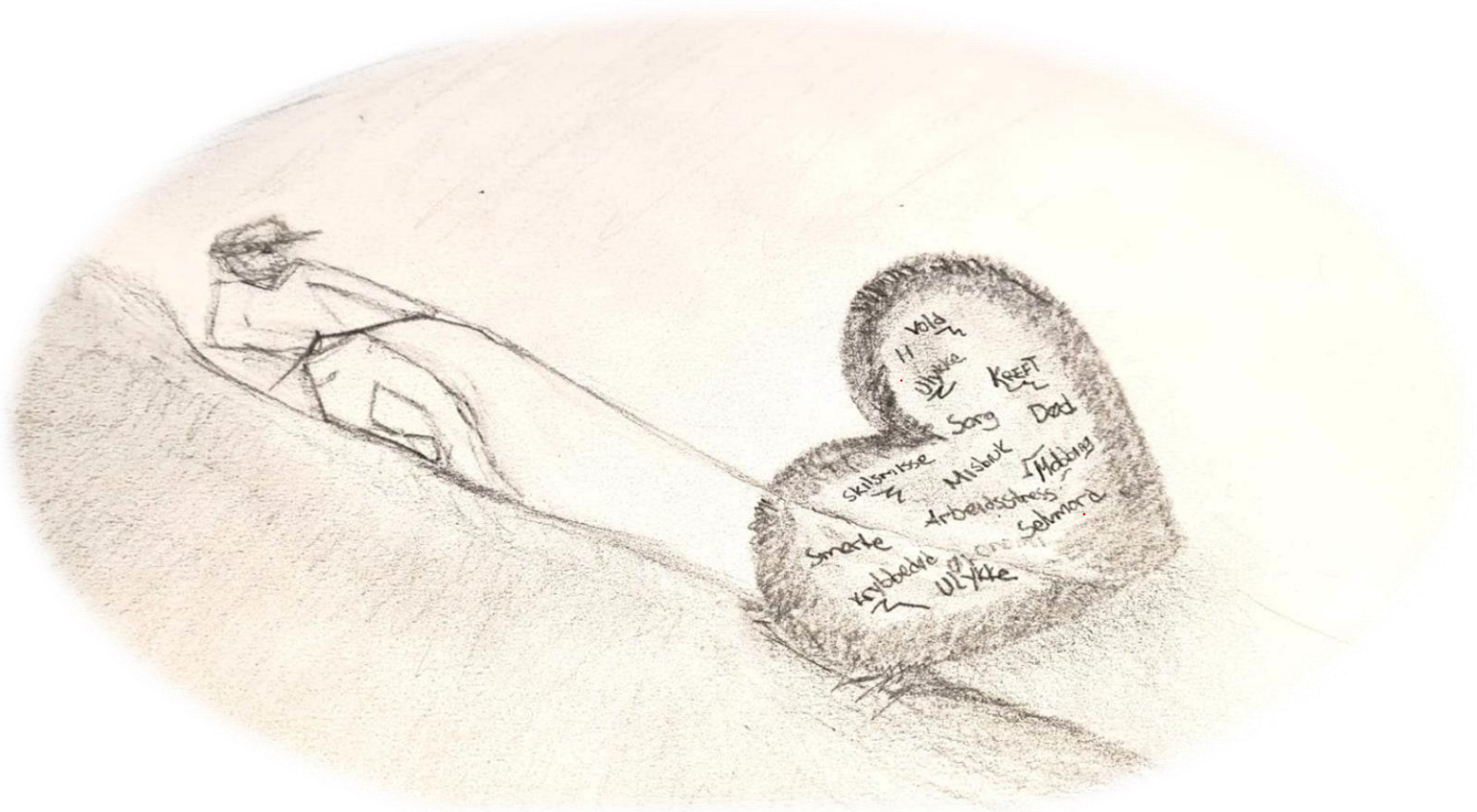


Det helsevitenskapelig fakultet - Institutt for Psykologi

## Traumer og stressende livserfaringer – en kvalitativ studie om komorbid psykisk helse etter hjerteinfarkt

Ida Eline Aasebøstøl og Kristine Maria With

Hovedoppgave i Profesjonsstudium i Psykologi, Høstsemester 2022.



*Illustrasjon av forfatterne selv*

Department of Psychology, Faculty of Health Sciences

**Trauma and stressful life experiences – a qualitative study on comorbid  
mental health after myocardial infarction**

Thesis in psychology (PSY-2901)

December 2022

**Ida Aasebøstøl og Kristine Maria With**

Primary supervisor: Geir Lorem, professor, University of Tromsø. Secondary supervisor: Eva

Therese Næss, førstelektor, specialist in clinical psychology. Collaborating partner: The

University Hospital of North Norway

## Forord

Denne hovedoppgaven er produktet av en nysgjerrighet og interesse som ble vakt for ett og et halvt år siden. Etter fullført eksamen i kvalitativ metode fikk vi blod på tann. Derfor hev vi oss en vakker maidag rundt og tok heisen opp til hovedveileder Geir i øverste etasje på psykologisk institutt. Basert på våre interesse for traumer, helsepsykologi og praktisk anvendbar kunnskap, var Geir var rask å foreslå et forskningsprosjekt under hans ledelse: «The head and heart study: Mental health of heart patients». Så måtte vi bare bestemme oss for hvordan vi ville gripe oppgaven an. Ved neste veiledning tok vi derfor de 150 trappene opp til veiledning. Vi hadde nemlig bestemte oss for å velge den veien som er litt lengre og mer utfordrende: Å innhente egen data gjennom intervju.

Ved starten av reisen var det lite motstand å møte. Vi følte oss friske og spreke i både kropp og sinn. Vi var trygge på vår mestringssevne, som ble bolstret med god opplæring hos både Geir og Eva Therese. Hjerterytmen var innenfor normalen og vi var klare til å starte datainnsamlingen. Parallelt mens vi pugget teori for femte året med profesjonsstudier, fikk vi gjennom intervjuene møte mange spennende og interessante mennesker. Som ga oss mye erfaringsbasert kunnskap og lærdom om verden.

Da høsten kom var tiden inne for at hovedoppgaven skulle skrives. Det skulle transkriberes, analyseres og kodes, litteratur skulle leses og diskuteres. Fra vår skriveplass i kjelleren gikk vi jevnlig opp de 253 trappetrinnene til Geir sitt kontor. Det var da vi begynte å legge merke til noe merkelig. Jo mer vi analyserte, leste og jo nærmere leveringsdato, desto mer kjente vi på... smerter i brystet? Økt puls? Anstrengt pust? Kaldsvetting? Vi åpnet vindu på kontoret og forsøkte de kjerringråd som lot seg oppdrive i håp om bedring. Likevel var det noe som naget oss?

Veien opp de 360 trappene stadig tyngre. I arbeidsprosessen møtte vi på flere hindringer og motivasjonen ble tidvis satt på prøve. Vi har diskutert, vært uenig, og samarbeidet har vært gjenopplivet flere ganger. I etterpåklokskap har vi reflektert over hvordan vi kunne tatt en enklere rute - benyttet oss av ferdige datasett, begrenset omfanget, fokusert på et tema vi kanskje allerede hadde svaret klart på. Ja, for hver sving opp de 450 trappene har vi stadig sett et glimt av heisen, den enkleste veien til målet.

Samtidig har arbeidet med denne hovedoppgaven vært svært lærerikt, inspirerende, spennende og *gøy!* Arbeidet har vært fordelt ut fra både nød og lyst. Der en hadde store vyer og teoretisk lidenskap, hadde den andre handlekraft og kreative løsninger. Om vi tidvis har trampet i utakt, måtte det likevel to hester til for å bringe denne oppgaven hjem.

Vi sitter igjen med en spesielt stor takknemlighet til alle deltagerne som har fortalt sine fortellinger om hvordan det er å få et hjerteinfarkt. De har levende fortalt om opplevelser, følelser, livserfaringer, mestring og sykdom, som har inspirert oss som forskere, fremtidige psykologer og ikke minst som mennesker. Vi er også veldig takknemlig for å få delta i «Head and heart connection»-studien, samt all den gode hjelp og veiledning vi har fått av våre veiledere Eva Therese og Geir. Vi vil også takke Kraft treningssenter (Ida) og hunden Arkimedes (Kristine) for å ha dratt oss ut av kontorene og bidratt til frisk luft i lungene og klarere tanker i en hektisk livsperiode.

*«Takk!»* (Kristine og Ida)

Nå nærmer vi oss innleveringsfristen og vi går spent og sliten opp 150 trapper til Geir sitt kontor. Klar for en siste veiledning. Mållinjen er innenfor rekkevidde: Bare. en. gang. til. opp. trappene. En fot foran den andre med betong i beina og pulsen i taket: Klarer vi det her? Blir dette riktig? Når vi målet?

*«Ja!...vi må bare skrive om halve oppgaven først»* (Kristine og Ida)

For dette semesteret har vi inderlig lært:

*«Og så gikk det bra! Og nå sitter vi her. Og så får vi se!»* (Deltager 21).

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Formålet med studien var å få en dypere forståelse av forskningsspørsmålet «Hvordan er hjerteinfarkt assosiert med komorbid psykisk helse?». Hensikten var å utvikle kunnskap om hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk og hvordan man kan fange opp, forebygge og tilby behandling til mennesker som har behov for psykisk helsehjelp.

**Metode:** For å utforske dette benyttet vi oss av kvalitativ metode, et eksplanatorisk design og en sosionarrativ innfallsvinkel. Vi innhentet data fra 17 deltagere gjennom klinisk intervju og traumekartleggings skjema.

**Resultater:** Vår kliniske undersøkelse viste at hjerteinfarkt er dramatisk, men ikke traumatisk for deltagerne. Deltagerne sitter på flere mestringsressurser og de opplever å klare seg godt etter hjerteinfarkt. Samtidig viste resultatene at de fleste deltagerne hadde opplevd flere stressende livshendelser og potensielle traumer i tiden rundt hjerteinfarkt, som hos noen gav seg utslag i komorbide psykiske symptomer. Ved screening hadde to deltagere symptomer over cut-off for mulig PTSD. Resultatene ble presentert som en typologi inspirert av Arthur Franks typologi over fortellinger om kreft. Vi utledet en ny typologi knyttet til pasienters sykdomsfortelling – «ikke-fortellingen».

**Diskusjon:** At deltagerne ikke opplever hjerteinfarkt traumatisk kan mulig forstås på bakgrunn av kontekstuelle forhold rundt hjerteinfarkt, samt egenskaper og mestringsressurser hos deltagerne selv. Den psykiske komorbiditeten vi ser hos deltagerne virker ikke å kunne falle inn under en spesifikk sykdomskategori, men uttrykkes i generelle psykiske plager. Basert på deltagernes fortellinger klarer vi heller ikke knytte hele det psykiske symptombildet til hjerteinfarkt. Komorbid psykisk helse ved hjerteinfarkt kan muligens bedre forklares av den totale belastningen av tidligere og pågående livserfaringer, der hjerteinfarkt bidrar til total stressbelastning på en måte som svekker mestringsevne og

eventuelt reaktiverer gamle traumer. Helsevesenet må opprette/utbedre rutiner for kartlegging av livsstress, traumeerfaringer og mestringsressurser hos pasienter med hjerteinfarkt, slik at de som har behov for mer støtte eller psykisk helsehjelp kan fanges opp. Ved å lytte til hvilken type fortelling pasienten beretter, kan det bli enklere for helsepersonell å forstå både mennesket og sykdomsbildet bedre.

## Introduksjon

Fortellingen om hjerteinfarkt er på mange måter en suksesshistorie. Hjerteinfarkt er fortsatt den ledende dødsårsaken i Norge, men raskere og bedre behandling de siste femti årene har økt overlevelse betydelig (Mannsverk, 2016). I 2020 ble det registrert 13460 pasienter med diagnose akutt hjerteinfarkt i Hjerte-karregisteret (Kvåle & Folkehelseinstituttet, 2021). Dette tilsier at mange nordmenn derfor lever med mulige langvarige konsekvenser av hjerteinfarkt. Forekomsten av angst, depresjon og posttraumatiske reaksjoner er over dobbelt så høy hos pasienter med hjerteinfarkt sammenlignet med allmennbefolkningen (Kringlen et al., 2001). Utover økte samfunnskostnader ved overforbruk av helsetjenester, oppleves de viktigste konsekvensene av pasienten selv (Deykin et al., 2001). Psykiske plager og posttraumatisk stresslidelse er alvorlige, underdiagnostiserte sekveler som er assosiert med dobbelt risiko for nye hjerteinfarkt, gjeninnleggelse og dødelighet (Vilchinsky et al., 2017). Psykiske vansker etter hjerteinfarkt kan gi seg utslag i svekket fysisk og psykososial helse, vansker med å følge medisinske regimer og returnere til arbeid, samt redusert livskvalitet (Jacquet-Smailovic et al., 2021; Molina et al: 2018). Sammenhengen mellom komorbid psykisk helse og hjerteinfarkt er fortsatt ufullstendig forstått, samt ofte underestimert på grunn av fokus på sekundær symptomatologi (Molina et al., 2018). Mens noen forskere har vektlagt at posttraumatiske symptomer kan overlappe med og uttrykkes som generelle psykiske plager (Keane et al., 2007), har andre antatt at posttraumatiske reaksjoner skjer langs et kontinuum fra normale reaksjoner på stress til abnormale og maladaptive reaksjoner (Chung et.al 2008). I denne studien undersøker vi derfor hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk, med utgangspunkt i en bred forståelse av komorbid psykisk helse.

## Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en fellesbetegnelse på alvorlig kardiovaskulær sykdom som oppstår



når aterosklerose og blodpropp i kransarteriene reduserer blod- og oksygentilførselen til hjertet. Vanlige symptomer er ustabile brystmerter med utstråling til andre deler av kroppen, dyspné og kaldsvette (Løge, 2022). Én av tre eldre og mange kvinner presenterer derimot med atypiske symptomer (Løge, 2022). Aktuelle intervensjoner er medikamentell trombolyse og percutaneous coronary intervention (PCI, forkortelser se appendiks G)/ballongutvidele av blokkert koronararterie, eventuelt med innsetting av stent (Løge, 2022).

### **Posttraumatisk stresslidelse**

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) defineres i DSM-5 som en traume- og stressrelatert psykisk lidelse (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ifølge DSM-5 kvalifiserer en hendelse som «traume» dersom individet har vært eksponert for, vitne til eller indirekte eksponert for en reell eller opplevd trussel om død, alvorlig skade eller seksuell vold (APA, 2013). Om livstruende sykdom eller funksjonsnedsettende medisinsk tilstand som hjerteinfarkt er en traumatisk hendelse, avhenger derimot av subjektive oppfatninger om sykdommens alvorlighetsgrad og konsekvenser (APA, 2013). Noen sykdommer og prosedyrer kan bedre betraktes som «stressorer», der den passende diagnostiseringen vil være tilpasningsforstyrrelse (APA, 2013; Vilchinsky et al., 2017).

Kjernesymptomer på PTSD inkluderer intrusjoner som påtrengende minner, emosjonelt stress/fysisk reaktivitet når man utsettes for stimuli som minner om traumer, samt unngåelse av traumerelaterte tanker, følelser og påminnere (APA, 2013). Videre er negativ affekt, vansker med å huske hendelsen, sosial isolasjon, anhedoni og overdrevent negative antagelser om en selv og verden vanlig. Dette følges ofte av traumerelatert hyperaktivering som gir seg utslag i irritabilitet, årvåkenhet, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. For å kvalifisere for diagnosen må symptomene ha vedvart over én måned og forårsake betydelig funksjonsbegrensning (APA, 2013).

Edmondson (2014) argumenterer i sin «Enduring Somatic Threat Model of PTSD due to Acute Life-Threatening Medical Events» for at PTSD relatert til hjerteinfarkt har et egenartet symptom-bilde sammenlignet med enkeltstående traumer. Det er postulert at fremtidsrettede intrusjoner er vanligere enn flashbacks, fordi frykt for sykdomsforverring og nye infarkt er en reell trussel. Hjertet forstås som en indre trussel som skaper årvåkenhet for somatisk erfaring, eksempelvis økt hjerterate og blodtrykk. Slike signaler kan fortolkes som mulig nytt hjerteinfarkt. Katastrofefortolkning bidrar til en angstaktivering med påfølgende stressreaksjon som ligner opplevelsen av hjerteinfarkt – med svette, kortpustehet og høy puls. Den kroppslige angstresponsen forsterker frykten for mulig infarkt, slik at pasienten blir enda mer årvåken for nye signaler og det oppstår en negativ sirkel. Unngåelse er vanskelig fordi trusselen er i ens egen kropp. Gjennom å eksponere pasienten for traumerelaterte stimuli, kan behandling og medisinsk oppfølging bidra til hyperaktivering og negativ affekt - og derigjennom opprettholde psykiske plager (Edmondson, 2014; Marke & Bennett). For å fange opp den særegne psykiske symptomprofilen etter hjerteinfarkt, kan det være nødvendig å utvide tradisjonell screening og diagnostisering av PTSD (Fait et al., 2018).

### **Sammenhengen mellom hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse/PTSD**

Systematiske kunnskapsoppsummeringer har vist at psykiske plager etter hjerteinfarkt er sterkest assosiert med pasientens personlige opplevelse, snarere enn objektive kriterier (Jacquet-Smailovic et al., 2021; Vilchinsky et al., 2017). Verken demografiske faktorer eller den objektive alvorlighetsgraden av hjerteinfarkt, deriblant type (STEMI/NSTEMI), lokalisering, antall blokkerte koronararterier, nivåer av creatin kinase og C-reaktivt protein, samt risikoprofil (GRACE-score), er konsistent funnet å relatere til akutt stresslidelse eller PTSD etter hjerteinfarkt (Jacquet-Smailovic et al., 2021; Edmondson et al., 2012). I litteraturen har to forskningsmiljøer hatt ulikt fokus: PTSD som følge av hjerteinfarkt og

hjerteinfarkt som følge av PTSD. Ett tredje miljø har derimot fokusert på hvordan stressende livshendelser og barndomstraumer utgjør en predisponerende sårbarhetsfaktor for både psykiske plager og hjerteinfarkt (Almuwaqqat et al., 2021; Hughs et al., 2017; Lorem et al., 2022).

I det følgende henter vi inn disse tre perspektivene, mens vi redegjør for psykososiale faktorer før, under og etter hjerteinfarkt som kan bidra til psykisk komorbid helse med vekt på PTSD. Vi går så inn på egenressurser og mestringsstrategier som har vært forbundet med positive psykisk helse ved hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse, samt beskriver en sosisjonarrativ metode for å undersøke fortellinger om sykdom.

### **Faktorer fra tiden før hjerteinfarkt kan påvirke komorbid psykisk helse etter hjerteinfarkt**

I tiden før hjerteinfarkt viser forskning at traumeerfaring i barndom og voksen alder, kronisk stress, PTSD, mangel på sosial støtte, angst og depresjon øker risiko for både hjertekarlidelser og psykiske plager etter hjerteinfarkt (Ayers et al., 2009; Guidi et al., 2021; Whitehead et al., 2006). Psykososiale faktorer påvirker både selve hjertet og den psykiske helse gjennom fysiologiske mekanismer, psykologiske prosesser og helseatferd (Albus et al., 2018; Hughes et al., 2017; Molina et al., 2018). Prospektive studier har funnet assosiasjoner mellom kumulative psykiske traumer og økt risiko for hjerte-karlidelser, samt helseutfall hos pasienter med etablerte hjertekarlidelser (Gilsanz et al., 2017; Hendrickson et al., 2013). Stressende livshendelser er knyttet til begrepet «allostatisk belastning», som beskriver aggregerte endringer og slitasje i nerve-, endokrine- og immunsystemet som følge av blant annet psykososiale faktorer (Guidi et al., 2021). Ulik allostatisk belastning kan muligens forklare hvorfor pasienter med hjerteinfarkt opplever varierende grad av psykiske plager.

