patienter har en general opfattelse af at et AMI er som en "Hollywood blodprop", som pludselig kollaps, voldsomme, smerter og dramatik, eller pludselig død. Patienten prøvede efterfølgende at ikke at skjule at deres tolkning af hjertesygdom, ved at ser på deres AMI som mild snarer end alvorlig.</p> <p>Nogen studier fandt at kvinder delayed længere end mænd før de søgte hjælp, fordi de troede at AMI var en mande sygdom. Og kvinder ned prioriterer deres eget helbred i familien. De opprioriterede deres forpligtigelser til deres mand eller børn mere end deres eget helbred.</p> <p>Mænd var oftere opfordret af andre til at søge hjælp end kvinderne var. Kvinder ville ikke bekymrer deres ægtefæller, de blev opfordret af deres døtre. Andre studier visser at hvis kvinder søger hjælp hos pårørende så øger det delay.</p> <p>Opfattelse af hjertesygdom:</p> <p>Patienter der tidligere har haft en AMI delay længere, de troede at deres ændringer af livsstil og tidligere behandling sidste gang fra tog/ beskyttende dem i at være i risiko gruppe for AMI.</p> <p>Det at kvinder opfatter AMI som en mande sygdom og andre symptomer, gjorde at kvinder syntes det vanskeligt at tillægge deres symptomer til hjertet. Selv kvinder følte sig i en risiko for AMI, følte sig sikker indtil efter menopause. Nogle kvinder brugte AMI som en "mande sygdoms opfattelse" til at distancerer sig fra risikoen. Og de var kun i risiko, hvis de også adopterede sig en mandelig livsstil med et stressede arbejde.</p> <p>Forhold til sundhedspersonale</p> <p>Patienters frygt for sygehuset og medicinske test og kløften mellem læge og patient. Andre strukturelle faktorer som lang vej til hospital, ventetider, frygt, benægtelse og kulturelle faktorer som man er stærk og har styrke til ikke at være syg. Patienter fra lavere kulturer havde en tendens til at være negativ i forhold til egen sygdom.</p> <p>Kvinder var bange for at de vil blive opfattet som hypokont eller blive ignoreret, de følte</p>
--	--

	<p>sig behandlet anderledes og mindre alvorligt og de var vrede over at deres smerter blev opfattet som stress, muskel spasmer, nerver. Kvinder var mere end mænd bekymret for at slippe lægens tid og bekymret over at deres problemer skulle tillægges nerver.</p> <p>Generende sociale roller i arbejdes og familie liv:</p> <p>Efter AMI</p> <p>De fandt at kvinder følte sig ubehagelig tilpas og minimerede deres symptomer, så de var til mindre besvær. Kvinder gik i gang med husarbejdet selvom det var imod hvad der var medicinsk anbefalet, hellere det end at bede andre om hjælp. Det mod kulturen at kvinder sidder ned, mens der arbejdes at lave. Kvinder brugte en god del af tiden på hospital i at bekymrer sig om ægtefællen. Kvinder lavede efterfølgende separat mad til dem selv med fedtfattig mad og almindelig mad til resten af familien. Nogle kvinder følte ikke de blev støttet af deres relationer. Mænd følte derimod en nydelse i den støtte/ opmærksomhed. Mænd bekymrede sig om arbejde og var bange for at andre skulle se dem som svage. Nogle mænd prøvede at gøre noget mandligt, som at løfte tunge kasser mv. Nogle følte sig irriteret over at hustruen havde overtaget det arbejde de plejede at lave der hjemme. Nogle mænd ville slet ikke tale om deres sygdom af frygt for at blive opfattet som en svækling eller unormal. Denne opfattelse kan være en internalisering i af opfattelsen af manden, som ham der bør være stærk og rask, produktiv. (Emslie 2005 s.387-392).</p> <p>En syntese af hvorfor kvinder delay længere end mænd fandt man følgende:</p> <p>Resultater inddeles i tre hoved områder som forklaring på kvinders delay.</p> <p>8.7 kliniske faktorer:</p> <p>Typiske eller atypiske symptomer, præsentationen, graden af symptomer, indflydelse af andre lidelse og kroniske sygdomme tidligere ryger.</p> <p>8.7 Sociodemografiske faktorer:</p> <p>At være af kvindekøn, gammel, minoritetsgruppe, lav indkomst kort</p>
--	---

	<p>uddannelse, bo alene, at få AMI efter alm. Lukketid, at have forsikring.</p> <p>8.7 Psykologiske faktorer:</p> <p>Korrekt asosiering af symptomer til hjertet, erkende betænkelig symptomer, få råd hos andre, lav erkendelse, risiko for AMI, selv behandlingsstrategi, kendskab til symptomer og risiko faktorer, symptom fornemmelse matcher ikke forventningen, symptomer er uvedkommende. (Lefler 2004).</p>
--	---

8.3 Spørgeskema

1. Køn (sæt kryds) mand kvinde

2. Alder: _____ år

3. Civilstatus alene boende
 samboende

De følgende spørgsmål drejer sig om du tidligere har været hjertesyg og hvordan du evt. har været behandlet

4. Har du tidligere været indlagt med hjertekramper (angina pectoris)?
(hvis ja, skriv antal gange)

nej
 ja

_____ antal gange

5. Har du tidligere haft en blodprop i hjertet?
(hvis ja, skriv antal gange)

nej
 ja

_____ antal gange

6. Har du før denne indlæggelse været behandlet for hjertekramper eller blodprop i hjertet?

ja
 nej

Hvis ja, hvilken behandling har du fået:

medicin (f.eks. Magnyl)

ballonudvidelse

by-pass operation

Anden behandling: _____

7. Er du for tiden i behandling for:

sukkersyge

forhøjet blodtryk

forhøjet kolesterol

Anden behandling: _____

De følgende spørgsmål drejer sig om dine symptomer og de aktiviteter du var i gang med derhjemme før denne indlæggelse

8. Hvilke symptomer havde du?
(sæt gerne flere krydser)

Smerter i brystet→	<input type="checkbox"/>
Smerter i kæbe→	<input type="checkbox"/>
Smerter i hals→	<input type="checkbox"/>
Smerter i venstre arm→	<input type="checkbox"/>
Smerter i højre arm→	<input type="checkbox"/>
Smerter i ryg→	<input type="checkbox"/>
Smerter i skulder→	<input type="checkbox"/>
Åndenød→	<input type="checkbox"/>
Kvalme→	<input type="checkbox"/>
Træthed→	<input type="checkbox"/>