Tidligere traumeeksponering er assosiert med større opplevelse av stress ved nye

potensielt traumatiske hendelser (Benyamini & Solomon, 2005). Stress medfører psykofysiologiske endringer som bidrar til beredskap mot fare, deriblant årvåkenhet og sterkere emosjonelle reaksjoner på negative stimuli (Denson et al., 2009). Grad av stressaktivering ved diagnostisering av hjerteinfarkt er assosiert med psykiske plager i etterkant (Vilchinsky et al., 2017). Stressende livshendelser og sykdom siste 6-24 måneder før hjerteinfarkt korrelerer positivt med tilpasningsforstyrrelse og alvorlighetsgrad av posttraumatiske symptomer etter hjerteinfarkt (Jacquet-Smailovic et al., 2021). I en prospektiv studie av allmennbefolkning med hjerte-karlidelser ble det funnet signifikant økning i psykiske symptomer opptil 2-3 år før hjerteinfarkt (Lorem et al., 2022). Også tidligere psykologisk behandling er forbundet med økt symptomtrykk etter hjerteinfarkt (Roberge et al., 2010). Dette indikerer hjerteinfarkt oppstår i en kontekst med pågående stressende livshendelser og psykiske plager (Lorem et al., 2022), noe som muligens kan gi en synergistisk effekt, samt inngi en mer utfordrende risikoprofil og dårligere livskvalitet (Wikman et al., 2012).

Enkelte personlighetstrekk kan påvirke hvordan vi opplever potensielt traumatiske hendelser. «Alexitymi» karakteriseres av vansker med å identifisere og beskrive emosjonelle erfaringer, noe som antatt å utgjøre både en predisponerende sårbarhet for og reaksjon på traumeerfaringer (Alonzo & Reynolds, 1998; Ledermann et al., 2020). Alexitymi er konsistent assosiert med økt risiko for unngåelse, nummenhet og hjerterelatert PTSD (Meloni et al., 2016). Andre har derimot antatt at det beslektede begrepet «lav emosjonell reaktivitet» kan virke beskyttende ved å ta den emosjonelle brodden av stressopplevelsen (Cyniak-Cieciura & Zawadski, 2019).

### **Faktorer *under* akuttforløpet kan påvirke psykisk komorbiditet etter hjerteinfarkt**

Forskning har identifisert flere faktorer under akuttforløpet som øker risikoen for

komorbide psykiske plager og PTSD etter hjerteinfarkt. Utover angst og depresjon, inkluderer dette akutt stress, sterk opplevelse av kontrolltap, hjelpsløshet, håpløshet og frykt for å dø (Chung et al., 2011; Jacquet-Smailovic et al., 2021). Symptomer på dissosiasjon rundt hjerteinfarkt har vært relatert til utvikling av posttraumatiske symptomer og vedvarende funksjonsproblemer opptil femten år etter hjerteinfarkt (Ginzburg et al., 2016). Både overraskelse over å bli rammet og visshet om at det var hjerteinfarkt man opplevde har vært assosiert med flere posttraumatiske intrusjoner 6-12 måneder etter infarkt (Bennett & Brooke, 1999). Mer distinkte symptomer - som intens og vedvarende iskemisk smerte - er argumentert å oppleves som psykologisk livstruende og er konstant assosiert med posttraumatiske symptomer (Albarquoni et al., 2016; Vilchinsky et al., 2017; Wikman et al., 2012). Dødsfrykt er assosiert med tredoblet risiko for PTSD (Guler et al., 2009).

Møtet med helsevesenet kan påvirke om pasienten opplever hjerteinfarkt traumatisk. Psykiske plager og unngåelse hos pasienten før hjerteinfarkt er relatert til gjennomsnittlig 10 timer lengre ventetid før legevakten kontaktes (Newman et al., 2011). Utsatt behandling er hypotetisert indirekte å bidra til opplevde konsekvenser av hjerteinfarkt, og dermed bidra til utvikling og opprettholdelse av psykiske plager (Alonzo & Reynolds, 1998). Forhold på legevakten kan påvirke pasientens opplevelse av dødsfrykt og påfølgende posttraumatiske plager, blant annet ved å være forbundet med forsinket behandling, dårliger lege-pasientkommunikasjon og redusert tillit (Konrad et al., 2017; Koopman et al., 2002). Pasienter behandlet i en overbefolket legevakt hadde større sannsynlighet for å utvikle PTSD enn pasienter behandlet på samme legevakt ved et roligere tidspunkt (Edmondson et al., 2013). Opplevelse av et kaotisk sykehusmiljø er forbundet med sterkere stressreaksjon hos pasienten (Meister, Weber & Princip, 2016). Negative erfaringer med helsepersonell, som å bli overlatt til seg selv, isolering eller å konfronteres med overbelastede hjelpere, kan bidra til

traumatisering hos pasienter med hjerte-karlidelser (Peregrinova & Hamann, 2018). Andre har funnet at inngripende medisinsk behandling og flere liggedøgn er assosiert med posttraumatiske reaksjoner (Chung et al., 2008; Vilchinsky et al., 2017). Inngrep i seg selv kan være traumatiserende og gi psykiske plager (APA, 2013; Langvik & Hjemdal, 2015). Videre oppfølging og behandling, særlig medisinerer, er hypotetisert å være en trigger negative tanker om hjerteinfarkt og en oppfatning av hjerteinfarkt som kronisk lidelse (Cornelius et al., 2018; Husain et al., 2017). Edmondson og medarbeidere (2018) fant derimot at revaskularisering reduserte pasientens opplevelse av vedvarende somatisk trussel. Disse pasientene hevdet at de var «kurert» og hadde lavere nivå av posttraumatiske symptomer enn pasienter behandlet med trombolyse. Alsén og medarbeidere (2008) rapporterte tilsvarende i en kvalitativ studie, der 19 av 25 deltagere behandlet med PCI opplevde hjerteinfarkt som en avgrenset hendelse.

### **Faktorer etter akuttforløpet kan påvirke psykisk komorbiditet etter hjerteinfarkt**

En norsk prospektiv kohortstudie fant eksisterende psykiske plager toppet seg i løpet av det første året etter hjerteinfarkt (Lorem et al., 2022). Andre har funnet at posttraumatiske symptomer etter hjerteinfarkt reduseres i løpet av de første 6-12 månedene (Castilla & Vázquez, 2011). For en liten gruppe pasienter er det derimot funnet kronisk PTSD opptil åtte år etter infarkt (Ginzburg & Ein-Dor, 2011). Sannsynligheten for psykiske plager og PTSD etter hjerteinfarkt øker dersom pasienten frykter sykdomsforverring og oppfatter at hjerteinfarkt har negative konsekvenser for selvstendighet, identitet, fremtid, arbeid/økonomi og livskvalitet (Ayers et al., 2009; Fait et al., 2018; Sheldrick et al., 2006). Pasientens livskontekst, inkludert nye stressende livshendelser, økonomiske hensyn og livsstilsomlegging, er forbundet med uavhengige bidrag til posttraumatiske symptomer opptil syv måneder etter hjerteinfarkt (Alonzo & Reynolds, 2002; Ginzburg, 2006).

I etterkant av hjerteinfarkt kan maladaptive mestringsstrategier påvirke psykisk komorbiditet. Grubling og vansker med å koble av fra negative tanker om hjerteinfarkt, kombinert med emosjonell, kognitiv og atferdsmessig unngåelse, er assosiert med mer alvorlig psykisk komorbiditet (Ayers et al., 2009; Chung et al., 2008; Ginzburg et al., 2002). Unngåelse er funnet å være den sterkeste prediktoren for psykiske plager ved sykdom (Dempster et al., 2015). Pasienter med PTSD har lavere sannsynlighet for å engasjere seg i aktiviteter som kan bidra til symptomreduksjon, samt søker mindre hjelp for både psykiske og hjerterelaterte plager (Ayers et al., 2009). En kvalitativ studie fant at en mindre gruppe pasienter som opplevde hjerteinfarkt som ukontrollerbart hadde større mistillit til helsevesenet og tendens til å isolere seg (Alsén et al., 2008). Videre er både emosjonell ventilering og undertrykking av følelser relatert til traumeopplevelsen er assosiert med mer angst og posttraumatiske symptomer, samt dårligere relasjonell fungering (So & LaGuardia, 2011).

Adaptive mestringsstrategier og egenressurser kan også påvirke psykisk komorbiditet etter hjerteinfarkt. Selv om det er lite tilgjengelig data på adaptive mestringsstrategier hos pasienter med hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse, er god mestring generelt assosiert med mindre angst og depresjon, samt bedre helserelatert livskvalitet (Dollenberg et al., 2021). Videre er sosial støtte funnet å bedre utfall etter hjerteinfarkt, moderere effekten av traumer og beskytte mot utvikling av PTSD (Bennett & Brooke, 1999; Dinenberg et al., 2014; Marke & Bennett, 2013). Sosial støtte kan også bidra til å bekrefte positive antagelser om seg selv og verden etter hjerteinfarkt (Ginzburg, 2006). Sosial støtte i form av positiv tilknytning mellom pasient og helsepersonell, samt emosjonell regulering gjennom betroelser, er forbundet med bedre sykdomsmestring (Peregrinova & Hamann, 2018; Meloni et al., 2016).

Meister, Princip & Schnyder (2016) fant at resiliens, forstått som rask adaptering til

negative erfaringer, opplevelse av egenkompetanse og aksepterende holdning ovenfor seg selv og verden, var beskyttende mot PTSD etter hjerteinfarkt. Resiliens er også assosiert med signifikant færre symptomer på posttraumatisk stress, samt bedre fysisk og psykisk livskvalitet ett år etter hjerteinfarkt (Kirchberger et al., 2020; Kirchner et al., 2022). Andre har vist at resiliens reduserer alvorlighetsgraden av psykiske plager hos personer utsatt for andre traumer, samt øker sannsynligheten for å finne mening med negative hendelser (Poole et al., 2017; Schulz et al., 2014; Tugade & Fredrickson, 2004).

Resiliens har vært knyttet til posttraumatisk vekst, en prosess der traumeopplevelsen fører til en positiv endring i pasientens forhold til seg selv og andre ved å fokusere på styrker og muligheter (Hafstad & Sigqveland, 2008). Posttraumatisk vekst hos pasienter med hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse har vært linket til adaptiv mestring, positiv omfortolkning av traumehendelsen og aksept, samt lavere sannsynlighet for nye hjerteinfarkt (Petrie et al., 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004). Garnefski og medarbeidere (2008) fant tre emosjonsfokuserte mestringsstrategier som kunne forklare posttraumatisk vekst: perspektivtaking, positiv refokusering og positiv omfortolkning. Disse strategiene kan bidra til at personen lærer å utøve en viss kontroll over situasjonen, gjennom omfortolkning av traumet eller egen reaksjon, samt vektlegging av ny informasjon tilkommet etter traumet (Ginzburg, 2004; Carver & Scheier, 2001). Opplevelse av kontroll og positivt fokus er assosiert med bedre helse på lang sikt (Denson et.al, 2009).

### **Arthur Franks sosionarrative metode**

I *The Wounded Storyteller*, presenterer Arthur Frank (2013) en modell for folks fortellinger om sykdom (s. 53-73). Utgangspunktet er hans egen sosionarrative metode. Her skiller han mellom personlige fortellinger og narrativer. Personlige fortellinger er unike formspråk for å beskrive, skape, reflektere over og formidle selvidentitet eller sosial identitet i



relasjon til sykdom. Fortellingene er derimot frembrakt i en sosial kontekst ved tilpasning av narrative typer – mønsterfortellinger – som er tilgjengelige i kulturen. Basert på fortellinger om kreft og behandling utvikler han tre typologier: “The Restitution narrative”, “The Chaos narrative” og “The Quest narrative”. Ved å lytte etter narrative typer, kan vi høre mer av menneskets kroppsliggjorte sykdomserfaring.

Restitusjonsnarrativet dominerer ifølge Frank (2013) måten folk flest forteller om sykdom på (s. 77). Narrativet springer ut av en forventning i samfunnet om at helse er den menneskelige normaltstanden. Fortellingen handler om den syke som ønsker å bli frisk, men er også et svar på et sosialt behov for positive og håpefulle budskap som holder døden på avstand. Vi liker å lytte til restitusjonsfortellinger og fortelleren får oppmerksomhet og støtte. Grunnlaget for restitusjonsnarrativet er “den moderne forventningen om at det for enhver lidelse finnes en kur” (Frank, 2013, s. 80, min oversettelse). Individet internaliserer denne holdningen og forsterker derigjennom forståelsen av at sykdom er en avgrenset hendelse og skade alltid kan repareres. Ved å forvente effektiv behandling, skapes en opplevelse av forutsigbarhet og kontroll over eget liv, Frank (2013) skriver “I’m fine, but my body is sick and it will be fixed soon” (s.86).

Kaosnarrativet er fortellingen om livet som aldri blir bedre (Frank, 2013, s .97). Fortellingen presenteres slik personen opplever livet – uten koherent organisering eller tydelige årsaker. Fortellingen er vanskelig å lytte til fordi uttrykket bryter med det vi forventer av en “ordentlig historie”. Samtidig avdekker fortellingen sårbarhet, tapt handlekraft, nyttesløshet og dødelighet som er angstvekkende for lytteren. Derfor vil vi ikke lytte og fortelleren kan isoleres fra støtte – noe som forsterker kaos. Den som lever i kaos, kan vanskelig begrepsfeste eller reflektere over sin opplevelse; kaos kan bare leves. Når alt er rot, kan det være vanskelig å uttrykke behov eller akseptere hjelp. Som lyttere er vi fristet til å

hente frem andre narrativer, mens pasientens ønske er at vi anerkjenner lidelse: “What can be told only begins to suggest all that is wrong” (Frank, 2013 s. 99).

Quest-narrativet er Franks siste typologi. Quest handler om hvordan pasienten aksepterer sykdommen og forsøker å bruke den til å skape en bedre livsfortelling. Sykdom blir en oppdagelsesreise pasienten skal lære av. Lærdommen kan kun vinnes gjennom lidelse og omfortolkning av ens eget forhold til sykdommen. Narrativet innebærer at sykdom er nødvendig for at fortelleren skal bli sitt sterkeste selv, en helt med en spesiell gave han må dele med andre. Frank (2013) skriver «[...] the purpose is becoming one who has risen to that occasion” (s. 128).

I den vestlige verden har en flora av fortellinger med form av Quest-narrativet vokst frem. Willig (2011) påpeker hvordan “cancer survivorship” nærmest har blitt et moralsk krav. Det er sosialt forventet at pasienten skal være en “energized, dynamic, survivor warrior” (Bell, 2014, s.586). “Cancerization” begrepsfester hvordan pasienten skal fortelle om sykdom som en utfordring som transformerte ham til et nytt og bedre selv. Dominante diskurser om sykdom antas å begrense hva som er sosialt akseptabelt å føle, tenke og oppleve i forbindelse med sykdom og lidelse (Willig, 2011). Solbrække & Lorem (2016) undersøkte om det var spor etter “cancerization” i fortellingene til overlevende etter gynekologisk kreft i Norge. Forskerne fant at de sosiale normene ikke tilsa at pasientene måtte uttrykke samme grad av heroisme og positivitet som er forventet i Nord-Amerika. Dette ble forklart ut fra de norske samfunnsnormene om sosialt likeverd og tillit. Fortellingene var karakterisert av en retorikk der trusselen mot liv og helse ble trukket inn i et restitusjonsnarrativ der omkvedet var. “I survived against all odds” (Solbrække & Lorem, 2016 s. 1269).

### **Forskningsspørsmål og formål med studien**

Selv om forskning har identifisert flere faktorer som påvirker forholdet mellom hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse, er denne sammenhengen ikke fullt ut klarlagt (Molina et al., 2018). Det er viktig å nyansere eksisterende kunnskap fordi både hjerteinfarkt og psykisk komorbiditet er forbundet med negative helseutfall og redusert livskvalitet for de mange som årlig rammes. Formålet med denne studien var å skape dypere forståelse for den subjektive erfaringen som ligger til grunn for psykisk komorbiditet, ved å utforske menneskers egne fortellinger om opplevelsen av hjerteinfarkt. Deltagernes egne fortellinger og forklaringer bidrar dermed til erfaringsbasert og kontekstualisert kunnskap om hvordan vi best mulig kan fange opp og støtte disse pasientene. Med utgangspunkt i Franks sosionarrative metode utforsket vi deltagernes fortellinger om: 1) Hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk, 2) Psykisk helse og behov, 3) Møtet med helsevesenet, og 4) Livserfaringer som påvirker hvordan deltagerne håndterer sykdom.

Forskningsspørsmålene vi ønsket å besvare var:

- a) Hvordan kan hjerteinfarkt henge sammen med komorbid psykisk helse?
- b) Får man posttraumatisk stresslidelse av hjerteinfarkt og hva kan deltagerens fortellinger si oss?

### **Metode**

Vår hovedoppgave faller inn under veileder Geir Lorems forskningsprosjekt om sammenhengen mellom hjerteinfarkt og PTSD (Cristin-prosjekt-ID: 2062449, 02.05.2022): «Post-traumatic stress syndrome among heart patients: A mixed methods study of comorbid mental health problems among persons with myocardial infarction in the Tromsø Study» (Se

appendiks A). Vi bidro i prosjektets kvantitative fase med PTSD-screening av pasienter med hjerteinfarkt.

### **Forskningsdesign**

Vår studie var en kvalitativ studie med sosionarrativ innfallsvinkel og et eksplanatorisk design. Eksplanatorisk design blir brukt for å forklare et fenomen eller hvorfor noe har skjedd. Dermed kan vi utforske personlige erfaringer, samt deres årsaker og bakgrunn/motiv slik deltageren selv forklarer dem i intervjuene (Edmonds & Kennedy, 2016, s.161). Det analytiske formålet med forskningsintervjuet var derfor å få deltagerne til å forklare sin livshistorie med særlig vekt på hvordan stress, nedstemthet og frykt eller angst kunne være knyttet til hjerteinfarkt.

Studien brukte narrative metoder for design av intervju og analyse (Edmonds & Kennedy, 2016, s.160). Den narrative tilnærmingen innebærer utviklingen av forståelse for et fenomen basert på forskningsdeltageres personlige fortellinger. Formålet var å oppnå et rikt datamateriale som fanget opp og nyanserte deltagerens erfaring med hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse.

For å belyse forskningsspørsmålet benyttet oss av semistrukturerte forskningsintervjuer med utgangspunkt i et sosionarrativt perspektiv (Frank, 2013). Et personlig narrativ kan defineres som 'en forlenget bolk tale' (Riessman, 2008, s.6), hvor fortelleren kommuniserer om kontekstualiserte livshendelser for at disse skal forstås på en bestemt måte. Det vil si at fortellingen ofte er strategisk, funksjonell og har en klar hensikt. I dette ligger det mulighet til å gjenoppleve minner, rettferdiggjøre, overtale, engasjere, og eventuelt skjerme intervjueren fra detaljer deltageren ikke vil nevne. Deltagerens fortellinger gav oss dermed ett bestemt og personlig perspektiv på hvordan hjerteinfarkt er assosiert med komorbid psykisk helse. Ved å utforske disse fikk vi innblikk i hvordan deltageren ser på

livshendelser i temporal og logisk orden (Frank, 2013). Som sosial kommunikasjon viser deltageres fortellinger ofte til allmenngyldige utfordringer og opplevelser, slik at vi også fikk innblikk i hvordan deltageren oppfattet den psykososiale konteksten rundt hjerteinfarkt. Når fortellinger bryter sammen eller et fenomen ikke ansees som noe å fortelle om, kan dette peke på viktige sider ved deltagerens opplevelse (Frank, 2013). Intervjuene startet derfor med et fortellingsinduserende spørsmål med åpen vinkling, slik at deltagerne selv i stor grad kunne styre innhold og retning. Underveis lyttet vi aktivt etter punkter der deltageren uttrykte sterke følelser eller fortellingen falt sammen, slik at vi ved oppfølgingsspørsmål kunne lodde deltagerens forståelse videre. I dette forsøkte vi å legge til side vårt teoretiske og klinisk blikk på hvordan et hjerteinfarkt oppleves og hvilke andre livserfaringer som kan være relevante for å forstå opplevelsen.

Mot slutten av intervjuene innhentet vi kvantitative data om potensielt traumatiske livshendelser gjennom skjemaet TRAPS – Trauma and PTSD Screening. TRAPS er et standardisert kartleggingsverktøy validert på engelsk, sammensatt av to internasjonalt validerte screeningskjemaer for post-traumatiske erfaringer og symptomer: Stressful Life Events Questionnaire (SLESQ, Goodman et.al 1998) og PTSD-Checklist for DSM-5 (PCL-5, Weathers et.al 2013). Skjemaet er ikke validert på norsk, men utgitt og anbefalt av Norsk Kompetansesenter for Vold og Traumatisk Stress (Heir & NKTVS, 2014). Først måles 15 ulike stressende livshendelser, deretter ulike symptomgrupper og til sist om, hvor ofte og hvor lenge deltagerne har opplevd seg plaget av symptomene.

## **Utvalg**

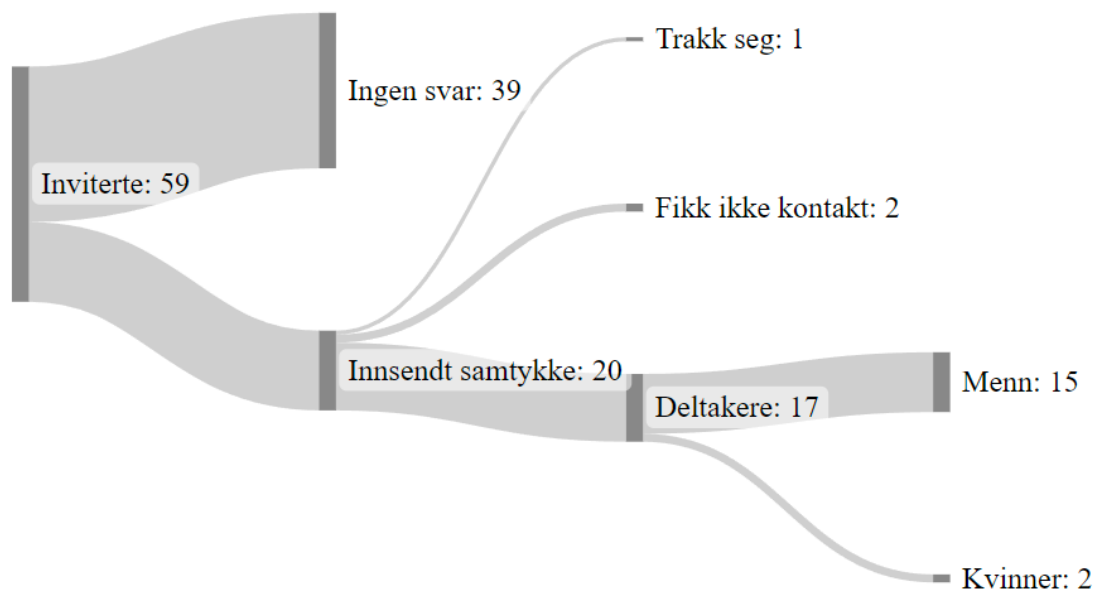
Vi benyttet et strategisk utvalg av pasienter rekruttert gjennom kardiologisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Forskningskoordinator og LIS-lege ved avdelingen valgte ut aktuelle deltagere fra kvalitetsregisteret ved avdelingen. Det ble fremstilt

en liste med navn, adresse og diagnose (STEMI/NSTEMI) ved siste behandling for hjerteinfarkt. Det ble sendt ut invitasjon til deltagelse. Signerte samtykker ble sendt direkte til prosjektleder.

Utvalget bestod av pasienter som hadde gjennomgått behandling for hjerteinfarkt ved UNN Tromsø i løpet av de siste 6-12 månedene. Deltagerne tilhørte et register for tidligere deltagere i Tromsø-undersøkelsen. Vi ønsket et bredt utvalg med både kvinner og menn, i ulike aldre. Inkluderte deltagere var bosatt i Tromsø kommune. Kardiolog ekskluderte deltagere som i rekrutteringsfasen gjennomgikk alvorlig sykdom, ble ansett som for skjøre til å møte til intervju eller hadde demens.

### Figur 1

*Illustrasjon av utvalg og rekrutteringsprosess*



*Note.* Figuren illustrer rekrutteringsprosessen fra invitasjoner sendt ut til det utvalget som ble intervjuet.

Det ble sendt ut 59 invitasjoner med informasjon, samtykkeskriv og returkonvolutter til deltagerne per post (se Appendiks B). Rekruttering foregikk i to omganger fra november 2021 til august 2022, illustrert under ett i figur 1. Tolv deltagere responderte i første runde og 8 responderte i andre runde. Totalt ble 20 samtykkebrev mottatt. Videre opprettet forskerne kontakt per telefon eller brev for videre avtale. Tre av disse falt ut enten ved at forskerne ikke fikk etablert kontakt ( $n = 2$ ) eller ved at deltager ( $n = 1$ ) ombestemte seg underveis. To kvinner og femten menn i alderen 45-75 år stilte til intervju. Av disse var tre registrert med gjennomgått STEMI-hjerteinfarkt og fjorten registrert med NSTEMI-hjerteinfarkt.

Deltagerne uttrykte ulike motivasjoner (se Appendiks C) for deltagelse som kan ha påvirket resultatene. De ulike motivasjonene gav interessant kontekstuell informasjon som bidro til forståelsen av hvordan sammenhengen mellom hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse kan være.

### **Datainnsamling**

Datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer og TRAPS-skjemaet (se Appendiks D). Det ble totalt utført 17 intervjuer ansikt til ansikt, på universitetet i Tromsø ( $n = 16$ ) eller hjemme ( $n = 1$ ) hos deltagerne. Varigheten av intervjuene varierte mellom 30 minutter til 2 timer og 40 minutter. Intervjuene ble gjennomført og transkribert fortløpende fra desember 2021 til august 2022.

Intervjuene ble utført med intervjuguide utviklet av Eva Therese Næss og Geir Lorem (se Appendiks E). For å få frem deltagerens uavbrutte fortellinger om hjerteinfarkt ble de møtt med en åpen, narrativ innfallsvinkel: «Fortell om den dagen du fikk hjerteinfarkt?». Intervjuer forsøkte å unngå avbrytelse, legge merke til hvordan deltagerne fortalte sin historie og notere

ned hvor deltagerne virket mest opprørt. Potensielt viktige tema kunne dermed enkelt følges opp i den løpende samtalen. For å utforske deltagerens personlige sårbarhetsfaktorer ble det videre stilt spørsmål som: «Har noen i din oppvekstfamilie/slekt hatt MI?», «Hvordan har de håndtert det å være syk?» og «Snakket dere noe om det?». For å fremme hvordan hjerteinfarkt kan ha påvirket deltagerens psykiske helse og livskvalitet ble det stilt spørsmål som «Fortell om tankene/reaksjonene du har hatt om dette i etterkant?», «Finnes det en tid og sted hvor du ikke tenker på hjerteinfarkt?» og «Har hjerteinfarkt påvirket hvordan du lever hverdagen din?». Vi forsøkte å fange inn den sosiale betydningen av hjerteinfarkt med spørsmål som «Fortell om dine pårørendes reaksjoner under og etter hjerteinfarkt?». Videre utforsket vi deltagerens erfaring med helsevesenet og behov relatert til dette ved spørsmålet: «Fortell meg litt mer om ditt møte med helsevesenet dagen du fikk hjerteinfarkt og i oppfølgingen i etterkant?». Deltagerne fikk så anledning til å fortelle om andre livserfaringer de mente påvirket hvordan de opplevde hjerteinfarkt, før TRAPS ble fylt ut for å kvantifisere mulige traumatiske livserfaringer.

### ***TRAPS***

Screening ble utført mot slutten av intervjuet. Resultatene vil bli publisert i en egen studie. Foreløpig analyse viste at deltagerne rapporterte mange traumatiske opplevelser, der to deltagere scoret over cut-off for mulig PTSD. Samtale rundt skjemaet bidro til mye kvalitativ informasjon som utdypet deltagerens fortellinger.

### ***Transkripsjon***

Transkripsjon ble utført av studenten som hadde gjennomført intervjuet. Deltagerne ble anonymisert med nummer, der en forsker brukte partall fra 2-12 og den andre brukte oddetall fra 1-21. I resultatdelen er sitater anonymisert ved deltagernummer. Vi utførte en lydner transkripsjon med gjengivelse av dialekt, fyllord, pauser og vokaliseringer. Valg av



utfyllende transkripsjon ble gjort fordi måten deltagerne fortalte på kunne være viktig for tolkning av deres fortellinger.

### ***Samtykke, utstyr og lagring av data.***

Skriftlig samtykke ble signert av deltager før intervjuet og lagret i safe på Institutt for Psykologi (IPS), ved Universitetet i Tromsø. Intervjuene ble tatt opp på Lydopptak med Olympus WS-200S «Digital Voice Recorder» plassert nær deltager. Muntlig samtykke og eventuelt mer informasjon ble gitt før lydopptaket ble startet, samt bekreftet underveis i intervjuet. Informasjon om deltagernes navn, adresse og løpenummer ble lagret i dokumentmappe i safe på IPS. Ved avsluttet intervju ble lydfilen umiddelbart overført til kryptert USB-pinne med passordbeskyttelse. Lydfilen ble så slettet fra opptakeren. Etterhvert ble filen flyttet via studentenes brukerkonto til en privat plassering på UiTs sikre TEAMS-database, som er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for sensitive data. Transkripsjon ble utført i et Word-dokument som fortløpende ble lastet opp på samme sikre TEAMS-gruppe. Datamateriale og lydfiler var kun tilgjengelig for medlemmer av PTSD-forskningsgruppen. Der deltageren ønsket materiale slettet, ble lydfiler ikke gjort tilgjengelig for medforskere og transkripsjon utelatt. Annen informasjon var det kun studentene og veileder som hadde tilgang til.

### **Analyse**

Intervjumaterialet ble planlagt undersøkt med tematisk analyse. Braun & Clarke (2006) angir seks steg en slik analyseprosess kan innebære. Illustrasjoner av ulike deler av analyseprosessen kan ses i appendiks F.

### ***Kjennskap til datamaterialet***

Først ble vi godt kjent med datamaterialet. Etter hvert intervju ble det skrevet notater og materialet ble gjennomlyttet og -lest. I samtale utviklet vi tanker om intervjuenes tematikk.

Datamaterialet ble utforsket fra flere vinkler. Vi skapte en visualisering av hver deltagers hjerteinfarktforløp, negative livserfaringer og mestringsressurser de fremkom i intervjuet. Utforskningen tydeliggjorde konteksten for deltagerens fortelling om hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse. Deretter startet vi forsiktig med å identifisere meningsenheter i den transkriberte teksten. Hver forsker utførte meningskondensering og noterte seg mulige tema for sine respektive intervjuer i en Word-tabell.

### ***Koding***

Andre steg i det kvalitative analysearbeidet var koding, der vi brukte analyseringsprogrammet Nvivo (QSR International, 2020). Programmet egner seg til å sortere ut og kode store mengder data i utviklingen av overordnede temaer. Kodingen foregikk setning for setning der vi først laget «noder» med ulike meninger i et språk nær det deltagerne selv brukte. Forskerne hadde ansvar for koding av hver av sine intervjuer. Vi hadde regelmessige diskusjonsmøter der vi forsøkte å se sammenheng i meningsenheter på tvers av intervjuer. Små noder ble slått sammen til større noder i en fortløpende prosess hvor det gradvis dannet seg mer tydelig tema. For å unngå tapte meningsenheter gikk forskerne igjennom intervjuene i flere runder (Braun & Clarke, 2006).

### ***Utforming av tema***

Som tredje fase i analyseprosessen ble det under veiledning av Geir Lorem gjennomført en innholdsanalyse (Braun & Clarke, 2006). Basert på forskningsspørsmålet slo vi sammen koder og fant fire overordnede tema: «Hvordan er hjerteinfarkt traumatiserende?», «Hvordan er hjerteinfarkt traumatiserende i livet etter?», «Hvilke andre ting er traumatiserende?», samt «Hvilke faktorer gjør at en ikke får PTSD?». Basert på disse utviklet vi undertema, omkategoriserte eller fjernet mindre relevante koder. Forskerne fordelte så hovedtema seg imellom og skrev ut meningsbevarende flytende tekst. Teksten ble printet på

papir og lest høyt. Ved å relatere tekstbolker til hverandre på en tavle dannet vi et helhetsbilde av resultatene, som så ble skrevet ut i helhetlig tekst. Sitater ble sortert fortløpende og valgt ut fordi de fanget inn en betydning felles for mange deltagere eller viste til et nyanserende perspektiv på det relevante fenomenet. Disse ble så innskrevet i teksten under resultatformidlingen.

### ***Gjennomgang av tema***

I den fjerde fasen ble det tydelig at den eksplorerende tilnærmingen tilsa en nyansering av hovedresultatet fra PTSD-spesifikt til komorbid psykisk helse. Sammen Geir Lorem diskutert vi om våre overordnede tema faktisk representerte deltagerens meninger (Braun & Clarke, 2006). Vi skjerpet deretter tematikken for best mulig å få frem deltagerens opplevelser slik de kom frem i deres fortellinger.

### ***Definering av resultater***

For å best mulig å besvare forskningsspørsmålet ble det i femte fase utviklet tre nye hovedtema: 1) Fortellingen om opplevelsen av hjerteinfarkt 2) Totale livsbelastninger, 3) Egenressurser og mestring. Ut fra ønske om å innfange felles kjennetegn ved deltagerens fortellinger, ble tre typologier utledet fra datamaterialet (Frank, 2013). Typologiene lot oss skille ut kvalitativt ulike forløp som belyser hvordan hjerteinfarkt henger sammen med komorbid psykisk helse. Den enkelte deltageres fortelling kunne ha trekk fra flere typer, men den overordnede meningen i og måten fortellingen ble kommunisert på passet én type bedre enn de andre. Disse endringene var forutsetningen for den sjette fasen i Braun og Clarks (2006) modell - rapportering.

### ***Rapportering***

I den sjette fasen ble resultatene formidlet i rapport (Braun & Clarke, 2006). Parallelt ble samtlige intervjutranskripsjoner gjennomgått for å sikre at rapporteringen representerte de

faktiske meningene i datamaterialet. Av personvern hensyn valgte vi å ikke dele detaljer fra fortellinger fra deltagere med mulig PTSD separat.

### **Etiske hensyn**

Prosjektet er forhåndsgodkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i Nord-Norge, samt Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og personvernombudet på universitetssykehuset (PVO) (se appendiks H). Det ble godkjent endringer ved at Kristine With og Ida Aasebøstøl fungerte som prosjektmedarbeidere.

Det ble ikke gjort veivalg som gikk utenfor det søknaden beskrev før prosjektstart (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag [NEM], 2009). For å sikre kompetanse før datainnsamlingen fikk vi veiledning i intervjuguide, forskningsintervju-teknikk og bevisstgjøring på forskjellen mellom forsker- og klinikerrollen av Eva Therese Næss. Med bakgrunn i forskning som har vist høyere forekomst av psykiske lidelser og stressende livshendelser blant mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt, er det gjort flere etiske beslutninger. Før oppstart fikk vi god innføring i prosjektets etiske rutiner, der deltagere med TRAPS-skår over cut-off formidles videre til Eva Therese for oppfølging og bistås i å søke psykisk helsehjelp. Ettersom intervjuets tema kunne være sensitivt, var det viktig å gjennomføre intervjuet i privat rom uten forstyrrelser. Deltagerne ble antatt å kunne vurdere egen risiko og villighet til å delta, samtidig som eksklusjonskriteriene kan ha fjernet de potensielt mest sårbare deltagerne. Vi vektla å følge deltagerne fortellinger med respekt, empati og forsiktig nysgjerrighet for ikke presse frem flere detaljer enn vedkommende var komfortabel med. Dette ble aktualisert ved at enkelte deltagere satte klare grenser for tema de ikke ønsket å snakke om.

Videre ble det i noen tilfeller naturlig å ta hensyn til de behov deltagerne uttrykte i intervjusituasjonen. På initiativ fra deltager ble det ved noen intervjuer samtale om andre

stressende livshendelser enn hjerteinfarkt og/eller nødvendig å gi informasjon om hvordan deltager kunne søke psykisk helsehjelp. For å opprettholde relasjon og motivasjon, valgte intervjuer å stille seg lyttende og forsiktig spørrende rundt aktuelle tema, med bevissthet om ikke å gå inn i en terapeutisk rolle. En deltager fortalte intervjuer om flere traumehendelser som han ikke ønsket at andre skulle få vite om. Intervjuer holdt dermed lydopptak for seg selv og fortalte ikke om innholdet til medstudent. Vi har forholdt oss varsomt og deltagerne har trolig ikke vært skade-lidende som følge av studien.

### **Resultater**

Den tematiske analysen resulterte i tre hovedtema: 1) Tre typer fortelling om hvordan hjerteinfarkt er henger sammen med psykisk helse. 2) Totale livsbelastninger. 3) Egenressurser og mestring (se Tabell 1). Typologiene utledet av datamaterialet viste kvalitative forskjeller i hvordan hjerteinfarkt ble opplevd traumatisk, hvilke omstendigheter som rådet da deltageren ble rammet og hvordan deltagerne mestret opplevelsen. Resultatene viste at dette utvalget opplevde et bredt spekter av psykiske symptomer både før, under og etter hjerteinfarkt. Det fremkom derimot ingen tydelig sammenheng mellom hjerteinfarkt per se og psykisk komorbiditet. For å utvide forståelsen av sammenhengen mellom hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse, rettet vi derfor blikket til deltageres totale livsbelastninger. Samtidig fortalte de fleste deltagerne om egenressurser og mestringsstrategier som gjorde at de klarte seg godt.

**Tabell 1**

*Tre temaer utledet fra deltageres fortellinger om hjerteinfarkt*

Typologi: Fortellingen om hjerteinfarkt	Fortellingen om totale livsbelastninger	Fortellingen om egenressurser og mestring
Type 1. Ikke-fortellingen	Stressende livshendelser i barndommen	Egenressurser
Type 2. Den dramatiske	Stressende livshendelser i voksen alder	Lærdom fra viktige livserfaringer
Type 3. Den uavklarte	Sykdom	

*Note.* Oversikt over hvordan hovedtema og undertema er disponert videre i teksten.

### **Tre typologier om hvordan hjerteinfarkt er assosiert med komorbid psykisk helse**

I det følgende presenteres tre prototypiske fortellinger (se Figur 2) om hvordan hjerteinfarkt er assosiert med komorbid psykisk helse: Type 1 «Det er ikke noe å fortelle», Type 2 «Den dramatiske» og Type 3 «Den uavklarte». Fortellingstypene kan forstås som et kontinuum med kvalitative skiller mellom deltageres opplevelse, traumer, behov og mestring. Deltagerne fortalte om opplevelsen av selve hjerteinfarkt, samt erfaringer de satt med fra tiden før, under og etter. Fortellingene handlet om hvordan de opplevde symptomer, møtet med helsevesenet, tanker rundt egne reaksjoner og atferd, forklaringer på hvorfor hjerteinfarkt rammet dem, opplevd alvorlighetsgrad, samt hvordan de har håndtert liv og helse i etterkant av infarkt.

**Figur 2**

*Illustrasjon over typologier og symptomer*



*Note.* Figurens tre inndelinger fremhever typiske trekk ved de ulike fortellingene. Pilene rundt figuren representerer hvordan typologiene utgjør et kontinuum av opplevelse fra tilsynelatende lite påvirket til mulig overbelastet. Sirkelen i midten fremstiller hvilke symptomer som kom frem i deltagerens fortellinger og illustrer symptomtrykk som heller mer mot de dramatiske og uavklarte fortellingene.

### ***Det er ikke noe å fortelle***

«Det er ikke noe å fortelle» var karakterisert av å være en «ikke-fortelling».

Deltagerne gav en kort og summarisk redegjørelse for hvordan de fikk hjerteinfarkt, søkte hjelp, mottok behandling – og nå satt til intervju. Fortellingen manglet forhistorie, ble nøkternt fremstilt og endte på en positiv sluttnote. Hjerteinfarkt var et tilbakelagt kapittel og ingenting å snakke om, selv etter grundig oppfølging av intervjuer. Ikke-fortellingen ble

derimot nyansert ved oppfølgingsspørsmål. Noen deltagere fortalte en tilsynelatende avklart historie om sine opplevelser. Andre gav svar som pekte på at det kanskje kunne vært mer å si om hjerteinfarktopplevelsen, men deltageren valgte å avgrense samtalen.