Andre symptomer: _____

9. Hvad gjorde du da du bemærkede symptomerne?
(sæt gerne flere krydser)

Tog nitroglycerin→	<input type="checkbox"/>
Tog anden medicin→	<input type="checkbox"/>
Tog noget at drikke→	<input type="checkbox"/>
Lagde mig til at sove→	<input type="checkbox"/>
Ventede på at det gik over→	<input type="checkbox"/>
Gik en tur→	<input type="checkbox"/>
Fortalte det til venner→	<input type="checkbox"/>

Fortalte det til familien>
Ringede til læge>
Ringede efter ambulancen>

Andet: _____

10. Hvor befandt du dig, da du blev opmærksom på symptomerne?
(sæt kun et kryds)

Hjemme>
På arbejde>
På indkøb>
På besøg>

Andet: _____

11. Hvem var du sammen med da symptomerne begyndte?

Familie>
Kollega/venner>
Alene>

Andet: _____

12. Fra det tidspunkt, hvorfra du bliver opmærksom på dine symptomer, og til du blev indlagt.

Hvor generende vurderer du dine symptomer?

Sæt kun et kryds)

- Uudholdelig
- Moderat
- Svage
- Ingen symptomer

Hvordan vurderer du at dine symptomer udviklede sig?

(sæt kun et kryds)

- Meget hurtigt
- Gradvis
- Periodevis ingen symptomer
- Ingen udvikling

Hvor vurderede du at dine symptomer i første omgang stammede fra?

(sæt kun et kryds)

- Hjerte
- Muskler
- Ryg
- Mave
- Influenza

Andet: _____

De følgende spørgsmål drejer sig om, hvilke forhold der får dig til at bede om hjælp i sundhedsvæsenet

13. Hvor lang tid vurderer du, der gik fra det øjeblik du bemærkede symptomerne til du kontaktede sundhedsvæsenet?

_____ ca. antal timer

Hvor lang tid gik der fra du talte med lægen og til du kom til sygehuset?

_____ ca. antal timer

Andet: _____

14. Beskriv hvad der fik dig til at søge hjælp i sundhedsvæsenet

(Spørgsmål 15 skal kun besvares, hvis dine symptomer har varet længere end 6 timer - fra du bemærkede symptomerne første gang og til du kom på sygehuset)

15. Hvad afholdt dig fra at søge hjælp i sundhedsvæsenet?
(sæt gerne flere kryds)

Symptomerne var ikke alvorlige nok:→

Mente ikke at jeg var i risiko for en blodprop:→

Ventede på at symptomerne gik væk:→

Ville ikke forstyrre andre:→

Flov over at søge hjælp:→

Frygtede konsekvenserne ved at søge hjælp:→

Havde tid hos lægen dagen efter:→

Det var weekend:→

Det var aften eller nat:→

Oplevelser fra tidligere gjorde, at det ville være flovt hvis det viste sig, at man alligevel ikke var syg:→

Andet: _____

8.4 Brev til oversygeplejersken

Århus d. 17/7 2007

Århus Sygehus
Tage Hansens Gade
Afdelingsledelsen
Oversygeplejerske Trine Bøje
Kardiologisk- Medicinsk afdeling
8000 Århus. C
mlladefoged@mail.dk

Sygeplejerske, Stud.cur
Marie Louise Ladefoged
Stokbrovej 112, Elev
8520 Lystrup
tlf. 86231282
e-mail:

Kære Trine Bøje

Til din orientering skriver jeg til dig, idet vi primo juni måned havde en telefonsamtale omkring en spørgeskemaundersøgelse, som jeg gerne vil udføre på jeres akut kardiologiske afdeling (AHA).

Efterfølgende på din anbefaling har jeg været i kontakt med afdelingssygeplejerske Helle Sjødth,

vi har lavet aftaler omkring, hvordan spørgeskemaet kan afvikles.

Målet med spørgeskemaundersøgelsen er at afdække faktorer, der har betydning for patientens delay. Formålet er at forbedre den sundhedsforebyggende indsats hos hjertepatienter ved at reducere forekomsten af delay.

Idet spørgeskemaundersøgelsen indgår som en del af min kandidat afhandling, vil resultaterne blive offentliggjort i relevante sammenhænge. De patienter der indgår i spørgeskemaundersøgelsen er anonymiseret og vil ikke kunne genkendes i afhandlingen. De fremkommende resultater hæfter jeg for personligt.

Vedlagt i kopi er.

- Tilladelse fra datatilsynet
- Introduktionsbrev til patienter
- Spørgeskema

Jeg vil i samarbejde med Helle Sjødth lave aftaler omkring den praktiske gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen. Jeg forestår selv dataindsamlingen, som forventes gennemført ultimo august. Endvidere vil I have mulighed for få indsigt i resultaterne efter offentliggørelse af afhandlingen.

Har du spørgsmål, er du selvfølgelig velkommen til at kontakte mig.

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen
Marie Louise Ladefoged

8.5 *Brev til afdelingssygeplejersken*

Århus d. 9/8 2007

Århus Sygehus, Tage Hansens Gade
Afdelingssygeplejerske
Helle Schjødt
Akut Hjerterafsnit(AHA)
8000 Århus. C
mlladefoged@mail.dk

Sygeplejerske, Stud.cur
Marie Louise Ladefoged
Stokbrovej 112, Elev
8520 Lystrup
Tlf. 86231282
e-mail:

Kære Helle Schjødt

Ang. spørgeskemaundersøgelsen på AHA.

Målet med spørgeskemaundersøgelsen er at afdække faktorer, der har betydning for patientens delay. Formålet er at forbedre den sundhedsforebyggende indsats hos hjertepatienter ved at reducere forekomsten af delay.

Plan:

- Inden den endelige undersøgelse kan gå i gang, vil jeg første anvende 5 test patienter, der skal udfylde spørgeskemaet, hvorefter jeg laver et kort interview af hver patient. Interviewene anvendes til test af evt. uklarheder i spørgeskemaet. Jeg forventer at dette kan gøres på få dage.
- Herefter starter selve spørgeskemaundersøgelsen. Jeg forventer at skal bruge ca. 50-70 patienter, antallet kan blive nødvendig at nedjustere, idet jeg forventer at bruge 2-3 uger på dataindsamlingen, men det vurderer jeg, når vi kommer så langt.
- De patienter jeg gerne vil have med er patienter der indlægges til observation for Angina pectoris og observation for AMI. Inklusionskriterier er at patienter kan læse og forstå dansk.
- I den periode undersøgelsen kører er det nødvendig for mig at vide, hvor mange patienter der ialt indlægges med disse to diagnoser, med alder og køn. Idet jeg af praktiske grunde ikke får inkluderet indlagte patienter, men min stikprøve (undersøgelse) skulle gerne afspejle hele populationen jævnt fordelt på alder og køn.
- Jeg forestår selv dataindsamlingen Endvidere vil du/ I have mulighed for at få indsigt i resultaterne efter offentliggørelse af afhandlingen.

Idet spørgeskemaundersøgelsen indgår som en del af min kandidat afhandling, vil resultaterne blive offentliggjort i relevante sammenhænge. De patienter der indgår i spørgeskemaundersøgelsen er anonymiseret og vil ikke kunne genkendes i afhandlingen. De fremkommende resultater hæfter jeg for personligt.

Vedlagt i kopi er.

- Tilladelse fra datatilsynet
- Introduktionsbrev til patienter
- Spørgeskema

Jeg ser frem til mødet d.21/8 kl. 9.30

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Marie Louise Ladefoged

8.6 Brev fra datatilsynet

Ovennævnte projekt er den 18. juli 2007 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens⁸ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at De er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt 6. august 2007 og forventes at ophøre 1. januar 2008.

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse:
Stokbrovej 112, Elev, 8520 Lystrup.

6. august 2007

Vedrørende anmeldelse af: Patient delay

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

E-post dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

J.nr. 2007-41-0857

Sagsbehandler
Christian Tolstrup Christens
Direkte 3319 3223

Oplysningerne vil endvidere blive behandlet ved følgende deltagende center:

Århus Universitet, Sundhedsvidenskab Afd. for Sygeplejevidenskab,
Vennelystparken, 8000 Århus C.

TILLADELSE

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

Generelle vilkår

Tilladelsen gælder indtil: 1. januar 2008

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

Hvis De ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af Deres projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.

⁸ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.

1. Stud. cur. Marie Louise Ladefoged er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.
2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.
3. Behandling af personoplysninger må kun foretages af den dataansvarlige eller på foranledning af den dataansvarlige og på dennes ansvar.
4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
5. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af databehandler.
6. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
7. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere foretages den fornødne kontrol for at sikre, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.
8. Oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere de registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til projektets gennemførelse.
9. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.
10. Eventuelle vilkår, der fastsættes efter anden lovgivning, forudsættes overholdt.

Elektroniske oplysninger

11. Identifikationsoplysninger skal krypteres eller erstattes af et kodenummer el. lign. Alternativt kan alle oplysninger lagres krypteret. Krypteringsnøgle, kodenøgle m.v. skal opbevares forsvarligt og adskilt fra personoplysningerne.
12. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholdene tilsiger det.
13. Ved overførsel af personhenførbare oplysninger via Internet eller andet eksternt netværk skal der træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysningerne kommer til uvedkommendes kendskab. Oplysningerne skal som minimum være forsvarligt krypteret under hele transmissionen. Ved anvendelse af interne net skal det sikres, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.
14. Udtagelige lagringsmedier, sikkerhedskopier af data m.v. skal opbevares forsvarligt aflåst og således, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.

Manuelle oplysninger

15. Manuelt projektmateriale, udskrifter, fejl- og kontrollister, m.v., der direkte eller indirekte kan henføres til bestemte personer, skal opbevares forsvarligt aflåst og på en sådan måde, at uvedkommende ikke kan gøre sig bekendt med indholdet.

Oplysningspligt over for den registrerede

16. Hvis der skal indsamles oplysninger hos den registrerede (ved interview, spørgeskema, klinisk eller paraklinisk undersøgelse, behandling, observation m.v.) skal der uddeles/fremsendes nærmere information om projektet. Den registrerede skal heri oplyses om den dataansvarliges navn, formålet med projektet, at det er frivilligt at deltage, og at et samtykke til deltagelse til enhver tid kan trækkes tilbage. Hvis oplysningerne skal videregives til brug i anden videnskabelig eller statistisk sammenhæng, skal der også oplyses om formålet med videregivelsen samt modtagerens identitet.
17. Den registrerede bør endvidere oplyses om, at projektet er anmeldt til Datatilsynet efter persondataloven, samt at Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af den registreredes privatliv.

Indsigtsret

18. Den registrerede har ikke krav på indsigt i de oplysninger, der behandles om den pågældende.

Videregivelse

19. Videregivelse af personhenførbare oplysninger til tredjepart må kun ske til brug i andet statistisk eller videnskabeligt øjemed.
20. Videregivelse må kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Datatilsynet kan stille nærmere vilkår for videregivelsen samt for modtagerens behandling af oplysningerne.

Ændringer i projektet

21. Væsentlige ændringer i projektet skal anmeldes til Datatilsynet (som ændring af eksisterende anmeldelse). Ændringer af mindre væsentlig betydning kan meddeles Datatilsynet.
22. *Ændring af tidspunktet for projektets afslutning skal altid anmeldes.*

Ved projektets afslutning

23. *Senest ved projektets afslutning skal oplysningerne slettes, anonymiseres eller tilintetgøres, således at det efterfølgende ikke er muligt at identificere enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen.*
24. Alternativt kan oplysningerne overføres til videre opbevaring i Statens Arkiver (herunder Dansk Dataarkiv) efter arkivlovens regler.
25. Sletning af oplysninger fra elektroniske medier skal ske på en sådan måde, at oplysningerne ikke kan genetableres.

Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Opmærksomheden henledes specielt på, at Datatilsynets vilkår også skal iagttages ved behandling af oplysninger på det deltagende center, jf. de generelle vilkår nr. 4.

Datatilsynet gør opmærksom på, at denne tilladelse alene er en tilladelse til at behandle personoplysninger i forbindelse med projektets gennemførelse. Tilladelsen indebærer således ikke en forpligtelse for myndigheder, virksomheder m.v. til at udlevere eventuelle oplysninger til Dem til brug for projektet.

En videregivelse af oplysninger *fra* statistiske registre, videnskabelige projekter m.v. kræver dog, at den dataansvarlige har indhentet særlig tilladelse hertil fra Datatilsynet, jf. persondatalovens § 10, stk. 3.

Anmeldelsen offentliggøres snarest i fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside **www.datatilsynet.dk**.

Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Med venlig hilsen

Christian Tolstrup Christensen

8.7 Introduktionsbrev til patienter

Kære Patient

Vi henvender os til dig, fordi vi er i gang med en undersøgelse om, hvad der har betydning for at patienter henvender sig til sundhedsvæsnet, når de har hjertekrampe eller blodprop i hjertet. Undersøgelsen skal anvendes til at forbedre informationen om hjertekrampe og blodprop i hjertet.