**Akuttførlop.** Felles for deltagerne var at de gav en fattig beskrivelse av hvordan de opplevde symptomer og reagerte på disse:

*«Ja, det fikk jeg om natta. Men jeg reagerte ikke ordentlig på det før om morgenen. Og da hadde jeg vondt i brystet. Og så ringte jeg lege - og så kom sykebil – og så bar det rett på sykehuset. Og derifra på operasjonensbordet – og etter der har det vært OK!» (21)*

Deltagernes uavbrutte fortelling endte her. De var generelt ordknappe, men på videre prompting fra intervjueren fremkom det flere detaljer rundt hjerteinfarkt. Noen deltagere hadde opplevd ubehag og vage symptomer i forkant: *«Så jeg hadde jo opplevd og hatt symptomer tidligere. Kanskje ei uke som var gått» (12).*

Felles for disse deltagerne var underliggende sykdom og behandling med sporadiske ettervirkninger i form av smerter og ubehag: *«Jeg trodde det var smerter etter strålebehandling mot brystet» (21)* og *«det var sånn mage-halsbrann sak. Det føltes sånn ut» (12).* De avventet dermed å kontakte lege. Selv om smertene i brystet ble forvekslet med smerter av andre årsaker, handlet deltagerne raskt og adekvat når de innså at det kunne være et mulig hjerteinfarkt: *«[...]ikke før om morgenen, da ble det skikkelig vondt – da reagerte jeg. Jeg skjønnte jo det var noe med hjertet» (21).* I andre tilfeller støttet pårørende deltageren i å søke helsehjelp:

*«Jeg ble sånn klam i hendene og kaldsvettet [...] så kom en kollega av meg som hadde hatt et alvorlig hjerteproblem og blitt startet med strøm. Så han sa 'Nei, vi ringer 113 med én gang, det er det vi skal gjøre!'».* (12)

Deltagerne med ikke-fortellinger, nevnte få følelser eller tanker knyttet til opplevelsen



av infarkt: «Jeg tenkte jo selvfølgelig jeg hadde fått hjerteinfarkt og at jeg måtte komme meg på sykehuset, men det er en stund siden nå – så nøyaktig hva jeg følte er vanskelig å si idag» (21).

Iverksatt behandling ble kort redegjort for: «da det ble gjort [blodgassprøve], da var det bare fem minutter og de konstanterte et infarkt og da var det bare rett opp. Så var det bare en time, og så var jeg ferdig stentet» (12). Deltagerne ble utskrevet dagen etter behandling og vektla at nå er alt i orden: «Det gikk veldig greit og – hadde ingen ettervirkninger, nesten. Fikk fire stent. Ferdig med det!» (21). Møtet med helsevesenet under hjerteinfarkt ble beskrevet som trygt og var en av få reaksjoner som ble trukket frem på spørsmål fra intervjuer: «[...]den eneste reaksjonen jeg hadde, var at jeg synes det var veldig godt å ligge på overvåkingen når de sjekket alt! For da følte jeg meg trygg!» (21). I ikke-fortellingen ble behandlingen beskrevet som særlig profesjonell: «De er veldig dyktige sånn faglig medisinsk sett her på UNN. Det er kjent i hele landet» (12).

Deltagerne som ikke utbroderte fortellingen om hjerteinfarkt, nevnte sjeldent pårørende uoppfordret. En deltager fortalte at han ikke ringte pårørende da han ble lagt inn for operasjon. På spørsmål fortalte deltagerne at de hadde snakket kort om hjerteinfarkt med familien. De antok at familien har klart seg greit: «Jeg har tatt det greit og det regner jeg med at de også har gjort!» (21). En deltager trakk frem at andre har opplevd hjerteinfarkt verre enn ham: «[...]mange som reagerer sånn, at de blir redd. Men jeg har ikke hatt noen sånne problemer.» For egen del virket ikke hjerteinfarkt å være noe å snakke om: «Og så kom jeg meg ut derifra og så gikk bare sånn pøh-om-pøh – og her sitter jeg idag, hehe!» (21).

**Livet etter hjerteinfarkt.** Deltagerne fortalte at de ikke tenker på hjerteinfarkt. Søvnkvalitet ble brukt som målestokk på god psykisk helse: «Som jeg sier – jeg sover godt om natta» (12). De var derimot sensitivisert for at nyoppståtte symptomer som kunne være

hjerterinfarkt og søkte helsehjelp hurtigere. Også dette ble beskrevet rett frem og bekymringene ble lagt vekk etter helsekontroll.

*Så jeg fikk meg en ny tur på sykehuset og sjekket opp. Men så driver jeg på med en god del trening og vektløfting, så jeg hadde vel tatt litt for hardt i der. Det var det som gjorde at jeg hadde vondt. Så det var ingen problemer med hjertet. (21)*

Deltagerne fortalte at de stolte på effektiv behandling i helsevesenet. Mange fortalte at de ikke gjorde store endringer i livene sine etter infarkt, men gjenopptok sine vanlige liv. En fortalte «Jeg følte at jeg var i kompetente hender og – de visste hva de drev på med. Så. Mer kan ikke jeg gjøre – jeg har gjort mitt, jeg regner med at de gjør sitt!». Fortellingene var karakterisert av fremtidsrettethet, men noen ganger pekte svarene på mulige tidligere vansker relatert til hjerterinfarkt: «Nei, jeg går videre. Man kan ikke grave seg ned!» (21)

Felles for deltagere som fortalte lite om hjerterinfarkt var tidligere kreftsykdom. Erfaringen med kreft påvirket derimot livene deres fortsatt: «Og der tror jeg at jeg lærte en del selv, som jeg har tatt med meg videre. Alt er ikke en selvfølge, for å si det sånn. Den satt litt» (21). I kontrast til dette var hjerterinfarkt et avsluttet kapittel: «Når jeg kom ut derifra, var det intet problem å gå videre i livet» (21).

### ***Den dramatiske fortellingen***

«Den dramatiske fortellingen» var karakterisert av tydelige og kontekstualiserte utfordringer beskrevet langs en sammenhengende tidsakse med logisk konsistens, tydelig fokus og klare karakterer. Fortellingene handlet deltagerens første hjerterinfarkt, også når dette hendte for lenge siden. Deltagerne synes å ha opplevd seg syke og i livsfare, men fortellingen ble balansert av beskrivelser av hvordan de ble ivaretatt og klarte seg godt.

**Akuttforløp.** Fortellingen startet oftest rett på opplevelsen av hjerterinfarkt, som fremtvang reaksjon og handling:

*«Det som skjedde når jeg fikk hjerteinfarkt – så satt vi og spiste middag. Og da kjente jeg meg uvel og hadde vondt i brystet og skjønnte ikke hva det var - og så tenkte jeg at jeg bare var stresset, at jeg må slappe av litt. Så mens jeg satt i badekaret tenkte jeg: 'Nå må du komme deg opp herifra før 1-1-3 må hente deg'». (11)*

Andre fortalte at pårørende registrerte symptomer i situasjonen lenge før de selv gjorde det: *«Jeg merket jo ingenting selv – det eneste var at jeg var, at jeg var andpusten – tok jo noen snapper som jeg sendte til søsteren min og hun kommenterte 'herregud, hvor du puster!' skrev hun» (5). Pårørende reagerte også sterkere og raskere enn deltageren selv: «Og da sa jeg til henne 'nå skjedde det noe, det ble litt rart tror jeg' - men jeg tenkte jo ikke selv på at det var noe. Hun tenkte jo det [hjerteinfarkt] med én gang hun» (5).*

Selv om symptomene var kraftige, tenkte deltagerne oftest ikke at de hadde fått hjerteinfarkt. Antatt kjent årsak og at de holdt på med verdsatte aktiviteter førte til at noen deltagere valgte å avvente situasjonen:

*«Jeg var så jævlig dårlig, hadde så vondt i nakken om nettene, jeg var tungpusta, jeg sleit! Men siden sønnen og samboeren var kommet ut og vi hadde planlagt å være der i åtte døgn og vi hadde bunkret opp mat og sånn – så stod jeg han nå av». (15)*

Et fellestrekk ved de dramatiske fortellingene var at opplevelsen etter hvert kulminerte i et klart symptom-bilde:

*«[...]etter løpet greide jeg ikke å få pulsen ned, så jeg skjønnte at det var noe som var feil! Jeg husker det så godt at – at jeg var i bilen og så – det som var kjerringa mi da, hun gikk inn på kaféen – og så sa jeg at 'jeg kommer om en liten stund'. Og så gikk jeg ikke inn i det hele tatt for jeg hadde såpass vondt. Jeg torte ikke å gå inn. Så kom hun tilbake og fant meg [...]». (3)*

Selv om noen fortalte at pårørende måtte overbevisende dem om å søke hjelp, beskrev

flere av deltagerne at de selv aktivt tok ansvar, tross sterke smerter:

*«[...] og når jeg hadde tatt to skrap [is av bilen] så hadde jeg så vondt, så jeg måtte legge meg over søppelkassen! Og så kom mannen min ut da og gjorde resten. Så husker jeg at han hadde drukket et glass vin til maten – og i stresset som oppstod da så sa jeg ‘okei, da må jeg kjøre!’».* (11)

Deltagerne fortalte om følelser og tanker de opplevde underveis i forløpet. Noen beskrev frykt og kontrolltap:

*«Ja, altså det var jo litt skummelt. Jeg tenkte at ‘her er det noe som jeg ikke kan – dette kan jeg ikke ta ansvaret for selv’! Sånn at jeg ble såpass redd at jeg tenke at ‘dette må jeg få noen fagfolk til å se på’».* (11)

Andre opplevde derimot forundring:

*«Det var ikke noe der at jeg var hysterisk eller sånn, tenkte at sånn nei, farsken! trodde at får man hjerteinfarkt så får man djevlesk vondt– men det var sånn konstant – hele tiden, det var verken mer eller mindre og det var – ja, det var så merkelig!».* (5)

Deltagere som ringte 113 fortalte om hvor ivaretatte de følte seg allerede i ambulansen – *«helt supert!»* (9). Flere deltagere oppfattet derimot ikke situasjonen så alvorlig og ringte legevakten i stedet. På grunn av bekymring og ventetid ble legevaktsbesøket ubehagelig for mange:

*«[...] akkurat der og da, så var jeg ikke så redd! Men når jeg tenker på det i ettertid, så tenker jeg at det var egentlig ganske ubehagelig å ligge alene på legevakten på – på et sånt rom, uten å ha noe som jeg kunne trekke i hvis jeg ble dårlig – for jeg vet egentlig ikke nok om hvordan et hjerteinfarkt kunne ha utartet seg, men det var jo ingen som så til meg! Selv var jeg jo ute bare på strøppelesten og og ropte ‘har dere glemt meg?!’».* (11)

En deltager fortalte at legevaktslegen ikke trodde han hadde hjerteinfarkt, men at han

selv insisterte ved å fortelle om smerteopplevelsen sålangt: «Men når jeg hadde fortalt han legen det, så han på meg og så sa han: 'Jeg tror vi skal sende deg opp til akuttmottaket» (11).

Den dramatiske fortellingen nådde et tydelig vendepunkt da deltagerne ble innlagt på sykehus og mottok behandling: «Derfra gikk det slag i slag!» (5). Deltagernes uavbrutte fortelling gikk så over i oppsummering: «Så da ble jeg utredet og så ble det satt inn en stent på en av arteriene inn til hjertet – dagen etterpå. Veldig raskt og effektivt behandlet. Så det var det som skjedde.» (13). Fortellingen ble alltid avrundet med et: «Og så gikk det jo bra!» (5).

Noen deltagere hadde opplevd hjerteinfarkt tidligere. Disse gav korte oppsummeringer av siste infarkt og kontrasterte opplevelsen med det første, angstvekkende hjerteinfarkt:

«Det var verst første gangen. Da trodde jeg kanskje at man ikke [...] Ja, at det kanskje kunne komme tilbake når tid som helst. Men, jeg er godt fornøyd med det som er! [...] siste gang, det var jo i åttetida på kvelden og klokka halv elleve om kvelden var jeg ferdig utblokka. Det synes jeg har gått helt greit!». (9)

På videre spørsmål beskrev deltagerne om møtet med et effektivt helsevesen og korte innleggelse. Behandlingen på UNN ble ofte beskrevet med ord som «fantastisk» og «profesjonell». En deltager fortalte:

«Og det gjør jo noe med pasienten, ikke sant, at du føler deg trygg på at her blir du sett – og her blir du ivaretatt – og det er faktisk folk som ser deg og spør deg om du har behov for ting som du ikke selv hadde tenkt at du skulle spørre om! 'Hvordan går det med deg? Har du spist?' og 'Er det noe du vil at vi skal gjøre for deg?' Ja! Bare sånn, være oppmerksom! Det trenger ikke å være så mye – for meg så er det sånn at når jeg føler at jeg blir ivaretatt, så tenker jeg: 'Okei, nå er det deres ansvar! Her er – får jeg beste behandlingen som jeg kan få. Det går som det går – og jeg er i de beste hender!'». (11)

**Livet etter hjerteinfarkt.** Deltagerne fortalte at de var raskt tilbake i vante roller etter infarkt: *«Jeg synes veldig egentlig at jeg fikk veldig fort tilbake den livskvaliteten jeg hadde hatt før. Så jeg gjenopptok arbeidet mitt og alt det. Alt det vanlige livet, kan du si»* (13). Det var karakteristisk at deltagerne etter hjerteinfarkt rapporterte få symptomer. Derfor tenkte de nesten ikke på hjerteinfarkt: *«Jeg vet jo bare jeg har hatt, jeg går ikke og tenker på det!»* (5). De var derimot sensitiverte til symptomer som kunne stamme fra hjertet: *«Det er jo bare når jeg kjenner litt sånn stikking, det er det eneste da[...] og jeg har jo vært på helsesjekk i oktober og det var jo blitt kjempebra»* (5). Flere opplevde seg friske ved bekreftelse fra helsepersonell: *«De sa 'dere er friske, så dere skal bare trene!'»* (17). Jo flere bekreftelser, desto sikrere var deltagerne på friskmelding: *«Og han sa så, hjertespesialist-legen også. Så da må jeg tro på det!»* (9).

Deltagerne beskrev hvordan de oppsøkte helseinformasjon aktivt og iverksatte livsstilsendringer mot det de anså man kunne gjøre noe med selv: *«Så, første gangen – da røykte jeg. Så jeg har vært røykfri nå i tyve år! Så altså ja, det der går bare fint»* (9). En deltager fortalte at det var trygt å trene med fysioterapeut like etter infarkt, men at egeninitiativet etterhvert tok over:

*«– altså, jeg er jo sånn faglig interessert og tenker også: 'Hva kan jeg gjøre? [...] Så jeg har begynt å trene sånn 4x4 intervalltrening, anbefalt hjertetrening. Veldig bra! Så nå er jeg i mye bedre form enn jeg var før jeg fikk hjerteinfarkt!».* (11)

Mange fortalte om gode opplevelser med hjerterelatert undervisning og kurs. Mange fortalte at samtaler med helsepersonell i etterkant av hjerteinfarkt var en viktig støtte for dem: *«selv om jeg er litt kjekkas!»*. En deltager fortalte derimot at han valgte å avstå fra Hjerteskolens: *«[...] for det er for de sjukeste – de som ikke klarer å gå eller som bare har vært hjemme, stuegriser. Fastlegen mente jeg best kunne gjøre dette selv, og jeg var enig med*

*ham».*

Noen deltagere fortalte at hjerteinfarkt hadde ført til positive livsomveltninger og bedre livskvalitet: *«Men det var vanskelig å slutte å jobbe! Sånn at det hjalp meg med et kick –sparka meg ut at jeg fikk et hjerteinfarkt! Så da tenkte jeg at ‘Ja, nå er det du som skal ha fokus på deg!’»* (11).

Selv om deltagerne hadde fått informasjon om objektiv alvorlighetsgrad, opplevde de selv i retrospekt ikke hjerteinfarkt som livstruende. En deltager utbrøt: *«Ja, det er jo ikke noe sykdom det her! Jeg var jo ikke syk, bare litt dårlig. Ett år ute av senga nå og det gikk jo bra!»* (5). En annen sammenlignet sin opplevelse av hjerteinfarkt med aktuelle hendelser:

*«Jeg er ikke veldig redd av meg, tror jeg. Så jeg tror ikke at jeg er sånn kandidat til å få sånn posttraumatisk syndrom, rett og slett. Ut av det her! Og jeg tenker jo nå, – hva som skjer i verden og hva som skjer i Europa og i Ukraina og hva de opplever – er jo mye verre enn hva jeg... Altså, jeg kan ikke gå rundt og være redd her, jeg har jo foreløpig alt rundt meg som kan verge meg, hvis det skulle skje noe. Og hvis ikke det er mulig å berge, så er det ikke mulig å berge!»* (11)

### ***Den uavklarte fortellingen***

I «Den uavklarte fortellingen» var opptakten til hjerteinfarkt utydelig, langvarig og snikende. Deltagerne brukte mye tid på å greie ut for omstendighetene før og rundt infarkt. Handlingsforløpet ble beskrevet med flere sprang over både fortellingens tidsakse og deltageres liv, slik at fortellingen tilsynelatende manglet logisk sammenheng. Det kunne virke som at deltageren var overveldet av sine egne opplevelser. Deltagerne flettet kontinuerlig inn sidestikk om uavklarte symptomer, komplikasjoner, annen sykdom og stressende livshendelser. Hovedkjennetegnet var nettopp fortellingens pågående natur – den tok ikke slutt. Pårørende var ofte viktige bikarakter som kunne ta mye plass i fortellingen. For

flere, men spesielt for de to deltagerne med mulig PTSD, ble andre stressende livshendelser hovedfortellingen.

**Akuttforløp.** Opptakten til hjerteinfarkt var for mange uklar: «*Faktisk, den dagen jeg fikk hjerteinfarkt – det vet jeg ikke! Fordi at – ting har skjedd gradvis[...]*» (1). Flere fortalte om funksjonsfall et par-tre år i forveien, gjerne i kjølvannet av annen sykdom eller arbeidspress: «*Så jeg plagdes, jeg klarte ikke å gå opp en bakke egentlig.*» Deltagerne fortalte ofte at hjerteinfarkt rammet med vage symptomer, som de tilskrev bakenforliggende småplager, sykdom eller stress. Et par deltagere fortalte om raping og sure oppstøt, mens en beskrev smerter fra høyre side av kroppen: «*[...] altså jeg innbilte meg at det kom fra magen, for det lå under brystbeinet- og kunne forsåvidt ikke kjenne noe spesifikt på venstresida. Med det tenkte jeg ikke på hjerteinfarkt. Men at noe var galt – det forstod jeg!*» (7).