Vi beder dig derfor svare på en række spørgsmål, som handler om de sidste dage og timer op til denne indlæggelse. Spørgsmålene drejer sig om dine symptomer, og de aktiviteter du var i gang med før du blev indlagt.

Det er naturligvis frivilligt at deltage, og siger du nej til at udfylde spørgeskemaet, vil det ikke have betydning for din behandling.

Hvem er med i undersøgelsen

Patienter som er indlagt til observation for en blodprop i hjertet eller hjertekrampe (angina pectoris) på Århus Sygehus Tage Hansensgade.

Alle data er fortrolige

Alle oplysningerne behandles fortroligt, resultaterne vil blive offentlig gjort i en form, så du ikke kan genkendes. Nummeret på forsiden er med til at holde rede på, hvor mange spørgeskemaer, der er udleveret og besvaret. Personalet i afdelingen ser ikke hvad du har svaret.

Udfyldning af spørgeskemaet

Vi vil bede dig om at udfylde skemaet så omhyggeligt som muligt, hvis du kommer til at sætte et kryds forkert, skal du bare strege det over og sætte et nyt kryds. Det er vigtigt, at alle spørgsmålene besvares.

Undersøgelsen er anmeldt datatilsynet og gennemføres i samarbejde med Århus Universitet og Kardiologisk Medicinsk afdeling Århus Sygehus.

Har du spørgsmål til undersøgelsen

Er du velkommen til at ringe til:

Stud.cur, sygeplejerske Marie Louise Ladefoged på telefon 86231282 (mandag og onsdag 16-18). Du er også velkommen til stille spørgsmål på e-mail adressen mlladefoged@mail.dk

Når du har udfyldt skemaet henter vi det på sengestuen.

Med venlig hilsen

Marie Louise Ladefoged
Stud.cur, sygeplejerske

8.8 Oversigt over svar til spørgsmål 14

Kvinder / alder /civilstatus	Patienternes egnt svar til spørgsmål 14
56 år - samboende	Kendte smerterne vidste hvad det var.
92 år - aleneboende	Symptomerne gik ikke over, Det var ikke så voldsomt som da min mand døde, der måtte være noget.
75 år - aleneboende	Smerter/ angst
87 år - samboende	Det gjorde så ondt ved hjertet, jeg blev bange.
90 år - aleneboende	Jeg troede det var lavt blodtryk, troede ikke det var en blodprop. Hj. Spl. Ringede til vagtlægen, jeg havde det "skidt".
72 år - samboende	Jeg kunne ikke sove, var svimmel, hjertebanken.
61 år - samboende	Jeg målte blodtryk, det var højt, så jeg mente jeg havde brug for hjælp.
52 år - samboende	Jeg har før fået ballonudvidelse., jeg var dårlig, jeg husker intet, jeg tror jeg var besvimet, min mand ringede efter ambulancen.
60 år - samboende	Smerterne blev uudholdelige.
61 år - aleneboende	Smerter i brystbenet.
79 år - aleneboende	Oprindelig havde jeg bestemt at jeg ikke ville indlægges mere, men så fik jeg det så dårligt, og tilfældigt kom hjemmesygeplejersken forbi, Hun ringede 112, jeg gav ansvaret væk fra mig.
45 år - aleneboende med 2 yngre børn	Er ansat på sygehuset, så jeg talte med en læge på min afd. Som foranlediget et EKG.
82 år - aleneboende	Jeg havde været på sygehuset til kontrol for epilepsi, da jeg havde siddet og ventede på en Taxa, der mærkede jeg at jeg havde åndenød og mine ben var slappe.
84 år - aleneboende	Jeg havde det skidt og havde haft det to nætter i træk, jeg troede at det var nu, men efter to nætter måtte der ske noget.
43 år - samboende	Min mand ringede efter hjælp.
79 år - aleneboende	Smerter i ryg, bryst, opkast, jeg fik det dårligt på højskolen.
88 år - aleneboende	Jeg jamrende mig meget, fortalte det sygeplejersken, det stod på fra kl. 21.30- kl. 6.30 Jeg havde et AMI,(jeg var i forvejen indlagt på til genoptræning efter hjerteoperation).
67 år - samboende	Jeg var bange for at det var hjertet igen, jeg ved at når nitroglycerin ikke hjælper så er det fra hjertet.

79 år - aleneboende	Jeg havde en mærkelig fornemmelse der er værre end smerter.
77 år - aleneboende	Jeg kunne ikke holde det ud pga. smerter.

Mand / år / civilstatus	Patienternes eget svar på spørgsmål nr. 14.
34 år - samboende	Smerter i ryg, arme, træthed.
73 år - samboende	Det har været i 2 dage.
59 år - samboende	At få be- eller afkræftet om jeg har en blodprop.
70 år - aleneboende	Smerter og angst
78 - samboende	Jeg kunne ikke få luft, jeg var klar over at det var alvor.
77 år - samboende	Jeg var i en uge forinden blevet behandlet for lungebetændelse, så efter at jeg også lørdag og søndag havde haft det skidt ringede jeg til lægen, idet symptomer blev værre.
69 år - samboende	Jeg havde tre anfald og til sidst havde jeg svært ved at gå 50 meter.
61 år - samboende	Stærke smerter, hjertebanken kunne ikke ligge ned.
76 år - samboende	Jeg gik og var træt, følte besvær med vejrtrækningen.
45 år - samboende	Smerter i mave og brystkasse, kan ikke sove.
53 år - samboende	Ønsker en vurdering af om symptomerne var en forværring sammenlignet med tidligere.
66 år - samboende	Jeg ringede til min søn der er læge, han mente at jeg skulle have foretaget et EKG snarest.
78 år - samboende	Min datter var på besøg, så ringede vi til vagtlægen, vi havde dagen forinden ringede til vagtlægen, vi ventede i 2½ time, så til sidst ringede vi efter en ambulance.
65 år - aleneboende	Smerter i hjerteregionen
65 år - samboende	Min familie syntes at jeg skulle gøre noget, jeg regnede ellers med at det gik væk i igen.
36 år - samboende	Da man ikke er godt tilpas, så skal man da søge hjem og sådan er det.
52 år - samboende	Ondt i bryst og mave
85 år - aleneboende	Tidligere hjerteflimmer
82 år - samboende	Kunne ikke få vejret
61 år - samboende	Nervøs for en blodprop.
37 år - samboende	Min kone mente at jeg skulle søge lægevagten.
48 år - samboende	Mange slemme smerter i ryg, hals og bryst.
65 år - samboende	Trykken for bryst
86 år - samboende	Fortalte det til hjemmeplejen der kunne se at jeg havde det skidt.
60 år - samboende	Ved min sidste indlæggelse fik jeg at vide, at

	hvis jeg fik tilsvarende symptomer (det er 2 mdr. siden jeg var indlagt) skulle jeg ringe 112.
47 år - samboende	Var meget utryg, da smerterne ikke forsvandt ved behandling med nitroglycerin.
63 år - aleneboende	Min tilstand blev ikke bedre.