Et par deltagere fortalte derimot om akutt innsettende og intense smerter:

«*... så når hun smelte igjen ytterdøra nede, da bråvåknet jeg. Og da hadde jeg så vondt i begge skuldrene, ryggen, nakken, hodet – og hååå, ryggen til midt nedi ryggen, og ja, armene og ut i fingrene og overalt – og sånn passelig småsvett; skjønte egentlig ikke så mye selv, karret meg forsiktig ut i stua; og ting var til slutt så djevlesk at til slutt satte jeg meg på kne ved salongbordet og ba til Vårherre om at jeg skulle få lov til å avslutte!*». (1)

Da symptomene nådde en viss intensitet, fortalte mange at reagerte på særegne måter. En deltager beskrev hvordan han fikk hjerteinfarkt midt på natta og liggende i senga. Fordi han ikke kjente det norske helsesystemet, turte han ikke ringe ambulansen.. I etterkant uttrykte han undring over egen reaksjon:

«*Hvordan i all verden kan man reagere på denne måten? Ikke raskere, ikke ta en ambulanse- jeg ikke tenkte på å snakke med kona mi som bor i [land] fordi jeg kom her alene. Så klokken ble to [på ettermiddagen] - da snakket jeg med fastlegen.*». (8)



En annen fortalte at han var forholdsvis rolig til sinns, selv om han måtte ta hvilepauser for å komme seg inn på legevakta:

*«[...] når jeg fikk det hjerteinfarkt, så var jeg ikke redd. Jeg var ingenting redd. Den opplevelsen jeg hadde når jeg fikk det, det var at det var kompisen min ved siden av. Det var han det. Nei jeg var ikke engstelig i det hele tatt. Ingenting engstelig. Det var ikke meg det gjaldt...ikke sånn at jeg så sånn syner. Men jeg tenkte at det er ikke meg, det er ikke meg».*

(10)

Deltagerne med uavklarte fortellinger henviste oftere til følelsesmessige reaksjoner de og pårørende opplevde under hjerteinfarkt. Disse strakk seg langs et spekter fra «spent» og «nervøs» til «sjokk», «fortvilelse», «vettskremt» og «hysterisk!». Pårørende spilte en fremtredende rolle ved å reagere sterkere og raskere på deltagerens symptomer: «Datteren min kjefta på meg masse for at jeg måtte komme meg til sykehuset» (10). Et par deltagere var innom legevakten i flere runder før de ble sendt videre til akuttavdelingen. Noen ble erklært friske, men pårørende mistenkte fortsatt at noe var galt: «[...]men datteren min var lynings. Hun ringte meg 10 ganger mens jeg var på øya. Måtte hute meg tilbake til legevakten, 'for det er hjerteinfarkt du har hatt', hun var så sikker på det!» (10). En deltager fortalte at han var innom legevakten én uke før han ble hasteoperert: «Han sa at dette går over, 'gå hjem og ta deg en paracet'!» (1). Da han igjen havnet på legevakten var det med sterke smerter og sterke følelser:

*«[...]men mens jeg holdt på med registrering der så sank jeg i kne der og klarte ikke å stå opprøyst lenger – for da begynte det å gjøre vondt nedover føttene også, jeg har aldri opplevd noe sånt – djevelsk før! [...] så viste det seg at det var samme legen som jeg hadde hatt forrige mandagen – så da ble jeg først mainnbisk, men jeg sa ikke noe, for jeg hadde så vondt alle veier at jeg klarte ikke!».* (1)

Deltagerne utdypet ofte opplevelsene sine på sykehuset.. Noen hadde opplevelser på sykehuset som var «skumle» eller gjorde dem «nervøse», som å være våken ved operasjon eller se romkameraten returnere fra mislykket operasjon. Andre var redde for smerten: «Ja, man var skeptisk til det man skulle være med på! For første gangen jeg ble blokket, da gikk de inn i lysken –og det gjorde **jævelondt!** Så det gruet jeg meg til!» (17). En deltager reagerte på ordlyden kirurgen brukte da han skulle forklare det forestående inngrepet: «Herregud, skal dere borre i hjertet?!» (4). En annen fortalte at sprøytefobi gjorde sykehusoppholdet vanskelig: «Det jeg ikke likte var at de skulle stikke meg med en nål, hver jævla morgen i fem-seks tida [...]jeg var alltid redd.» (6). Hjerterinfarkt heller ikke den eneste diagnosen som ble stilt og behandlet i de uavklarte fortellingene: «[...]der ble det konstantert tre blodårer som var forholdsvis tette - og etterhvert så ble det også konstantert hjertesvikt.» (7).

Mange av deltagerne hadde lengre innleggelse. De fleste fortalte at de opplevde seg sett og ivaretatt på beste måte: «De visste ikke hva godt de skulle gjøre for deg!». Flere opplevde derimot komplikasjoner i etterkant som førte til sterke reaksjoner: «[...]Jog onsdagen ble jeg dårlig igjen. Og da begynte jeg faktisk å gråte litt grann, det er litt uvant til meg å være - for jeg bruker å være ganske oppegående og tar det nå egentlig ganske greit» (4). Flere fikk hjerteflimmer, to fortalte om mageplager fra medisiner, mens en fortalte at han nektet å ta en foreskrevet medisin:

*«Ikke faen, sier jeg, den tar jeg ikke mer! [...]den skal hjelpe mot dårlig kolesterol. Men det som skjedde var at jeg fikk vondt i leggene og kjerringa måtte komme og hente meg med bil når jeg var ute og gikk».* (6)

**Livet etter hjerterinfarkt.** Flere av deltagerne fortalte om endringer i hverdagen etter hjerterinfarkt. Selv om noen var raskt tilbake i jobb, var andre sykemeldt i lengre tid, opplevde økonomiske bekymringer, måtte slutte med verdsatte aktiviteter og hadde mindre

arbeidskapasitet enn tidligere: «I arbeid så har man jo ikke vært redd for å ta i et tak og være kanskje litt tøff. Og det var jeg ikke lenger!» (17).

I de uavklarte fortellingene ble nye symptomer tolket å stamme fra hjertet. Noen opplevde illevarslende «sting», mens andre forsøkte å slå seg til ro med legens forklaring om «stentsmerter». Deltagerne søkte raskere helsehjelp ved nye symptomer: «Jeg var usikker på signalet fra kroppen, så jeg gikk derfor til UNN. Kanskje jeg hadde hjerteinfarkt igjen, det følte slik» (8). Noen kjente ekstra godt etter eller tok det ekstra rolig med fysisk anstrengelse: «Det var nok på slutten av snøryddesesongen at jeg fikk det der ekstra ubehaget som plutselig startet i brystet, noen kaller det for hjerteverk. Så hvis jeg da roet ned [...]» (19). Mens en deltager unngikk å sykle opp samme bakke som han fikk hjerteinfarkt i, var medisinsregimet ubehagelig for andre: «Medisinen var min fiende. Det var en påminnelse om skade, at jeg er skadet, at jeg ikke er som før» (8).

Noen deltagere var bekymret for eller forventet nye infarkt: «Man er jo over sin verste ungdom, så man vet jo hva det går i [...]» (17). En deltager fortalte at de første seks månedene etter infarkt var preget av frykt, uvisshet og årvåkenhet: «Jeg var glad når dagen var over [dato for hjerteinfarkt]. Jeg hadde ikke fått nytt hjerteinfarkt» (8). En deltager slo seg til ro med at han selv var frisk, men var bekymret for å videreføre byrden med hjerteinfarkt til sin sønn. De fleste deltagerne hadde hjerteinfarkt med seg i hverdagen: «Altså, tankene surrer nå snart hit og snart dit - det ligger nå der i bakhodet» (19). Et par deltagere opplevde det ikke som problematisk å tenke mye på hjerteinfarkt: «Man har jo opplevd det, det er naturlig. Det er ikke noe som forsvinner!» (19). De fleste husket datoen for hjerteinfarkt og noen gruet seg. En deltager opplevde å få hjerteinfarkt nesten samme dato som sin egen far, som døde ung: «Det er som en eksamen, jeg venter bare på å få dagen overstått» (8).

Møtet med helsevesenet bidro til deltagerens uavklarte fortellinger. Noen sendte inn

klage til fylkeslegen etter skade på hjertet de mente stammet fra forsinket behandling på legevakten. En kviet seg for å dra dit i fremtiden: «*Om jeg møter den [eksplikativ] av en lege igjen – så vet jeg ikke hva jeg ville gjort! Jeg ville snudd i døra og dratt hjem!*» (1). Flere stilte kritiske spørsmål til legens avgjørelser:

«*Hvorfor kunne du ikke sendt meg ned med én gang, om du hadde mistanke om hjerteinfarkt?*’ Jeg måtte først dra hjem og så ned på sykehuset. Og det er jo slik at de kaller det for ‘helseomsorg’ – jeg lurere på hvor mye omsorg det er egentlig!». (6)

Noen opplevde at de fikk for lite informasjon og forklaring ved utskrivelse og epikrise:

«*[...]jeg lurte også på hva hjertesvikten var for noe og hva de trodde den kom av, og hva jeg da eventuelt kunne gjøre– jeg mener det hadde vært nevnt, uten at jeg visste hva hjertesvikt var, jeg visste jo at jeg hadde hatt hjerteinfarkt*». (7)

Deltagerne hadde ulike tilnæringsmåter til rehabilitering og oppfølging etter hjerteinfarkt. Komplikasjoner og annen sykdom gjorde det for noen vanskelig å følge livsstilsråd. Dette ble beskrevet med frustrasjon: «*Den ene typen mat liker ikke mage-tarmlidelsen og den andre typen mat liker ikke diabetesen eller hjertet [...] jeg må bare spise mat jeg liker!*».

To deltagere skilte seg ut ved ikke å ha deltatt på Hjerteskolene. Den ene mistenkte at han var falt ut av systemet, men hadde ikke undersøkt dette. Den andre takket bevisst nei fordi han mente det hadde gått for lang tid siden infarkt:

«*Sånne kurs – de blir ofte veldig tørre. Det blir liksom bare sitte å høre og – og skrive ned det dem sier[...] Og når du er ferdig med kurset så blir nå de notatene liggende der de lå, jeg vet ikke om jeg finner dem igjen engang*».

Andre fremhevet at man «*ikke skal plage legen*» (4), mens enkelte ønsket seg faste

samtaler med helsepersonell etter utskrivelse med hjerteinfarkt. Noen ytret at de undertrykket negative tanker «*fordi de er nedbrytende*» (6). En deltager uttrykte å oppleve psykiske plager, samtidig som han konsekvent valgte å snakke distanserende om temaet: «*Om jeg har noe psykologisk... ja nå begynner jeg med det psykologiske: Ja, jeg har masse, men ikke på grunn av hjerteinfarkt og det er ikke noe jeg blir å snakke om i dette tilfelle!*» (6).

### ***Typologien oppsummert***

Ikke-fortellingene viste hvordan deltagerne hadde lukket kapittelet om hjerteinfarkt, mens den dramatiske fortellingen viste at deltagerne opplevde hjerteinfarkt som en avgrenset hendelse de nå var friske fra. For deltagere med uavklarte fortellinger var hjerteinfarktopplevelsen fortsatt med dem i hverdagen i form av kontinuerlige plager og komplikasjoner som vanskelig kunne segregeres fra andre stressende livshendelser. Likevel fortalte alle deltagerne om visse psykiske symptomer rundt hjerteinfarkt. For å få en bedre forståelse om hvordan hjerteinfarkt er assosiert med psykisk helse rettet vi derfor blikket til andre hovedtema fra analysen: Totale livsbelastninger.

### **Totale Livsbelastninger**

«*Du er som katta – du har ni liv. Nå er du på 7.5!*» (12). Uavhengig av type fortelling fremkom det gjennom intervjuene at de fleste deltagerne hadde opplevd et bredt spekter av annen sykdom og flere stressende livshendelser. Totalbelastningen kan ha hatt betydning for helse, livskvalitet og hvordan deltagerne opplevde hjerteinfarkt. Selv om mange mente at hjerteinfarkt ikke var relatert til andre livserfaringer, knyttet noen av deltagerne knyttet selv stressende livshendelser til hjerteinfarkt.

### ***Stressende livshendelser i barndommen***

Deltagerne fortalte om ulike livshendelser i barndommen som kan ha opplevdes både stressende og potensielt traumatisk. Flere beskrev oppveksten i etterkrigstiden på 1950- og -

60-tallet. Noen fortalte at de kom fra fisker-bondefamilier i Nord-Norge der mødrene drev gård og forsørget barna alene, mens far var på havet: «*Men hun hadde astma – og syv barn – åtte, en døde – og hadde et småbruk, for pappa var fisker og borte – og de sa jo at det var på grunn av astmaen at hjertet var utslitt*» (7). Selv om mange mente de hadde hatt en god barndom, var det økonomien ofte trang. En deltager fortalte om familiesituasjonen etter at faren døde av hjerteinfarkt: «*Mamma ble enke når hun var 40 år. Det var i '55, så det var ikke morstrygd og ikke barnetrygd og vi bodde i et halvferdig hus*» (4).

Oppdragelseskulturen tilsa at deltagerne tidlig var nødt til å delta i arbeid ute og hjemme. Ansvar var stort og trøsten begrenset: «*Du vet, når du er født i 1950, så har du en annen barndom enn idag. Hehe. Så du var antageligvis mer nødt til å klare deg selv på mange områder, så du kanskje idag slipper rimeligere ifra*» (21). Det ble forventet at barna skulle være selvgående i arbeid: «*Man fikk oppgaver og måtte løse dem – i dag ville vi vel kalt det barnearbeid!*». Noen deltagere opplevde at kravene og ansvaret var for hardt for et barn: «*Når jeg vokste opp var det litt sånn 'Ja, det her må du greie!' Kanskje litt mye av det. Vi fikk en dogmatisk oppfostring til resiliens*» (13). Beskjeden var at «*Du skal gå på noen smeller i livet og de skal du tåle!*» (13).

Sykdom, død og negative følelser skulle ikke snakkes om: «*Nei, du vet jo jeg er et sånt etterkrigsbarn og døden fantes ikke – det var bare vekst og fremgang! Så det var ikke noe tema i det hele tatt, aldri!*» (13). En deltager fortalte at han måtte overta ansvaret i familien da faren døde av hjerteinfarkt. Han var da 17 år:

«*Det er berører meg å snakke om det og tenke på det. Da føler jeg meg litt som et barn [...]]jeg tror ikke vi snakket så mye om det, jeg bodde med min mor og hun trengte hjelp – så jeg hjalp» (8).*

Noen beskrev eksplisitte traumer: «*Så pappa var alkoholmisbruker. Det er det*

*barndomstraumet jeg har» (2). Et par deltagere fortalte om uønskede seksuelle tilnærmelser i oppveksten, mens en fortalte om frykten han opplevde ved å være regelmessig utsatt for vold av sine foresatte: «Så da gikk jeg på framhaldsskole og bodde på internat. Da var jeg – hver gang jeg skulle hjem ei helg – så var jeg sengevæter, ja» (17). En annen fortalte om hvordan mobbing på barneskolen fortsatt preget livet hans: «Jeg hadde seks år med **sponhælvete** på barneskolen! Som jeg aldri ønsker at noen skal få – og – **aldri** ønsker å oppleve igjen!» (1).*

Fem deltagere fortalte om sin opplevelse av å ha mistet sine fedre i barndommen til hjerteinfarkt. Noen hadde sett faren streve med sykdommen over lang tid: «Så han fór tilbake på ganske hardt og krevende arbeid. Så uansett hvor forberedt man var[...]» (17). Selv om det for noen var over femti år siden, hadde de bært med seg farens brå død gjennom livet: «Det kom som et lite sjokk på meg. Jeg var vel fjorten år tror jeg, da faren min døde av hjerteinfarkt. Da kom det litt vel brått på. Han var vel to-tre-ogførti år. Det var voldsomt, det var det virkelig!» (13). Noen utviklet en vedvarende frykt for at de selv skulle rammes: «Så det [genetisk hjerteinfarkt] var som et sverd over hodet mitt» (8).

### ***Stressende livshendelser i voksenlivet***

Deltagerne fortalte om ulike stressende og potensielle traumer fra voksenlivet. Utfordringene rangerte fra tilpasningsvansker ved immigrasjon, økonomiske problemer, risiko på arbeidsplassen, familiekonflikter og pårørendeerfaringer, til alvorlige ulykker, vold, uventede dødsfall og selvmord i familien.

En deltager fortalte om hvordan han forlot familien for å bo og arbeide alene i Norge. Han opplevde seg uten støtte og overlatt til seg selv da han fikk hjerteinfarkt: «Jeg var ny her i Norge, jeg visste ingenting om helsesystemet[...] så jeg følte meg veldig alene» (8). Andre vektla at de hadde hatt mye stress forbundet med økonomi: «Så jeg har vært på låning rundt omkring [...]og det har jo skapt en del stress! Jeg får litt sånn panikkfølelse fordi jeg ikke har

*penger til å betale regningene bestandig» (1). En deltager fortalte at han hadde førtidspensjonert seg fordi han ikke orket å forklare arbeidsgiver hvor syk han var. Andre beskrev kommunikasjon med NAV som svært frustrerende:*

*«Jeg kunne jo søke på sånn derre krisehjelp - jeg sier: 'Tar det lang tid? 'Ja, det tar fire til seks uker'. Og det kalte hun akutt krise – akutt sosialhjelp! 'Jeg hadde vært dau mange ganger før den tid!'» (1).*

Fem deltagere beskrev at de i tiden før hjerteinfarkt opplevde mye arbeidspress. Noen fortalte om arbeidsulykker som gav varige mén. Andre fortalte om årelang erfaring med fryktfremkallende og risikofylte arbeidssituasjoner: *«Så du ble utsatt for – hele tiden for sånn psykisk ekle ting» (3). Tre deltagere fortalte om vold, der en hadde opplevd skremmende drapstrusler. En hadde både vært utsatt for og vitne til vold:*

*«Så jeg har vært i en del situasjoner opp gjennom tida. Og jeg har sett en god del. Som gjør at jeg både setter pris på at jeg er i god form selv og setter pris på livet. For du ser mye skyggesider der, som ikke er så bra. Og det kan ha satt litt preg på meg, tror jeg» (21).*

Deltageren koblet erfaringen til hjerteinfarkt:

*«Det kan ha vært en mulig årsak til at jeg fikk hjerteinfarkt, for det var mye stress. En en god del nattarbeid og sånt, du kunne bli utkalt på alle døgnets tider. For det er jo mange i gamet som får hjerteproblemer. Jeg har hatt mange kollegaer som har hatt det samme». (21)*

Flere deltagere fortalte om alvorlige ulykker som hadde krevet omfattende rehabilitering: *«Den var så kraftig den skiulykka at [...]stort sett alle kroppsfunksjoner på en måte, ble ødelagt der og da. Så, svelg – spisefunksjon, hele greia.» (3). En deltager var tynget etter å ha vært første mann på et ulykkessted:*

*«Og det synes jeg var trasig – altså, **det** var- -!!! Det var mye tyngre nesten, enn å komme ut og være ferdig med hjerteinfarkt. Da var det en gutt der inne som kolliderte med*



*en trailer, og hadde jeg vært litt før kanskje – hvis jeg hadde vært kanskje ett kvarter før [...]».* (17)

Flere deltagere nevnte stressende opplevelser med partnere og familie. En deltager beskrev et tidligere ekteskap som «å leve under psykisk press i lang tid!» (3). En annen fortalte om en «dårlig periode» og skilsmisse like før hjerteinfarkt: «Jeg sov kanskje 1-2 timer per natt, mens boet skulle avklares» (6). Noen hadde hatt vanskelige avveininger med vold i nære relasjoner: «[...]så han trakk en kniv. Jeg ringte politiet den verste gangen!» (15). Hendelser i familien kunne overskygge opplevelsen av hjerteinfarkt: «[...]fordi jeg har brukt opp all min bekymring på de to der!» (15).

Mange deltagere fortalte om vonde og vanskelige pårøndererfaringer. Flere deltagere beskrev erfaringer som pårørende til personer rammet av angst etter hjerteinfarkt:

*«Og han bor nå alene og han har det ikke bra, han har ikke jobbet nå på sikkert på femten år [...] bare går rundt– og kjenner etter, vet du. Det er ikke bra»* (9). En deltager fortalte at han unngikk å besøke sin syke mor: «For hun – som de sier, den type Alzheimers som hun har, så har hun blitt kjempesur og kjempesint, uten at jeg klarer å finne ut hvorfor!» (1). Andre var blitt omsorgsgivere for voksne barn «[...]men han gikk altså på en smell, så han er sengeliggende, han er fullstendig pleiepasient!» (15).