8.9 Resultater vedrørende køn og delay

Frequencies

[DataSet1] D:\SPSS Data\marie louise.sav

Statistics

Pat		
N	Valid	58
	Missing	0

Pat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mand	32	55,2	55,2	55,2
	Kvinde	26	44,8	44,8	100,0
Total		58	100,0	100,0	

Crosstabs

[DataSet1] D:\SPSS Data\marie louise.sav

Patientens civilstatus? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Patientens civilstatus?	alene	Count	5	12	17
		% within Pat	15,6%	46,2%	29,3%
	samboende	Count	27	14	41
		% within Pat	84,4%	53,8%	70,7%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,453 ^b	1	,011		
Continuity Correction ^a	5,063	1	,024		
Likelihood Ratio	6,542	1	,011		
Fisher's Exact Test				,019	,012
Linear-by-Linear Association	6,341	1	,012		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,62.

Har du tidligere været indlagt med hjertekramper(angina pæctoris)?

* Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du tidligere været indlagt med hjertekramper(angina pæctoris)?	nej	Count	19	17	36
		% within Pat	59,4%	65,4%	62,1%
	ja	Count	13	7	20
		% within Pat	40,6%	26,9%	34,5%
	Uoplyst	Count	0	2	2
		% within Pat	,0%	7,7%	3,4%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,326 ^a	2	,190
Likelihood Ratio	4,090	2	,129
Linear-by-Linear Association	1,489	1	,222
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,90.

Har du tidligere haft blodprop i hjertet? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du tidligere haft blodprop i hjertet?	nej	Count	20	18	38
		% within Pat	62,5%	69,2%	65,5%
	ja	Count	12	8	20
		% within Pat	37,5%	30,8%	34,5%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,288 ^b	1	,592		
Continuity Correction ^a	,067	1	,796		
Likelihood Ratio	,289	1	,591		
Fisher's Exact Test				,782	,399
Linear-by-Linear Association	,283	1	,595		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,97.

Har du tidligere været indlagt med blodprop i hjertet? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du tidligere været indlagt med blodprop i hjertet?	0	Count	23	16	39
		% within Pat	71,9%	61,5%	67,2%
	1	Count	5	5	10
		% within Pat	15,6%	19,2%	17,2%
	2	Count	3	2	5
		% within Pat	9,4%	7,7%	8,6%
	3	Count	1	1	2
		% within Pat	3,1%	3,8%	3,4%
	7	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
	10	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,866 ^a	5	,721
Likelihood Ratio	3,615	5	,606
Linear-by-Linear Association	2,276	1	,131
N of Valid Cases	58		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Har du før denne indlæggelse været behandlet for hjertekramper eller blodprop i hjertet? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du før denne indlæggelse været behandlet for hjertekramper eller blodprop i hjertet?	Ja	Count	18	11	29
		% within Pat	56,3%	42,3%	50,0%
	Nej	Count	14	14	28
		% within Pat	43,8%	53,8%	48,3%
	Uoplyst	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,091 ^a	2	,351
Likelihood Ratio	2,471	2	,291
Linear-by-Linear Association	1,960	1	,161
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Får du medicinsk behandling? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Får du medicinsk behandling?	Ja	Count	21	12	33
		% within Pat	65,6%	46,2%	56,9%
	Nej	Count	11	14	25
		% within Pat	34,4%	53,8%	43,1%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,218 ^b	1	,136		
Continuity Correction ^a	1,495	1	,221		
Likelihood Ratio	2,225	1	,136		
Fisher's Exact Test				,185	,111
Linear-by-Linear Association	2,179	1	,140		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,21.

Har du fået foretaget en ballonudvidelse? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du fået foretaget en ballonudvidelse?	Ja	Count	8	5	13
		% within Pat	25,0%	19,2%	22,4%
	Nej	Count	24	21	45
		% within Pat	75,0%	80,8%	77,6%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,275 ^b	1	,600		
Continuity Correction ^a	,043	1	,836		
Likelihood Ratio	,277	1	,599		
Fisher's Exact Test				,754	,421
Linear-by-Linear Association	,270	1	,603		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,83.

Har du fået foretaget en by-pass operation? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Har du fået foretaget en by-pass operation?	0	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
	Ja	Count	5	0	5
		% within Pat	15,6%	,0%	8,6%
	Nej	Count	27	25	52
		% within Pat	84,4%	96,2%	89,7%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,515 ^a	2	,063
Likelihood Ratio	7,773	2	,021
Linear-by-Linear Association	,631	1	,427
N of Valid Cases	58		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Er du behandling for sukkersyge? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Er du behandling for sukkersyge?	Ja	Count	6	3	9
		% within Pat	18,8%	11,5%	15,5%
	Nej	Count	26	23	49
		% within Pat	81,3%	88,5%	84,5%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,569 ^b	1	,451		
Continuity Correction ^a	,152	1	,697		
Likelihood Ratio	,581	1	,446		
Fisher's Exact Test				,495	,352
Linear-by-Linear Association	,559	1	,455		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,03.

Er du i behandling for forhøjet blodtryk? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Er du i behandling for forhøjet blodtryk?	Ja	Count	14	14	28
		% within Pat	43,8%	53,8%	48,3%
	Nej	Count	16	12	28
		% within Pat	50,0%	46,2%	48,3%
	Uoplyst	Count	2	0	2
		% within Pat	6,3%	,0%	3,4%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,972 ^a	2	,373
Likelihood Ratio	2,724	2	,256
Linear-by-Linear Association	1,933	1	,164
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,90.

Er du behandling for forhøjet kolesterol? * Pat**Crosstab**

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Er du behandling for forhøjet kolesterol?	Ja	Count	19	10	29
		% within Pat	59,4%	38,5%	50,0%
	Nej	Count	12	15	27
		% within Pat	37,5%	57,7%	46,6%
	Uoplyst	Count	1	1	2
		% within Pat	3,1%	3,8%	3,4%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,533 ^a	2	,282
Likelihood Ratio	2,552	2	,279
Linear-by-Linear Association	,448	1	,503
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,90.