Å ha vært vitne til andres langvarige sykeleier og tap av selvstendighet satte livet i perspektiv for deltagerne. Hjerteinfarkt ble fremhevet som en god død:

*«Jaja, du gjerne vil forlate den her jorda– sånn! I et knips, ikke noe pleiepasient... det er bare at jeg slipper unna veldig mye. Og jeg har jo sett eldreomsorg i Norge... jeg har sett de som liksom ikke mennesker lenger. De er bare en kropp».* (13)

Flere deltagere fortalte om brå dødsfall i familien, eksempelvis barnedød. En deltager fortalte at han unngikk gravstedet til døde slektninger fordi det ble for vanskelig: «Nå i voksen

*alder så har man vel akseptert at sånn er det. Det eneste som jeg legger merke til på meg selv, det er at jeg er kanskje der to ganger i året. Jeg klarer ikke noe mer» (1).*

To deltagere fortalte om å være gjenlevende etter selvmord, mens en tredje ikke ville snakke om erfaringen. Selvmordet var noe som aldri forsvant fra tankene og fortsatt var overveldende: «*Ja, svært hjelpeløs, jo det har jeg kjent meg mange ganger! [...] skyld og skam det blir det jo med selvmord, selvfølgelig. Man kommer ikke fri fra selvmord. Det er ikke sjans altså!*» (13).

### **Sykdom**

Deltagerne fortalte om et bredt spekter av sykdom og plager. Flere hadde betydelig komorbiditet, inkludert hud- og inflammasjonssykdommer, søvnapné, mage-tarmlidelser, hjernesvulst, livmorreseksjon, hørselstap, balanseproblemer, gallesteiner, retinaløsning, beinskjørhet, og epilepsi: «*Så du skjønner at jeg har ei sykdomsliste så lang som en arm!*» (1).

Ti deltagere nevnte aldri som kontekst for både opplevelsen av hjerteinfarkt og annen sykdom. Fem deltagere nevnte andre hjerte-karlidelser som hjertesvikt og atrieflimmer. Syv deltagere var diagnostisert med type 2 diabetes. Åtte deltagere fortalte om smerter og funksjonsnedsettelse grunnet sykdom og skade i skuldre, rygg eller knær. I en særstilling fremhevet deltagere kreftsykdom. Syv deltagere hadde fullført kreftbehandling før hjerteinfarkt inntraff og noen mente det påvirket måten de taklet hjerteinfarkt på. Erfaringen satte livet i perspektiv:

*«Det er jo klart, man får jo et annet syn på livet. Plutselig en dag er det stopp. Og da begynner man å tenke ‘var det det her?’ Og det er jo klart man får jo litt dypere tanker når man er i en sånn situasjon– om man **har** noen fremtid, det vet man jo ikke!».* (21)

De fleste kontrasterte kreftsykdommen mot hjerteinfarkt: «*Så når jeg kom ut da, jeg var ikke så redd – jeg var ferdig med sykehuset. Da var jeg ikke bekymret for hjerteinfarkt,*

*men jeg var veldig bekymret for den kreftbehandlingen som var blitt avbrutt» (13). Flere av deltagerne uttrykte også bekymring for residiv i intervjuet: «Så jeg var i et sånt røntgen da, og 'nei – det er ikke noe spor av etter kreft hos deg' - nå. Men det kan komme imorgen! Det kan komme! Det kan være der nå, forsåvidt!» (13). Også deltagere som ikke hadde gjennomgått kreft, fryktet denne sykdommen mer enn hjerteinfarkt:*

*«Det er jo samme som om jeg skulle – ved siden av hjerteinfarkt – ha kreft. Hva er i fokus da? Jo, det var jo selvsagt **kreften** og ikke noe som hjerteinfarkt. Så det er nok sånn **opplevd** alvorlighetsgrad som jeg tror får veldig mye mental aktivitet til følge». (7)*

I tråd med dette reagerte pårørende sterkest på undersøkelser for mulig kreft: «For det er den visse dauen!» (4).

Noen få deltagere beskrev psykiske problemer. En deltager fortalte om et liv med endogen depresjon som ble opplevd verre enn hjerteinfarkt: «Var vel i den perioden deprimert og gikk på antidepressiva. Så jeg var nok jeg var nok mer opptatt av depresjonen, som var vond – istedet for hjertet! [latter], som ikke gjorde noe!» (7). En deltager satte opplevelse av mye stress over tid i sammenheng med hjerteinfarkt:

*«Det er nok det psykiske stresset, nervøsiteten over flere år som har skapt egentlig de fysiske problemene idag. Det skjønnte jeg først etterhvert. Men jeg er jo også innforstått med at det er ingen som kan hjelpe deg spesielt med dét!». (3)*

Denne deltageren satte også ord på hva han kunne trenge fra helsepersonell under behandling for hjerteinfarkt:

*«Så spørsmålet er jo; hvorfor får du da hjerteinfarkt? Og det er klart at det er ingen som tar tak i det at, 'jammen har du hatt store familieproblemer?' 'har du hatt store økonomiske problemer?' – ikke sant – 'har du vært utsatt for mange farlige situasjoner gjennom jobbene dine?' – stor usikkerhet og sånne ting. For alle sammen er opptatt av å*

*analysere – problemene, dempe ned infeksjoner, gi de medisiner for at hjertet skal roe seg ned, få større blodomtrykk og alt de der greiene der. Ja, rette medisiner – men det er ingen som tar tak i psykiske problemer!».* (3)

### **Egenressurser og mestring**

Til tross for stor totalbelastning fortalte mange av deltagerne at de klarer seg fint. De fleste fortalte om hvordan de opplevde at de selv gjennom egne holdninger og verdier, sosial støtte og verdsatt aktivitet mestret hverdagen og sykdom. Nesten alle beskrev hvordan de hadde tatt lærdom av positive og negative livserfaringer og at dette styrket dem etter hjerteinfarkt.

### ***Egenressurser***

I intervjuet trakk deltagerne frem positive holdninger de hadde til livsutfordringer og sykdom. Flere beskrev bestemte «*livsmotto*» som lot dem velge å fokusere på fremtiden: «*Det som har skjedd har skjedd – så får vi se hva som skjer neste!*» (21). Noen beskrev tanker om at fremtiden ville bli bedre enn nåtiden. Andre fremhevet at det var viktig å gjøre det beste ut av vanskelige situasjoner med en «*briste eller bære*»-holdning: «*Jeg har et motto at jeg skal leve mens jeg lever. Dør jeg med skoene på, så er jo det flott!*» (4). Noen møtte utfordringer med galgenhumor, godt humør og positive tanker: «*Det er viktig for psyken at du er god i humøret. At du tross alt ser litt lyst på livet!*» (4). Mange deltagere beskrev seg selv som vanligvis rolige og fattede i stressende situasjoner: «*Jeg lar meg ikke oppkave!*» (4), «*Jeg er mentalt avslappet*» (15) og «*Jeg er bekymringsfri*» (7).

Deltagerne forklarte at man selv står til ansvar for å gjenopprette en følelse av kontroll: «*Så det er opp til deg selv, hva du gjør i situasjonen! Og det er klart at det er ingen andre som greide å roe meg ned. Det har jeg greid selv og jeg føler jeg behersker det*» (3). En deltager uttrykte tro på at han kunne være «*sjaman*»:

*«Jeg prøver å helbrede meg selv. Tingen er jo at jeg ved tankens kraft kan hjelpe andre. Om du snakker slik at andre får tro på seg selv og du sier 'det der klarer du!'. Og det gjør at vedkommende ordner det selv på sin måte. Får det til. Og da er man sjaman. Det kan du også være!» (6).*

De fleste deltagerne nevnte sosial støtte fra familie, venner og kollegaer. Flere fortalte om god kontakt med nære og kjære: *«Så vi snakker sammen på telefonen nesten hver dag for å høre hvordan vi har det. Så jeg føler jo at det er folk som bryr seg!» (4).* Mens en deltager fikk husly hos kollegaer etter hjerteinfarkt, fortalte andre om partnere som fulgte opp medisineringsregimer, ble med på livsstilsendringer eller man kunne betro seg til: *«Så hun har vært en god psykisk støtte, kona mi» (6).* Mange vektla fysisk aktivitet som en viktig for å håndtere følelser i møte med sykdom og stress: *«Hadde jeg ikke jeg kunne være aktiv, vet jeg ikke hva jeg skulle gjort!» (21).* Flere mente at arbeid var viktig for helse og et godt liv: *«Og når du er glad i arbeidet – det tror jeg er viktig! Jeg har jo aldri vært redd for å ta i et tak, så!».* De aller fleste fortalte om hvordan verdsatte aktiviteter og sosialt fellesskap styrket dem til å både å takle utfordringer og å refokusere oppmerksomheten: *«I båt på havet og med fiske – da er da mange andre ting som forsvinner!» (2).* For de fleste var det viktig å hegne om at livet var mer enn plager og sykdom:

*«Så jeg sier 'Vet dere hva! Vi kan ikke bare sitte her å snakke om sykdom. Vi snakker heller om fine mannfolk! Vi må prøve å prate om noe som gjør oss glade. Neida, så da fikk vi tankene over på andre ting!».* (4)

### **Lærdom fra viktige livserfaringer**

Deltagerne fortalte om hvordan erfaringer fra barndom og voksenliv har formet de tanker og holdninger de har hatt i møtet med hjerteinfarkt og stressende livshendelser. Mange fortalte om hvordan oppvekstforholdene fostret motstandskraft: *«Hehe, så i den tiden der, så*

*man mer på muligheter enn på begrensninger. Definitivt! Det kan ligge mye omsorg i resiliens!»* (13). Noen fortalte at de ble møtt med mye frihet til «å laupe» og velge selv: «*Det var jo sånn at vi var veldig selvstendige når vi var unge. Man var jo ute hele dagen, man gjorde det meste selv!»* (5). Andre fortalte at de hadde tatt til seg foreldrenes holdninger: «*Man skulle arbeide og leve, ikke klage!»* (7). Et par kontrasterte dagens oppdragelseskultur mot sin egen:

*«Ja, jeg synes barn i dag på en måte har litt for lite av det med – litt overbeskyttet. Sånn at det skal så lite til. Jeg har en sånn teori sånn for meg selv – at den veldige opphopning av unge mennesker nå som trenger psykiatrisk veiledning og hjelp, jeg ser ikke bort fra at det kan komme av det. At man blir så tatt vare på, man skal liksom aldri slå seg, man skal aldri være lei seg – man skal aldri være trist – ja, ikke sant, man skal aldri være noe. Og det skal være noe! Det er en del av livet. Sette seg i stand til å mestre. Det er noe du skal komme deg igjennom. Gjerne snakk med meg om det – men ikke gå og legg deg under dyna!».* (13)

Deltagerne fortalte også om viktige livserfaringer fra voksenlivet. En deltager mente erfaringen med å åpne opp rundt sin homofile orientering hadde vært styrkende:

*«Og helt til '72 var det jo straffbart, så du kan si det var jo veldig skjult, tidligere. Inntil jeg måtte av hensyn til min egen helse måtte fortelle det til søsken, foreldre og til venner...så den terskelen for å **sette ord på det**, har nok vært lavere for min del. Hjerateinfarkt, hva jeg tenkte, hva jeg følte – å være ærlig mot hvordan jeg hadde det – har nok vært lettere».* (7)

Flere deltagere nevnte at utdanning og yrkesvalg hadde rustet dem for livet: «*For jeg har jo lært å studere og lært å finne kunnskap – og lært å tenke annerledes»* (11). En deltager hadde gjennom yrket utviklet en strategi for hvordan han møtte problemer: «*Og er det en*

*egenskap jeg har, så er det å slumse der du skal. Du trenger ikke mene noe og utdype alt like mye – men så må du være pinlig nøyaktig når du skal utfordre!» (15).*

Noen deltagere fortalte om sykdomsspesifikke erfaringer som de hadde trukket lærdom fra. En deltager fortalte at han var heldig som hadde fått hjerteinfarkt på sykehuset, fordi *«om man var alene hjemme, visste man jo ikke hvordan man ville reagert!» (17).*

Andre fortalte at de hadde lært av fedrenes feil og var mer påpasselige med kostholdet: *«Du kan si jeg ble klok av all den feite maten han spiste» (6).* En sammenlignet sitt eget hjerteinfarkt med hvordan hans aldrende far hadde dratt fra sykehuset og rett på ferie: *«han som var 88! – og han hadde sitt første stent inne når han var 74 – ikke sant? Det er fjorten år etterpå! Så står han han av og han står han enda av!» (11).* Andre var ikke så bekymret for hjerteinfarkt for: *«Fem av syv søsken har hatt det. Alle har hatt det kun én gang. Og det har gått bra!» (7).*

En deltager fortalte om hvordan han endret tanken om alvorlighetsgrad etter at han fikk vite at han hadde hatt et uregistrert hjerteinfarkt: *«Det var informasjon som sier ‘okei, man kan klare livet etter et hjerteinfarkt’! Så jeg hadde tiltro til kroppen min fordi jeg ikke visste om det først hjerteinfarkt. Og det er viktig å finne tiltro til kroppen sin!» (8).*

## Diskusjon

I de kliniske undersøkelsene av fant vi tre forhold som kan bidra til å forklare hvordan hjerteinfarkt er henger sammen med komorbid psykisk helse: 1) Fortellingen om hjerteinfarkt, 2) Fortellingen om total livsbelastning og 3) Fortellingen om egenressurser og mestring. Typologier er utledet fra deltagernes fortellinger om hjerteinfarkt og presentert som et kvalitativt kontinuum, der fortellingene rangerte fra det å snakke ned opplevelsen til dramatiske og uavklarte fortellinger om mulig overbelastning og traumatisering. Likevel var det få som brukte ordet ‘traumatisk’ om sine erfaringer og de fleste uttrykte å klare seg godt.

Studien viste derimot at deltagerne opplevde et bredt spekter av psykiske symptomer og plager som ikke kunne fullstendig forklares av hjertesykdommen, men som kan ha påvirket hvordan hjerteinfarkt ble opplevd. Deltagernes fortellinger bar preg av at mange andre livshendelser enn hjerteinfarkt var viktige. Mange av disse var negative erfaringer.

Ved å følge typologien kan vi tenke oss at kontinuumet angir et metningspunkt for hvor mye livstress deltagerne kan mestre før det gir symptomer. Mulige hypoteser kan være a) Hjerteinfarkt i seg selv er traumatisk og gir psykisk komorbiditet eller b) Akkumulerte livsbelastninger inkludert hjerteinfarkt gir psykiske symptomer, eventuelt reaktiverer gamle traumer. For å utforske hypotesene diskuterer vi i det følgende hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk basert på faktorer før, under og etter hjerteinfarkt. Vi går også inn på mestring og sammenhengen mellom stressende livshendelser og hjerteinfarkt.

### **Hjerteinfarkt kan være traumatisk**

Deltagerne våre fortalte flere forhold som i forskning er forbundet med komorbid psykisk helse etter hjerteinfarkt. For det første er psykiske påkjenninger, sykdom og mangel på sosial støtte i tiden like før hjerteinfarkt kjent for å være risikofaktorer for posttraumatiske reaksjoner etter infarkt (Jacquet-Smailovic et al., 2021). Deltagerne fortalte om betydelige stress i tiden før hjerteinfarkt, inkludert egen eller andres sykdom, familiekonflikt og skilsmisse, å være alene, økonomisk belastninger, søvnproblemer og psykiske vansker.

For det andre viser forskning at subjektiv opplevelse og psykososiale faktorer ved akuttforløpet kan bidra til psykisk komorbiditet etter hjerteinfarkt (Jacques-Smailovic et al., 2021; Vilchinsky et al., 2017). Deltagerne fortalte om kjente risikofaktorer for potensiell traumatisering, som at hjerteinfarkt kom brått på og inngav dødsfrykt, hjelpsløshet og kontrolltap. Mange beskrev et «klassisk» akuttforløp med vedvarende intense brystmerter og



stor frykt, som kan ha opplevdes mer psykologisk forstyrrende og konsistent er forbundet med utvikling av posttraumatiske symptomer (Albarquoni et al., 2016; Vilchinsky et al., 2017; Wikman et al., 2012). En av våre deltagere beskrev hvordan han ikke var redd, fordi det var hans venn på siden av ham som ble rammet av infarkt - ikke ham selv. Dette kan være et utslag av dissosiasjon som kan ha påvirket alvorlighetsgrad av psykiske plager og som er assosiert med større psykisk komorbiditet (Ginzburg et al., 2016). Noen deltagere fortalte at de var i behandling for og hadde symptomer fra andre sykdommer da hjerteinfarkt rammet dem. Komplekse tilstandsbilder kan ha bidratt synergistiske effekter på psykisk komorbiditet hos deltagerne og til større opplevelse av kontrolltap, hjelpsløshet og dødsfrykt (Wikman et al., 2012; Roberge et al., 2010). I tillegg var noen deltagere seg bevisst at det var hjerteinfarkt som rammet dem, noe som har vært assosiert med posttraumatiske symptomer ved å fremkalle mer frykt (Bennett & Brooke, 1999).

Videre fortalte flere av våre deltagere om negative opplevelser i møtet med helsevesenet. For noen var deres besøk på legevakten blitt en kilde til sårbarhet, lav tillit og frykt fordi de opplevde avvisning eller konflikt med helsepersonell eller ble overlatt til seg selv. Også venting og opplevelse av et stressende miljø ble beskrevet. Slike negative erfaringer med helsepersonell, en overbefolket legevakt og kaotisk sykehusmiljø er forbundet med risiko for posttraumatiske symptomer (Edmondson, 2013; Konrad et al., 2017; Meister, Weber & Princip, 2016; Peregrinova & Hamann, 2018). Det kan tenkes at disse faktorene har bidratt til følelse av hjelpsløshet, kontrolltap og dødsfrykt - opplevelser som definerer traumeopplevelser (APA, 2013).

Noen deltagere fortalte at de selv utsatte å søke helsehjelp, mens andre fortalte at ansvarlig legevakt feiltolket symptomer på hjerteinfarkt og sendte dem hjem. Forsinket behandling kan tenkes å ha påvirke opplevd alvorlighetsgrad når symptomene kulminerte,

samt konsekvenser av hjerteinfarkt i ettertid (Alonzo & Reynolds, 1998; Konrad et al., 2017; Koopman et al., 2002). Dette kan dermed mulig forklare komorbide psykiske plager.

Inngripende behandling har vært assosiert med økt risiko for PTSD (Chung et al., 2008; Vilchinsky et al., 2017). Noen av våre deltagere hadde erfaring med invasive prosedyrer fra tidligere, hadde sett medpasienter mislykkes med behandling eller på annen måte blitt skremt og gruet seg til operasjoner. Frykt for selve behandlingen kan ha virket traumatiserende, uavhengig av opplevelsen av selve hjerteinfarkt (APA, 2013; Langvik & Hemdal, 2015). Videre er antall døgn på sykehus vist å kunne predikere psykisk uhelse etter hjerteinfarkt (Ginzburg & Ein-Dor, 2011), noe særlig deltagere med uavklarte fortellinger fortalte om.

For det tredje, er det flere faktorer i tiden etter hjerteinfarkt som kan bidra til at infarkt opplever traumatisk. Noen deltagere fortalte om fysiologisk aktivering som minnet om hjerteinfarkt etter behandling. Mange fortalte at de stoppet opp, kjente etter og bevisst begrenset pågående aktivitet. Dette kan vi forstå i lys av Edmondsons (2014) modell om spesifikke hjerterelaterte PTSD-symptomer som et forsøk på å kontrollere den indre trusselen fra hjertet. Det er mulig at deltagerens sensitivitet til mulige negative signaler fra hjertet kan forsterke opplevelsen av somatisk erfaring som økt hjerterate og blodtrykk. Dette kan bidra til angstaktivering til forveksling kan være lik opplevelsen av hjerteinfarkt og gjør deltagerne enda mer årvåkne for signaler fra hjertet. Slik oppstår en negativ sirkel der «å kjenne ekstra etter» og forsøk på å unngå trusselen ved å begrense aktivitet, forsterker angst og symptomer som kan fortolkes som nye infarkt. Opplevelsen av en indre trussel kan skape og opprettholde psykisk komorbiditet (Marke & Bennett, 2013).

### **Hjerteinfarkt mestres**

Tross uttrykk for et visst nivå av psykiske plager, fortalte de fleste deltagerne at de klarte seg godt. Dette samsvarer med at de fleste pasienter med hjerteinfarkt vil oppleve reduksjon

av psykiske plager over tid (Castilla & Vázquez, 2011; Lorem et al., 2022). Dette kan muligens forklares ved å se til deltagerens egenressurser og mestringsstrategier.

Våre deltagere fortalte om god tilpasning til livet etter hjerteinfarkt, med sosial støtte, kultur for å snakke om sykdom og opplevelse av å være ivaretatt i det norske helsevesenet. De beskrev også hvordan de forstod og brukte helseinformasjon hensiktsmessig. Dette er eksempler på mestringsvariabler, som kan være sterkere prediktorer for positiv psykisk helse og livskvalitet enn pasientens negative sykdomsopplevelse (Dempster et al., 2015; Dollenberg et al., 2021).

Deltagerne fortalte også om viktige egenressurser. Noen deltagere brukte selv ordet «resiliens» for å beskrive hvordan de taklet hjerteinfarktet og annen motstand i livet. Resiliens er assosiert med signifikant færre symptomer på posttraumatisk stress generelt, samt bedre fysisk og psykisk livskvalitet ett år etter hjerteinfarkt (Meister, Princip & Schnyder, 2016; Kirchberger et al., 2020; Kirchner, 2022; Poole et al., 2017; Schulz et al., 2013). Det kan dermed tenkes at utvalget vårt bestod av deltagere med resiliens som lot dem tilpasse seg livsstress og traumeerfaringer raskt og godt.

Det slår oss at en gruppe mennesker som bruker ordet «resilient» om seg selv, har noe å være resilient over. Deltagerne fortalte om hvordan de mente sykdom bare var en liten del av livet, samt hvordan de hadde lært av erfaring og fokuserte på muligheter fremfor begrensninger. Forskning har vist at resiliente personer har større sannsynlighet for å finne positiv mening med negative hendelser (Tugade & Fredrickson, 2004). En mulighet er at våre deltagere omfortolket stressende hendelser og vektla positive aspekter ved de opplevelsene de hadde hatt, noe som er assosiert med bedre helse på lang sikt (Denson et al., 2009). Fortellingene deres var preget av aksept, fokusering på det som hadde gått bra og sammenligninger med folk som hadde hatt det verre. Gjennom å ta lærdom av erfaring kan

det tenkes at de kognitivt restrukturerer opplevelser til noe som *har vært* mestret (Ginzburg, 2004). Gjennom fortellingene sine om det positive, vektla også deltagerne en selvforståelse som noe annet enn og mer enn pasient, noe som kan ha virket beskyttende mot posttraumatiske plager og/eller være et utslag av posttraumatisk vekst (Hagstad & Siqveland, 2008; Sheldrick et al., 2006;).

De fleste av deltagerne fortalte at de hadde snakket med familie og venner om hjerteinfarkt, samt opplevde god støtte fra helsepersonell. Emosjonell regulering gjennom å betro seg til andre er forbundet med god sykdomsmestring (Meloni et al., 2016; Peregrinova & Hamann). Frank (2013) fremhever at sykdomsfortellinger lar oss prosessere kroppslige erfaringer og lege narrative brudd i livsfortellingen. Fortellinger bidrar til også til å styrke og utvikle en positiv selvforståelse. Bekreftelse fra lyttende andre kan bidra til å styrke deltagerens selvforståelse og skjemaer om at *det helst går bra* (Frank, 2013; Ginzburg, 2006).

Når vi vurderer både potensielt traumatiske og beskyttende forhold hos deltagere, ser vi at hjerteinfarkt kan oppleves dramatisk – men ikke nødvendigvis traumatisk. Samtidig ser vi at deltagerne opplever et bredt spekter av psykiske symptomer på ulike nivå, som illustrert i figur 1.

### **Sammenhengen mellom stressende livshendelser og komorbid psykisk helse etter hjerteinfarkt**

Våre deltagere fortalte om flere stressende livshendelser og traumer. De beskrev alt fra knapp økonomi, mobbing og tap av foreldre i barndommen til ulykker, fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, arbeidsstress, sorg og alvorlig sykdom i voksen alder. Stadig flere har tatt til orde for at vi må se på pasientenes *totale livsbelastning* for å forstå hvordan psykisk komorbiditet utvikler seg både før, under og etter hjerteinfarkt (Hughes et al., 2017; Guidi et al., 2021; Lorem et al., 2022;). Allostatisk belastning er argumentert å utgjøre en sårbarhet for

flere av de stressende livshendelsene våre deltagere har fortalt om, inkludert hjerteinfarkt, kreft, diabetes, depresjon, angst og PTSD (Guidi et al., 2021). Forskning på allostatisk belastning og effekten av blant annet barndomstraumer på nye akutsituasjoner viser hvordan stressende livshendelser intensiverer negativ virkning av ny stressrespons, psykisk erfaring, objektiv sykdom og sykdomsmestring (Benyamini & Solomon, 2005; Guidi et al., 2021; Hughes et al., 2017). Vi kan dermed tenke oss at den totale potten av stressende livshendelser og andre traumer kan bidra til å forklare deltagerens psykiske symptomer.

Flere studier har tatt utgangspunkt i at peritraumatisk stress og subjektiv opplevelse av hjerteinfarkt, fører til at hjerteinfarkt i seg selv kan forårsake PTSD (Edmondson et al., 2012; Jacquet-Smailovic et al., 2021; Vilchinsky et al., 2017). Når vi lytter til våre deltagers fortellinger undrer vi oss om hjerteinfarkt heller kan fungere som en katalysator for komorbid psykiske plager relatert til tidligere og pågående stressende livshendelser? Resultatene våre viser hvordan deltagerne opplevde at andre stressende livshendelser og totalbelastningen *plaget dem mer* enn selve hjerteinfarkt, noe som samsvarer med vår hypotese b) ovenfor. Hjerteinfarkt kan således tenkes å være en ny stressbelastning som overvelder deltagerens kapasitet for mestring og dermed skaper symptomer. I den videre diskusjonen forsøker vi å understøtte denne tolkningen.

I den kliniske undersøkelsen fant vi to deltagere med mulig PTSD. Disse rapporterte om funksjonsnedsettende symptomer som bekymring, unngåelse og negative emosjoner knyttet til traumehendelser som *ikke* var hjerteinfarkt. Ved å skue til typologien utledet av datamaterialet, får vi en metafor hvordan PTSD kan uttrykkes langs et kontinuum fra normale stressreaksjoner til maladaptive responser med manglende mestring (Chung et al., 2008). Deltagerne med mulig PTSD befinner seg i et ytterpunkt i kontinuumet over fortellinger om hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk. Utover de to deltagerne med mulig psykisk

lidelse (PTSD), beskrev mange deltagere varierende grad av psykiske plager. Deltagerne fortalte ofte at andre stressende livshendelser og annen sykdom preget dem mer og hadde flere negative konsekvenser enn hjerteinfarkt. Disse deltagerne befinner seg på forskjellige steder langs kontinuumet fra lite/normale reaksjoner til overbelastning/maladaptiv respons. Dette kan påvirke hvordan deltagerne fortolker og mestrer hjerteinfarkt i ulik grad, både via somatisk erfaring, psykososial sårbarhet, svekket mestring og allostatisk belastning (Edmondson, 2014; Ginzburg, 2006; Guidi et al., 2021).

I motsetning til Edmondsons (2014) fokus på hvordan hjertet i seg selv er en indre trussel, kan vi spekulere i om fysiologiske endringer/reaktivitet som oppleves å stamme fra hjertet etter infarkt, egentlig i seg selv er en del av opplevelsen knyttet til mange psykiske plager/lidelser som blusser opp eller blir mer distinkt når totalbelastningen blir overveldende. Fordi hjerteinfarkt er den stressoren som er mest påfallende og nær i tid med kulminering av psykiske symptomer (Lorem et al., 2022), kan vi tenke oss at deltagerne attribuerer somatiske erfaringer og psykiske symptomer som hjertebank eller smerter til hjertet i seg selv. Somatisk erfaring etter hjerteinfarkt trigger samme negative psykiske opplevelse som deltagerne hadde ved andre stressende livshendelser, men tilskrives nå oftere hjertet eller opplevelsen av hjerteinfarkt både av deltagerne selv og muligens også av helsepersonell. Selv om noen deltagere beskrev at de var mer årvåkne for hjerterelaterte signaler, var det andre kontekstuelle faktorer de mente var verre å hankses med – eksempelvis økonomiske belastninger noe som ga panikkangst eller andre sykdommer som var mer funksjonsbegrensende. Dermed kan vi bedre forstå deltagernes komorbide psykiske helse etter hjerteinfarkt, ved at hjerteinfarkt blir dråpen som får begeret av totalbelastning til å renne over. Dette kan tenkes å nøre opp under emosjoner, tanker og atferd knyttet til også *andre*

stressende livshendelser. Det er altså totalbelastningen som blir overveldende for mange, ikke nødvendigvis hjerteinfarkt i seg selv.

Gjennom tidligere stressende livshendelser kan vi forsøke å forstå flere av risikofaktorene for hjertelatert PTSD på en annen måte. For det første er det påfallende hvordan flere i vårt utvalg aktivt valgte å utsette legevakta når de opplevde symptomer på hjerteinfarkt. Dette kan være et utslag av unngåelse, en mestringsstrategi som både predikerer posttraumatiske plager og kan være symptom på samme (APA, 2013; Dempster et al., 2015). Unngåelse er forbundet med gjennomsnittlig 10 timer forsinket behandling og større posttraumatiske plager (Newman et al., 2011). Det kan dermed tenkes at etablerte psykiske symptomer før hjerteinfarkt påvirker forløp og opplevelse av selve hjerteinfarkt (Alonzo & Reynolds, 1998).

For det andre er det interessant hvordan mange av deltagerne som fortalte at de var klar over eget hjerteinfarkt under selve akuttforløpet, også bar med seg sterke inntrykk etter å ha mistet fedre til hjerteinfarkt i barndommen (Bennett & Brooke, 1999; Konrad et al., 2017). Vi kan dermed spekulere i om eget hjerteinfarkt ikke bare kan ha virket traumatiserende av frykt for egen død, men faktisk fungerer som en retraumatiserende påminnelse om en forelders død.

Et tredje poeng er hvordan deltageres historikk med annen sykdom og stress, for mange innebærer tidligere erfaring med helsevesenet. Flere beskrev negative interaksjoner med helsepersonell fra tiden før hjerteinfarkt, som ble vakt til live under akuttforløpet. Dette bidro til at deltagerne vegret seg for eller manglet tillit til helsepersonell, samtidig som de beskrev frykt og kontrolltap. Slik kan hjerteinfarkt muligens ha virket retraumatiserende.

I DSM-5 er "livstruende sykdom" kvalifisert til en stressende hendelse som *kan* virke traumatiserende (APA, 2013). I den kliniske undersøkelsen tok vi utgangspunkt i screening

spesifikt for PTSD og studien viser nytten av dette, ettersom vi fanget opp to deltagere med mulig behov for videre psykisk helsehjelp (Fait et al., 2018). Flesteparten våre deltagere beskrev derimot psykiske plager som ikke nødvendigvis passet med diagnostiske kriterier. Dette kan indikere at de opplever mer generell stressrelaterte symptomer, noe som muligens kan vise nytten av en kontinuumsforståelse av posttraumatiske reaksjoner eller bedre kunne klassifiseres som tilpasningsforstyrrelse (APA, 2013; Chung et al., 2008; Vilchinsky et al., 2017). Vår studie kan ikke avgjøre kausale sammenhenger, men peker på betydningen av stressende livshendelser før og rundt selve hjerteinfarkt for psykisk komorbiditet. Tidligere forskning kan ha gått glipp av en viktig nyansering av forholdet mellom hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse ved ikke konsistent å måle totalbelastningen stress og traumer. I resultatene viste vi hvordan en sosionarrativ tilnærming kan belyse kvalitative skiller i opplevelsen av hjerteinfarkt. I det følgende diskuterer vi hvordan våre deltageres fortellinger om hjerteinfarkt ligner og skiller seg fra Franks (2013) typologier, samt hvordan et sosionarrativ perspektiv kan vær et fruktbart utgangspunkt for kliniske implikasjoner og videre studier.

### **Franks sosionarrative metode**

Det er interessant at de fleste av våre deltagere opplevde hjerteinfarkt som en avgrenset hendelse som de er friske fra. Hele kontinuumet av fortellinger vi utviklet basert på datamaterialet speiler nemlig grader av Franks (2013) restitusjonsnarrativ. Dette kan ha noe med behandlingsformen å gjøre. De fleste av våre deltagere fortalte at de var behandlet med PCI/stent, noen enkelte studier har vist at bidrar til en opplevelse av å være kurert (Alsén et al., 2008; Edmondson et al., 2018).

De dramatiske og uavklarte fortellingene overlapper med Franks restitusjonsnarrativ, med elementer fra kaosnarrativet. I vår analyse utviklet vi derimot en type fortelling som



Frank ikke nevner: «*Det er ikke noe å fortelle*». På den ene siden kan en slik fortelling tolkes som et genuint uttrykk for at hjerteinfarkt ikke hadde så stor betydning eller at fortelleren er resilient eller emosjonelt mindre reaktiv (Cyniak-Cieciura & Zawadski, 2019; Meister, Princip & Schnyder, 2016). På den andre siden undrer vi på om det kan dreie seg om en ny *type 4* fortelling – «*Det er noe å snakke om, men jeg vil/kan ikke*». Under intervjuet opplevde vi at noen deltagere kanskje hadde mer å si om sine opplevelser, men at de av ulike grunner ikke gikk inn i materien. Vi kan spekulere om bakenforliggende årsak kan være personligstrekk som alexitymi, samt mestringsstrategier som undertrykkelse eller dissosiasjon. Disse er i litteraturen assosiert med psykiske vansker etter hjerteinfarkt (Ayers et al., 2009; Chung et al., 2008; Ledermann et al., 2020). I Franks (2013) begreper kan vi si at sykdomsfortellingen isåfall er så kaotisk at det blir umulig å integrere den med livsfortellingen på en måte som kan formidles til andre. Type 1 fortellingene har altså en tvetydighet i seg som kan kreve nøyere oppfølging.

Selv om vi tok utgangspunkt i Franks (2013) typologi, finner vi forskjeller mellom hans beskrivelser av fortellinger om kreft og våre fortellinger om hjerteinfarkt. For det første kan forskjeller i opplevelse være avhengig av kulturelle forutsetninger mellom Nord-Amerika og Norge. I Norge dekker velferdsstaten utgifter forbundet med hjerteinfarkt. De nordiske landene er også kjent for å ha høyere sosial kapital og tillit til helsevesenet, enn tilfellet er i Nord-Amerika (Solbrække & Lorem, 2016). For det andre kan kreftsykdommen Frank belager seg på oppfattes annerledes enn hjerteinfarkt. Kreft kommer snikende, invaderer kroppen og har betydelige konsekvenser for identitet og fremtid. Hjerteinfarkt er den hyppigste dødsårsaken i Norge og en akutt livstruende tilstand, men det oppfattes ofte som å ramme brått og avgrenset. De fleste er også kjent med at de finnes god behandling for hjerteinfarkt – mens behandlingen for kreft ikke har kommet like langt. Våre deltagere gjør

også en tydelig distinksjon mellom den subjektivt oppfattede alvorlighetsgraden mellom hjerteinfarkt og kreft.

Det er også interessant at vi ikke finner spor av Franks (2013) «quest narrative» eller «cancerization» i deltageres fortellinger. For våre deltagere er ikke hjerteinfarkt startgruppen for en langvarig identitetsutforskende prosess der man må finne ny mening med livet. Vi kan spekulere i om «cancerization» utelukkende er et kreft-fenomen? Mens Frank (2013) argumenterer for at quest narrative kanskje er det ideale sykdomsnarrativet, finner vi i vårt norske utvalg at restitusjonsnarrativet er det eneste og mest sosialt akseptable narrative. Vi observerte at deltagere med uavklarte «kaosnarrativ» i Franks (2013) termer, også forsøkte å ende fortellingene sine med «*og så gikk det bra*». Restitusjonsnarrativet handler om å gå tilbake til normalen eller komme tilbake sterkere etter sykdom, men som samme person i vante roller. Dette viser seg i hvordan deltagerne trekker lærdom av erfaring. Vi er ikke kjent med andre studier som sammenligner kreft og hjerteinfarkt på denne måten. Våre resultater indikerer at Franks (2013) typologi kanskje ikke egner seg for å forstå andre sykdommer enn kreft. Dette kan være utgangspunkt for videre undersøkelser.

### **Kliniske implikasjoner**

Forskning viser at mange som har psykiske plager etter hjerteinfarkt etterhvert tilpasser seg og mestrer dette (Jacquet-Smailovic et al., 2021). En liten subgruppe vil derimot fortsatt kunne ha betydelige psykiske plager som er viktig å fange opp. Gjennom vår studie ser vi nødvendigheten av regelmessig screening av stressende livshendelser og traumeerfaring i helsevesenet. Ved å bruke screeningsskjemaer for PTSD fanger vi opp pasienter som har behov for mer omfattende hjelp. Det er likevel viktig å tenke over hva disse standardiserte skjemaene *ikke* måler. Vår erfaring er at samtale elisiterer flere stressende livshendelser og andre typer svar enn skjemabaserte målinger. Pasienten ser ikke nødvendigvis sammenheng

mellom akkumulert stress, vansker med egenmestring og sykdom. Screening og samtale er viktig, fordi i denne studien ser at til og med subtile psykiske symptomer påvirker deltagernes atferd, usikkerhet til egen kropp, relasjoner og mestringsstrategier. Restitusjonsnarrativet tilsier at pasientens fortelling skal ende på en positiv sluttnote, men den tilsier ikke at fortellingen er det mest representative for pasientens tilstand. Vi må derfor lytte til kroppen bak narrativet (Frank, 2013). Ved å spørre pasienten kan vi få et mer helhetlig bilde av hans utfordringer, mestringsressurser og handlingsmønstre relatert til hjerteinfarkt og psykisk helse.

Dette behøver ikke ta mer tid i en travel klinikkhverdag. Et videre forskningsprosjekt kunne være å gi pasienten avkrysningslister over temaer som han ønsker å ta opp med lege. I en studie ble det funnet at et enkelt skjema effektivt lot seg inkorporere under tidspress, ble tatt i bruk av de fleste pasientene og bidro til bedret lege-pasientkommunikasjon (Hompland et al., 2020).

Ved å lytte aktivt til hvilken type fortelling det er snakk om, kan helsepersonell få en pekepinn på hvilken oppfølging som kan være aktuell. Ikke-fortellinger kan indikere at informasjons- og omsorgsbehovet ikke er så stort. Samtidig bør man spørre nærmere, dersom man mistenker at noe blir tilbakeholdt. Ved dramatiske fortellinger kan helsepersonell undersøke pasientens kontekst, kartlegge stressorer og ressurser mer systematisk. Ved uavklarte fortellinger sier pasienten egentlig ifra om at han er overveldet og har svekket mestring, slik at videre undersøkelse og intervensjon kan være viktig.

Type fortelling kan også gi føringer for hvordan helsepersonell bør opptre i samhandling med pasienten. Eksempelvis vil det være hensiktsmessig ikke å bidra til dramatik gjennom egen atferd og kommunikasjon ved uavklarte fortellinger. Helsepersonell bidra i pasientens fortelling ved å inngi følelse av kontroll, tillit, forutsigbarhet og effektiv

handling, noe som kan fremme trygghet og positiv omfortolkning. Dette kan kreve styrket tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell involvert i behandling og oppfølging av hjerteinfarkt. Her kan psykologen spille en viktig rolle med å gi opplæring og formidle informasjon til både pasienter og helsepersonell.

### **Styrker, begrensninger, validitet og overføringsverdi ved studien**

Vi brukte i denne studien et strategisk utvalg noe som innebærer et visst utvalgsbias (Kvale & Brinkmann, 2015). Våre deltagere kom fra en populasjon registrert som deltagere i annen forskning. Det kan være at disse skiller seg fra pasienter som ikke fanges opp eller har falt fra studien, ved at de besitter egenskaper eller ressurser som bidrar til at de mestrer hjerteinfarkt godt. Våre funn kan ha begrenset generaliseringsverdi fordi andre populasjoner som har annerledes erfaring med hjerteinfarkt, total livsbelastning og mestring.