Havde du smerter i bryst før indlæggelse? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i bryst før indlæggelse?	Ja	Count	27	20	47
		% within Pat	84,4%	76,9%	81,0%
	Nej	Count	5	6	11
		% within Pat	15,6%	23,1%	19,0%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,518 ^b	1	,472		
Continuity Correction ^a	,147	1	,702		
Likelihood Ratio	,516	1	,473		
Fisher's Exact Test				,517	,349
Linear-by-Linear Association	,509	1	,475		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,93.

Havde du smerter i kæben før indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i kæben før indlæggelsen?	Ja	Count	0	4	4
		% within Pat	,0%	15,4%	6,9%
	Nej	Count	32	22	54
		% within Pat	100,0%	84,6%	93,1%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,288 ^b	1	,021		
Continuity Correction ^a	3,163	1	,075		
Likelihood Ratio	6,786	1	,009		
Fisher's Exact Test				,035	,035
Linear-by-Linear Association	5,197	1	,023		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,79.

Havde du smerter i hals før indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i hals før indlæggelsen?	Ja	Count	5	6	11
		% within Pat	15,6%	23,1%	19,0%
	Nej	Count	27	20	47
		% within Pat	84,4%	76,9%	81,0%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,518 ^b	1	,472		
Continuity Correction ^a	,147	1	,702		
Likelihood Ratio	,516	1	,473		
Fisher's Exact Test				,517	,349
Linear-by-Linear Association	,509	1	,475		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,93.

Havde du smerter i venstre arm før indlæggelsen * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i venstre arm før indlæggelsen	Ja	Count	8	8	16
		% within Pat	25,0%	30,8%	27,6%
	Nej	Count	24	18	42
		% within Pat	75,0%	69,2%	72,4%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,239 ^b	1	,625		
Continuity Correction ^a	,037	1	,847		
Likelihood Ratio	,238	1	,625		
Fisher's Exact Test				,769	,422
Linear-by-Linear Association	,235	1	,628		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,17.

Havde du smerter i højre arm inden indlæggelsen * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i højre arm inden indlæggelsen	Ja	Count	2	4	6
		% within Pat	6,3%	15,4%	10,3%
	Nej	Count	30	22	52
		% within Pat	93,8%	84,6%	89,7%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,291 ^b	1	,256		
Continuity Correction ^a	,494	1	,482		
Likelihood Ratio	1,293	1	,255		
Fisher's Exact Test				,393	,241
Linear-by-Linear Association	1,268	1	,260		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,69.

Havde du smerter i ryggen før indlæggelsen * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du smerter i ryggen før indlæggelsen	Ja	Count	5	10	15
		% within Pat	15,6%	38,5%	25,9%
	Nej	Count	27	16	43
		% within Pat	84,4%	61,5%	74,1%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,902 ^b	1	,048		
Continuity Correction ^a	2,802	1	,094		
Likelihood Ratio	3,923	1	,048		
Fisher's Exact Test				,071	,047
Linear-by-Linear Association	3,834	1	,050		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,72.

Havde du smerter i skulderen før indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvade du smerter i skulderen før indlæggelsen?	Ja	Count	3	7	10
		% within Pat	9,4%	26,9%	17,2%
	Nej	Count	29	19	48
		% within Pat	90,6%	73,1%	82,8%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,096 ^b	1	,078		
Continuity Correction ^a	1,988	1	,159		
Likelihood Ratio	3,123	1	,077		
Fisher's Exact Test				,095	,079
Linear-by-Linear Association	3,042	1	,081		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,48.

Havde du åndenød før indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du åndenød før indlæggelsen?	Ja	Count	18	13	31
		% within Pat	56,3%	50,0%	53,4%
	Nej	Count	14	13	27
		% within Pat	43,8%	50,0%	46,6%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,225 ^b	1	,635		
Continuity Correction ^a	,044	1	,834		
Likelihood Ratio	,225	1	,635		
Fisher's Exact Test				,792	,417
Linear-by-Linear Association	,221	1	,638		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,10.

Havde du kvalme før indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du kvalme før indlæggelsen?	Ja	Count	6	7	13
		% within Pat	18,8%	26,9%	22,4%
	Nej	Count	26	19	45
		% within Pat	81,3%	73,1%	77,6%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,551 ^b	1	,458		
Continuity Correction ^a	,181	1	,670		
Likelihood Ratio	,549	1	,459		
Fisher's Exact Test				,535	,334
Linear-by-Linear Association	,542	1	,462		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,83.

Havde du træthed inden indlæggelsen? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Havde du træthed inden indlæggelsen?	Ja	Count	12	9	21
		% within Pat	37,5%	34,6%	36,2%
	Nej	Count	20	17	37
		% within Pat	62,5%	65,4%	63,8%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,052 ^b	1	,820		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,052	1	,820		
Fisher's Exact Test				1,000	,520
Linear-by-Linear Association	,051	1	,822		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,41.

Tog du nitroglycerin da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Tog du nitroglycerin da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	11	10	21
		% within Pat	34,4%	38,5%	36,2%
	Nej	Count	21	16	37
		% within Pat	65,6%	61,5%	63,8%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,104 ^b	1	,747		
Continuity Correction ^a	,002	1	,962		
Likelihood Ratio	,104	1	,748		
Fisher's Exact Test				,789	,480
Linear-by-Linear Association	,102	1	,750		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,41.

Tog du anden medicin da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Tog du anden medicin da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	4	5	9
		% within Pat	12,5%	19,2%	15,5%
	Nej	Count	28	21	49
		% within Pat	87,5%	80,8%	84,5%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,496 ^b	1	,481		
Continuity Correction ^a	,115	1	,734		
Likelihood Ratio	,493	1	,483		
Fisher's Exact Test				,717	,365
Linear-by-Linear Association	,487	1	,485		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,03.

Tog du noget at drikke da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Tog du noget at drikke da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	9	4	13
		% within Pat	28,1%	15,4%	22,4%
	Nej	Count	23	22	45
		% within Pat	71,9%	84,6%	77,6%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,339 ^b	1	,247		
Continuity Correction ^a	,707	1	,401		
Likelihood Ratio	1,374	1	,241		
Fisher's Exact Test				,346	,201
Linear-by-Linear Association	1,316	1	,251		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,83.

Lagde du dig til at sove da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Lagde du dig til at sove da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	9	3	12
		% within Pat	28,1%	11,5%	20,7%
	Nej	Count	23	23	46
		% within Pat	71,9%	88,5%	79,3%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,405 ^b	1	,121		
Continuity Correction ^a	1,500	1	,221		
Likelihood Ratio	2,518	1	,113		
Fisher's Exact Test				,193	,109
Linear-by-Linear Association	2,364	1	,124		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,38.

Ventede du på at det gik over da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Ventede du på at det gik over da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	15	14	29
		% within Pat	46,9%	53,8%	50,0%
	Nej	Count	17	12	29
		% within Pat	53,1%	46,2%	50,0%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,279 ^b	1	,597		
Continuity Correction ^a	,070	1	,792		
Likelihood Ratio	,279	1	,597		
Fisher's Exact Test				,792	,396
Linear-by-Linear Association	,274	1	,601		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

Gik du en tur da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Gik du en tur da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	5	0	5
		% within Pat	15,6%	,0%	8,6%
	Nej	Count	27	26	53
		% within Pat	84,4%	100,0%	91,4%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,446 ^b	1	,035		
Continuity Correction ^a	2,683	1	,101		
Likelihood Ratio	6,329	1	,012		
Fisher's Exact Test				,058	,044
Linear-by-Linear Association	4,369	1	,037		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,24.

Fortalte du om symptomerne til venner da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Fortalte du om symptomerne til venner da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	2	0	2
		% within Pat	6,3%	,0%	3,4%
	Nej	Count	30	25	55
		% within Pat	93,8%	96,2%	94,8%
	12	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,865 ^a	2	,239
Likelihood Ratio	3,992	2	,136
Linear-by-Linear Association	1,620	1	,203
N of Valid Cases	58		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Fortalte du om symptomerne til familien da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Fortalte du om symptomerne til familien da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	15	14	29
		% within Pat	46,9%	53,8%	50,0%
	Nej	Count	17	12	29
		% within Pat	53,1%	46,2%	50,0%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,279 ^b	1	,597		
Continuity Correction ^a	,070	1	,792		
Likelihood Ratio	,279	1	,597		
Fisher's Exact Test				,792	,396
Linear-by-Linear Association	,274	1	,601		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

Ringede du til lægen da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Ringede du til lægen da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	11	11	22
		% within Pat	34,4%	42,3%	37,9%
	Nej	Count	21	15	36
		% within Pat	65,6%	57,7%	62,1%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,383 ^b	1	,536		
Continuity Correction ^a	,120	1	,728		
Likelihood Ratio	,383	1	,536		
Fisher's Exact Test				,594	,364
Linear-by-Linear Association	,377	1	,539		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,86.

Ringede du efter ambulancen da du bemærkede symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Ringede du efter ambulancen da du bemærkede symptomerne?	Ja	Count	11	3	14
		% within Pat	34,4%	11,5%	24,1%
	Nej	Count	21	23	44
		% within Pat	65,6%	88,5%	75,9%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,085 ^b	1	,043		
Continuity Correction ^a	2,933	1	,087		
Likelihood Ratio	4,329	1	,037		
Fisher's Exact Test				,064	,041
Linear-by-Linear Association	4,015	1	,045		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

Gjorde du noget andet, da du mærkede symptomer? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Gjorde du noget andet, da du mærkede symptomer?	Ja	Count	8	3	11
		% within Pat	25,0%	11,5%	19,0%
	Nej	Count	24	23	47
		% within Pat	75,0%	88,5%	81,0%
Total		Count	32	26	58
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,691 ^b	1	,193		
Continuity Correction ^a	,929	1	,335		
Likelihood Ratio	1,758	1	,185		
Fisher's Exact Test				,314	,168
Linear-by-Linear Association	1,662	1	,197		
N of Valid Cases	58				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,93.

Hvor befandt du dig, da du blev opmærksom på symptomerne? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvor befandt du dig, da du blev opmærksom på symptomerne?	hjemme	Count	22	23	45
		% within Pat	78,6%	88,5%	83,3%
	arbejde	Count	2	1	3
		% within Pat	7,1%	3,8%	5,6%
	indkøb	Count	1	0	1
		% within Pat	3,6%	,0%	1,9%
	andet	Count	2	2	4
		% within Pat	7,1%	7,7%	7,4%
	11	Count	1	0	1
		% within Pat	3,6%	,0%	1,9%
Total	Count	28	26	54	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,285 ^a	4	,684
Likelihood Ratio	3,061	4	,548
Linear-by-Linear Association	,901	1	,342
N of Valid Cases	54		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Hvem var du sammen med da symptomerne begyndte? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvem var du sammen med da symptomerne begyndte?	familie	Count	16	12	28
		% within Pat	55,2%	50,0%	52,8%
	kollega/venner	Count	4	0	4
		% within Pat	13,8%	,0%	7,5%
	alene	Count	9	11	20
		% within Pat	31,0%	45,8%	37,7%
	andre	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	4,2%	1,9%
	Total	Count	29	24	53
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,347 ^a	3	,148
Likelihood Ratio	7,233	3	,065
Linear-by-Linear Association	1,066	1	,302
N of Valid Cases	53		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Hvor generende vurderer du dine symptomer? * Pat**Crosstab**

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvor generende vurderer du dine symptomer?	uudholdelig	Count	11	11	22
		% within Pat	35,5%	47,8%	40,7%
	moderat	Count	14	11	25
		% within Pat	45,2%	47,8%	46,3%
	svage	Count	4	1	5
		% within Pat	12,9%	4,3%	9,3%
	ingen symptomer	Count	2	0	2
		% within Pat	6,5%	,0%	3,7%
Total	Count	31	23	54	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,042 ^a	3	,385
Likelihood Ratio	3,871	3	,276
Linear-by-Linear Association	2,509	1	,113
N of Valid Cases	54		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

Hvordan vurderer du at dine symptomer udviklede sig? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvordan vurderer du at dine symptomer udviklede sig?	Meget hurtigt	Count	6	9	15
		% within Pat	20,0%	34,6%	26,8%
	gradvis	Count	17	9	26
		% within Pat	56,7%	34,6%	46,4%
	periodevis ingen symptomer	Count	6	6	12
		% within Pat	20,0%	23,1%	21,4%
	ingen udvikling	Count	1	2	3
		% within Pat	3,3%	7,7%	5,4%
Total	Count	30	26	56	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,125 ^a	3	,373
Likelihood Ratio	3,160	3	,368
Linear-by-Linear Association	,016	1	,900
N of Valid Cases	56		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,39.

Hvor vurderer du at dine symptomer i første omgang stammede fra?
*** Pat**

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Hvor vurderer du at dine symptomer i første omgang stammede fra?	hjerte	Count	22	10	32
		% within Pat	68,8%	38,5%	55,2%
	muskler	Count	3	6	9
		% within Pat	9,4%	23,1%	15,5%
	ryg	Count	0	2	2
		% within Pat	,0%	7,7%	3,4%
	mave	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	3,8%	1,7%
	influenza	Count	2	0	2
		% within Pat	6,3%	,0%	3,4%
	andet	Count	5	7	12
		% within Pat	15,6%	26,9%	20,7%
Total	Count	32	26	58	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,323 ^a	5	,067
Likelihood Ratio	12,276	5	,031
Linear-by-Linear Association	1,799	1	,180
N of Valid Cases	58		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg mente at symptomerne ikke var alvorlige nok? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg mente at symptomerne ikke var alvorlige nok?	1	Count	0	1	1
		% within Pat	,0%	4,2%	1,9%
	Ja	Count	7	2	9
		% within Pat	23,3%	8,3%	16,7%
	Nej	Count	22	21	43
		% within Pat	73,3%	87,5%	79,6%
	Uoplyst	Count	1	0	1
		% within Pat	3,3%	,0%	1,9%
Total	Count	30	24	54	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,186 ^a	3	,242
Likelihood Ratio	5,070	3	,167
Linear-by-Linear Association	,250	1	,617
N of Valid Cases	54		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg mente ikke jeg var i risiko for en blodprop? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg mente ikke jeg var i risiko for en blodprop?	Ja	Count	1	2	3
		% within Pat	3,2%	7,7%	5,3%
	Nej	Count	29	24	53
		% within Pat	93,5%	92,3%	93,0%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,377 ^a	2	,502
Likelihood Ratio	1,759	2	,415
Linear-by-Linear Association	1,192	1	,275
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg ventede på at symptomerne gik over?

* Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg ventede på at symptomerne gik over?	Ja	Count	12	4	16
		% within Pat	38,7%	15,4%	28,1%
	Nej	Count	18	22	40
		% within Pat	58,1%	84,6%	70,2%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,000 ^a	2	,082
Likelihood Ratio	5,534	2	,063
Linear-by-Linear Association	2,451	1	,117
N of Valid Cases	57		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg ville ikke forstyrre andre? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg ville ikke forstyrre andre?	Ja	Count	4	4	8
		% within Pat	12,9%	15,4%	14,0%
	Nej	Count	26	22	48
		% within Pat	83,9%	84,6%	84,2%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,902 ^a	2	,637
Likelihood Ratio	1,281	2	,527
Linear-by-Linear Association	,317	1	,574
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg var flov over at søge hjælp? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg var flov over at søge hjælp?	Ja	Count	2	0	2
		% within Pat	6,5%	,0%	3,5%
	Nej	Count	28	26	54
		% within Pat	90,3%	100,0%	94,7%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,656 ^a	2	,265
Likelihood Ratio	3,794	2	,150
Linear-by-Linear Association	,276	1	,599
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg frygtede konsekvenserne ved at søge hjælp? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg frygtede konsekvenserne ved at søge hjælp?	Ja	Count	1	1	2
		% within Pat	3,2%	3,8%	3,5%
	Nej	Count	29	25	54
		% within Pat	93,5%	96,2%	94,7%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,864 ^a	2	,649
Likelihood Ratio	1,244	2	,537
Linear-by-Linear Association	,393	1	,531
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg havde tid hos lægen dagen efter? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi jeg havde tid hos lægen dagen efter?	Ja	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
	Nej	Count	29	26	55
		% within Pat	93,5%	100,0%	96,5%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,738 ^a	2	,419
Likelihood Ratio	2,497	2	,287
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi det var weekend? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi det var weekend?	Ja	Count	1	2	3
		% within Pat	3,2%	7,7%	5,3%
	Nej	Count	29	24	53
		% within Pat	93,5%	92,3%	93,0%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,377 ^a	2	,502
Likelihood Ratio	1,759	2	,415
Linear-by-Linear Association	1,192	1	,275
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi det aften eller nat? * Pat**Crosstab**

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi det aften eller nat?	Ja	Count	1	4	5
		% within Pat	3,2%	15,4%	8,8%
	Nej	Count	29	22	51
		% within Pat	93,5%	84,6%	89,5%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total		Count	31	26	57
		% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,348 ^a	2	,188
Likelihood Ratio	3,838	2	,147
Linear-by-Linear Association	3,277	1	,070
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Jeg søgte ikke hjælp, fordi oplevelser fra tidligere gjorde, at det ville være flovt hvis det vidste sig, at man alligevel ikke var syg? * Pat

Crosstab

			Pat		Total
			Mand	Kvinde	
Jeg søgte ikke hjælp, fordi oplevelser fra tidligere gjorde, at det ville være flovt hvis det vidste sig, at man alligevel ikke var syg?	Ja	Count	2	2	4
		% within Pat	6,5%	7,7%	7,0%
	Nej	Count	28	24	52
		% within Pat	90,3%	92,3%	91,2%
	3	Count	1	0	1
		% within Pat	3,2%	,0%	1,8%
Total	Count	31	26	57	
	% within Pat	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,876 ^a	2	,645
Likelihood Ratio	1,255	2	,534
Linear-by-Linear Association	,326	1	,568
N of Valid Cases	57		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

T-Test

[DataSet1] D:\SPSS Data\marie louise.sav

Group Statistics

	Pat	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Patientens alder	Mand	32	61,50	14,366	2,540
	Kvinde	26	70,08	14,232	2,791
Hvorlang tid vurderer du, der gik fra det øjeblik du bemærkede symptomerne til du kontaktede sundhedsvæsnet?	Mand	30	13,667	19,8000	3,6150
	Kvinde	22	10,409	17,3470	3,6984
Hvor lang tid gik der fra du talte med lægen og til du blev tilbudt hjælp?	Mand	30	1,550	4,2677	,7792
	Kvinde	21	2,521	5,2318	1,1417

Independent Samples Test

	Levene's Test for quality of Variance		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Patientens alder	Equal varianc assumed	,167	,685	-2,271	56	,027	-8,577	3,777	-16,144	-1,010
				Equal varianc not assumed		-2,273	53,795	,027	-8,577	3,774
Hvorlang tid vurderer du gik fra det øjeblik bemærkede symptomerne til du kontaktede sundhedsvæsnet?	Equal varianc assumed	1,440	,236	,617	50	,540	3,2576	5,2795	-7,3465	13,8617
				Equal varianc not assumed		,630	48,342	,532	3,2576	5,1717
Hvor lang tid gik de du talte med lægen du kom til sygehuset?	Equal varianc assumed	1,161	,286	-,729	49	,470	-,9714	1,3330	-3,6503	1,7074
				Equal varianc not assumed		-,703	37,377	,487	-,9714	1,3822