Vi brukte kvalitative intervjuer som datainnsamlingsmetode. Siden dette er et hovedoppgaveprosjekt, har vi arbeidet under et avgrenset tidsskjema og forholdt oss til en klar ordbegrensning. Som Kvale og Brinkmann (2015, s. 126) påpeker, kan dette ha påvirket kvaliteten på forskningen. Vi opplevde i tillegg å få flere respondenter enn antatt. Selv om dette er en styrke for de slutninger vi har trukket ved å gi oss et rikt materiale, kan antall deltagere i prosjektet ha vært en faktor for at tid- og ordgrense ikke strakk til. Vi kan ha risikert et overflatisk analysearbeid. Vi mener likevel vi har frembrakt et grundig arbeid ved å starte datainnsamling tidlig, bruke iterative prosesser og utnytte veiledning til fullest.

Riessman (2008, s. 185) opererer med to hovednivåer validitet for narrative prosjekter: a) gyldigheten eller troverdigheten av deltagerens fortellinger, og b) gyldigheten av forskerens fortelling om fremstilling av resultater og diskusjon.

En fasett validitet ved deltagerens fortellinger er faktisk korrespondanse. Basert på Franks begreper "narrativ" og "personlig fortelling" er det klart at deltagerens fortelling ikke

bør forstås som en faktabasert rapportering av hendelser. En fortelling er snarere en situert “artikulering av en opplevelse fra et bestemt perspektiv, hvis formål er å overbevise andre til å forstå opplevelsen på samme måte” (Riessman, 2008, s. 187, min oversettelse). Deltagernes fortellinger er i denne forståelsen valide ved at de er troverdige. For ikke å lukke ørene for deltagernes opplevelse, har vi forsøkt å fremstille fortellingene deres slik de ble fortalt noe som kan styrke validiteten av vår forskerfortelling. Videre mener vi at fire års psykologstudier og veiledning i forskerrollen har gitt oss god trening i samtaleteknikk, slik at vi har kunnet ivareta deltagernes fortellinger uten å prege dem for mye med egen forforståelse eller «klinisk blikk» (Kvale & Brinkmann, 2015). Validiteten av vår forskningsfortelling sannsynliggjøres også ved at vi har linket deltagernes beretninger til sosionarrativer i kulturen på en slik måte at de blir meningsbærende ut fra psykologisk teori (Riessmann, 2008, s. 190). Vår studie er også grundig metodisk redegjort for og i overensstemmelse med etablert andre undersøkelser om opplevelsen av hjerteinfarkt og komorbid helse, noe som kan styrke konstruktvaliditet (Riessmann, 2008).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 126-127) kan valg av kvalitativ metode og antall deltagere gjøre forskningen vår vanskelig å generalisere. Vår narrative studie kan derimot bidra til kontekstualisert og detaljert kunnskap som er relevant for praksis i hverdagslige settinger med flere kompliserende faktorer. Studien kan også bidra til falsifisering av forforståelse og fordommer ved å avdekke erfaring og sosial praksis, samt bidra med ny konseptualisering av fenomenet hjerteinfarkt og komorbid psykisk helse (Riessman 2008, s. 194). Snarere enn å tilby generaliserende bredde, kan tilbyr vår studie nyanserende dybde. Ifølge Riessman (2008, s. 193) er den ultimate testen for validitet i narrativ forskning pragmatisk: Bli den narrative rapporten grunnlag for videre forskning? Datainnsamlingen vår inngår allerede i et større forskningsprosjekt. Vi har begrenset hovedoppgaven til

rapportering av kvalitative data, men basert på de kvantitative data vi besitter kunne en videre mixed-methods analyse være aktuelt og tillate oss å trekke sterkere konklusjoner.

### **Konklusjon**

Vi utforsket hvordan hjerteinfarkt kan være assosiert med komorbid psykisk helse gjennom kvalitative intervjuer med allmennbefolkning registrert med hjerteinfarkt for 6-12 måneder siden. Vi utførte samtidig screening for PTSD, der to deltagere hadde symptomer over cut-off. Gjennom analyse av datamaterialet utviklet vi tre narrativt vinklede hovedfunn: 1) Fortellingen om hvordan hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk, 2) Fortellingen om total livsbelastning og 3) Fortellingen om egenressurser og mestring.

Ut fra deltagerne fortellinger er vårt hovedresultat at hjerteinfarkt oppleves dramatisk, men ikke nødvendigvis traumatisk. Hjerteinfarkt *kan* bli traumatisk i en kontekst der pasientene er belastet av andre stressende livshendelser og sykdom, samt hvor måten de blir behandlet på ikke ivaretar denne sårbarheten. Samtidig kommer det frem at deltagerne opplever et bredt spekter psykiske symptomer som påvirker livene deres, men som ikke nødvendigvis faller innenfor klare diagnostiske kategorier. Ved å undersøke deltagerne totale livsbelastning og mestringsressurser fikk vi en bedre forståelse av de psykiske symptomene og hvordan deltagerne likevel klarte seg godt etter hjerteinfarkt. Dette impliserer at det kan være hensiktsmessig å undersøke pasientens totale livsbelastning og mestringsressurser i forbindelse med hjerteinfarkt. Det er viktig at helsevesenet adresserer disse problemstillingene direkte. Ubehandlet PTSD vil som regel ikke forsvinne av seg selv. Sammen med komorbide psykiske plager og maladaptive strategier påvirker dette pasientens helse og mestring både spesifikt relatert til hjertesykdom og til generell helse. Det blir da viktig at helsearbeidere har opplæring i å identifisere, kartlegge og bearbeide situasjoner der traumer er en vesentlig del av bildet. Psykologer kan bidra med faglige og praktisk opplæring av både helsepersonell og

pasienter.

Videre undersøkelser bør se nærmere på hvordan man praktisk kan kartlegge traumer i pasientkonsultasjoner under sterkt tidspress. Vårt materiale er begrenset til pasienter med hjerteinfarkt, men det kunne være relevant å undersøke forekomst av traumer og livsbelastning hos pasienter med andre hjerte-karlidelser. Videre kan randomiserte, kontrollerte studier undersøke om traumebehandling og styrking av egenressurser kan bedre pasienters helsesituasjon etter hjerteinfarkt.

### Referanser

- Albus, Chr., Waller, Chr., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B., Kindermann, I., Köllner, V., Leithäuser, B., Marx, N., Meesmann, M., Michal, M., Ronel, J., Scherer, M., Schrader, V., Schwaab, B., Weber, C. S. & Herrmann-Lingen, Chr. (2018). Significance of psychosocial factors in cardiology: Update 2018. Position paper of the German Cardiac Society. *Clinical Research in Cardiology*, 108, 1175-1196.  
<https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>
- Almuwaqqat, Z., Wittbrodt, M., Young, A., Lima, B. B., Hammadah, M., Garcia, M., Elon, L., Pearce, B., Hu, Y., Sullivan, S., Mehta, P. K., Driggers, e., Kim, Y. J., Lewis, T. T., Suglia, S. F., Shah, A. J., Bremner, J. D., Quyyumi, A. & Vaccarino, V. (2020). Association of Early-Life Trauma and Risk of Adverse Cardiovascular Outcomes in Young and Middle-Aged Individuals With a History of Myocardial Infarction. *JAMA Cardiology*, 13(6), 1-5. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.5749>
- Albarquoni, L., von Eisenhart Rothe, A., Ronel, J., Meinertz, T. & Ladwig, K. H. (2016). Frequency and covariates of fear of death during myocardial infarction and its impact on prehospital delay: Findings from the multicentre MEDEA Study. *Clinical Research in Cardiology*, 105, 135-144. <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0895-3>
- Alonzo, A. A. & Reynolds, N. R. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: A model of coping. *Social Science & Medicine*, 46(9), 1099–1149.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10040-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10040-5)
- Alsén, P., Brink, E., & Persson, L-O. (2008). Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5A), 25-33.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x>



American Psychiatric Association [APA]. (2022). Trauma- and Stressor-Related Disorders. I

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.utgave, tekstrevidert).

[https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x07\\_Trauma\\_and\\_Stressor\\_Related\\_Disorders](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders)

Ayers, S., Copland, C., & Dunmore, E. (2009). A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, *14*(3), 459-471.

<https://doi.org/10.1348/135910708X349343>

Bell, K. (2014). The breast-cancer-ization of cancer survivorship: Implications for experiences of the disease. *Social Science & Medicine*, *110*, 1, 56-63.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.031>

Benyamini, Y. & Solomon, Z. (2005). Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Social Science & Medicine*, *61*(6), 1267–1277.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.023>

Bennett, P., & Brooke, S. (1999). Intrusive memories, post-traumatic stress disorder and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(4), 411–416.

<https://doi.org/10.1348/014466599163015>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp0630a>

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. I Chang, E. C. (Red.) *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (s.31–51). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10385-002>

- Castilla, C. & Vázquez, C. (2011). Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: a longitudinal analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.8082>.
- Chung, M. C., Berger, Z., & Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.003>
- Chung, M. C., Dennis, I., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder following Myocardial Infarction: Personality, Coping, and Trauma Exposure. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(4). <https://doi.org/10.2190/PM.42.4>
- Cornelius, T., Voils, C. I., Birk, J. L., Romero, E. K., Edmondson, D. E., & Kronish, I. M. (2018). Identifying targets for cardiovascular medication adherence interventions through latent class analysis. *Health Psychology*, 37(11), 1006-1014. <https://doi.org/10.1037/hea0000661>
- Cyniak-Cieciura, M. & Zawadski, B. (2019). The relationship between temperament traits and post-traumatic stress disorder symptoms and its moderators: meta-analysis and meta-regression. *Trauma Violence Abuse*, 22(4), 702-716. <https://doi.org/10.1177/1524838019876702>
- Dempster, M., Howell, D. & McCorry, N.K. (2015). Illness perception and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag [NEM]. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. I *forskningsetikk.no* (Hentet 20.10.2021).

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Denson, T. F., Spanovic, M. & Miller, N. (2009). Cognitive appraisals and emotions predict cortisol and immune responses. *Psychological Bulletin*, 135, 823-53.

<https://doi.org/10.1037/a0016909>

Deykin, E. Y., Keane, T. M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., & Creamer, K. (2001). Posttraumatic stress disorder and the use of health services.

*Psychosomatic Medicine*, 63(5), 835-841. <https://doi.org/10.1097/00006842-200109000-00018>

Dinenberg, R. E., McCaslin, S. E., Bates, M. N. & Cohen, B. E. (2014). Social support may protect against development of posttraumatic stress disorder: Findings from the Heart and Soul Study. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 294–297.

<https://doi.org/10.4278/ajhp.121023-QUAN-511>

Dollenberg, A., Moeller, S., Lücke, C., Wang, R., Lam, A. P., Philipsen, A., Gschossmann, J. M., Hoffman, F. & Müller, H. H. O. (2021). Prevalence and influencing factors of chronic post-traumatic stress disorder in patients with myocardial infarction, transient ischemic attack (TIA) and stroke – an exploratory, descriptive study. *BMC Psychiatry*, 21(295).

<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03303-1>

Edmonds, W. A. & Kennedy, T. D. (2016). *An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. SAGE Publications. Kindle Edition.

Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K. W., Mills, M. A., & Neria, Y. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Prevalence and Risk of Recurrence in Acute Coronary Syndrome Patients: A Meta-analytic Review. *PLOS ONE*, 14(3).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213635>

- Edmondson, D., Shimbo, D., Ye, S., Wyer, P., & Davidson, K. W. (2013). The association of emergency department crowding during treatment for acute coronary syndrome with subsequent posttraumatic stress disorder symptoms. *JAMA Internal Medicine, 173*(6).  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2536>
- Edmondson, D. (2014). An Enduring Somatic Threat Model of Posttraumatic Stress Disorder Due to Acute Life-Threatening Medical Events. *Social And Personality Psychology Compass, 8*(3), 118-134. <https://doi.org/10.1111/spc3.12089>
- Edmondson, D., Birk, J. L., Ho, V. T., Meli, L., Abdalla, M., & Kronish, I. M.. (2018). A challenge for psychocardiology: Addressing the causes and consequences of patient's perceptions of enduring somatic threat. *The American Psychologist, 73*(9), 1160-1171.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000418>
- Fait, K., Vilchinsky, N., Dekel, R., Levi, N., Hod, H. & Matetzky, S. (2018). Cardiac-disease-induced PTSD and Fear of Illness progression: Capturing the unique nature of disease-related PTSD. *General Hospital Psychiatry, 53*, 131-138.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.02.011>
- Frank, A. (1995/2013). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics* (2. utgave). University of Chicago Press.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J. & Somsen, G. A. (2008). Post-Traumatic Growth After A Myocardial Infarction: A Matter of Personality, Psychological Health, or Cognitive Coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15*, 270–277.  
<https://doi.org/10.1007/s10880-008-9136-5>
- Gilsanz, P., Winning, A., Koenen, K. C., Roberts, A. L., Sumner, J. A., Chen, Q., Glymour, M. M., Rimm, E.B. & Kubzansky, L. D. (2017). Post-traumatic stress disorder symptom duration and remission in relation to cardiovascular disease risk among a large cohort of

women. *Psychological Medicine*, 47(8) 1370-1378.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716003378>

Ginzburg, K., Solomon, Z. & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 748-57. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000021949.04969.2e>

Ginzburg, K. (2004). PTSD and world assumptions following myocardial infarction: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 286-92. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.286>

Ginzburg, K. (2006). Life events and adjustment following myocardial infarction. A longitudinal study. *Sociology, Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 825-31. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0104-9>

Ginzburg, K. & Ein-Dor, T. (2011). Posttraumatic stress syndromes and health-related quality of life following myocardial infarction: 8-year follow-up. *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2011.08.015>

Ginzburg, K, Kutz, I., Koifman, B., Roth, A., Kriwisky, M., David, D. & Bleich, A. (2016). Acute Stress Disorder Symptoms Predict All-Cause Mortality Among Myocardial Infarction Patients: a 15-Year Longitudinal Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(2), 177-186. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9744-x>

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N. & Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11-27. <https://doi.org/10.1159/000510696>

Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life

Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 521-542.

<https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>

Guler, E., Schmid, J. P., Wiedemar, L., Saner, H., Schnyder, U., von Känel, R. (2009).

Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Clinical Cardiology*, 32(3), 125-129. <https://doi.org/10.1002/clc.20384>

Hafstad, G.S. & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på

posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1507-1511.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/12/posttraumatisk-vekst-et-mer-helhetlig-syn-pa-posttraumatisk-tilpasning>

Heir, T. & Norsk kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS, 2014). Trauma and

PTSD Screening (TRAPS). *NKVTS*. <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktøy>

Hendrickson, C. M., Neylan, Th. C., Na, B., Regan, M., Zhang, Q. & Cohen, B. E. (2013).

Lifetime trauma exposure and prospective cardiovascular events and all-cause mortality-findings from the Heart and Soul study. *Psychosomatic Medicine*, 75(9), 849-855.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182a88846>

Hompland, I., Fauske, L., Lorem, G. F. & Bruland, Ø. S. (2020). Use of a simple form to

facilitate communication on long-term consequences of treatment in sarcoma survivors.

*Clinical Sarcoma Research*, 10(2). <https://doi.org/10.1186/s13569-019-0124-3>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Chr., Jones, L.

& Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8).

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Husain, S. A., Edmondson, D., Kautz, M., Umland, R. & Kronish, I.M. (2017). Posttraumatic

stress due to acute cardiac events and aversive cognition towards cardiovascular

medications. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(2) 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9906-3>

Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C., & Brennstuhl, M-J. (2021). Posttraumatic Stress Disorder Following Myocardial Infarction: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 190–199.

<https://doi.org/10.1002/jts.22591>

Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M.W. (2007). Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. *Handbook of PTSD*. Guilford Press.

Kirchberger, I. Burkhardt, K., Heierm M., Thilo, C. & Meisinger, C. (2020). Resilience is strongly associated with health related quality of life but does not buffer work-related stress in employed persons 1 year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29, 391-491. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02306-6>

Kirchner, K., Brauer, H., van der Auwera, S., & Grabe, H. J. (2022). The impact of resilience, alexithymia and subjectively perceived helplessness of myocardial infarction in the risk of posttraumatic stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 954-962. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09857-w>

Konrad, B., Hiti, D., Chang, B. P., Retuerto, J., Julian, J. & Edmondson, D. (2017). Cardiac patient's perception of neighboring patients risk: influence on psychological stress in the ED and subsequent posttraumatic stress. *BMC Emergency Medicine*, 17(33) <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0144-3>

Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G. R., Westendorf, J., Banerjee, T. & Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently

diagnosed primary breast cancer. *Journal of traumatic stress*, 15(4), 277–287.

<https://doi.org/10.1023/A:1016295610660>

Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>

Kvåle, R. & Folkehelseinstituttet (FHI) (21.09.2021). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020*. Fhi.no. [Hentet 20.11.2022] <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/>

Langvik, E. & Hjemdal, O. (2015). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 Study. *Psychology, Health and Medicine*, 20(5), 560-9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.989864>

Ledermann, K., von Känel, R., Barth, J., Schnyder, U., Znoj, H., Schmid, J-P., Meister Langraff, R. E. & Princip, M. (2020). Myocardial infarction-induced acute stress and post-traumatic stress symptoms: The moderating role of an alexithymia trait – Difficulties identifying feelings. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1804119>

Lorem, G.F., Opdal, I. M., Wilsgaard, T., Schirmer, H., Løchen, M-L., Olsen, I. P., Steigen, T. & Rognmo, K. (2022). Assessment of mental health trajectories before and after myocardial infarction, atrial fibrillation or stroke: analysis of a cohort study in Tromsø, Norway (Tromsø Study 1994-2016). *BMJ Open*, 12(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052948>

Løge, I./Norsk Elektronisk Legehåndbok (19.10.2022). *Hjerteinfarkt*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. [Hentet 22.11.2022] <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/koronarsykdom/hjerteinfarkt>



- Mannsverk, J., Wilsgaard, T., Mathiesen, E. B., Løchen, M. L., Rasmussen, K., Thelle, D. S., Njølstad, I., Hopstock, L. A. & Bønaa, K. H. (2016). Trends in modifiable risk factors are associated with declining incidence of hospitalized and nonhospitalized acute coronary heart disease in a population. *Circulation*, *133*(1), 74–81  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.016960>.
- Marke, V. & Bennett, P. (2013). Predicting posttraumatic stress disorder following first onset acute coronary syndrome: Testing a theoretical model. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(1), 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12001>
- Meister, R. E., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J. P, Wittmann, L. & von Känel, R. (2016). Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *78*(3), 327-344.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000278>
- Meister, R. E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U. Barth, J., Znoj, H., Schmid, J. P. & von Känel, R. (2016). Perception of a hectic hospital environment at admission relates to acute stress disorder symptoms in myocardial patients. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 8-14.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.004>
- Meloni, L., Montisci, R., Pippia, V., Sancassiani, F., & Carta, M. G. (2016). Alexithymia affect the time from symptom onset to calling the emergency system in STEMI patients referred for primary PCI. *International Journal of Cardiology*, *219*, 428-432.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.038>
- Molina, C. S. P., Berry, S., Nielsen, A., & Winfield, R. (2018). PTSD in civilian populations after hospitalization following traumatic injury: A comprehensive review. *The American Journal of Surgery*, *216*(4), 745-53. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.035>

- Newman, J. D., Muntner, P., Shimbo, D., Davidson, K.W., Shaffer, J. A., & Edmondson, D. (2011). Lifetime trauma exposure and prospective cardiovascular events and all-cause mortality: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychosomatic medicine*, 75(9), 849-855. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182a88846>
- Peregrinova, L., & Hamann, B. (2018). Traumasymptome nach ICD-Schock: Erkennen und psychokardiologisch behandeln. *Herzmedizin*, 34, 12-16.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 537-543. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00054-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00054-9)
- Poole, J. C., Dobson, K. S. & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse and Neglect*, 64, 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- QSR International (2020). *NVIVO Qualitative data analysis software*. Versjon 12, QSR International Pty LTD.
- Riessmann, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage publications.
- Roberge, M-A., Dupuis, G. & Marchand, A. (2010). Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: Prevalence and risk factors. *Canadian Journal of Cardiology*, 26, 170-175. [https://doi.org/10.1016/s0828-282x\(10\)70386-x](https://doi.org/10.1016/s0828-282x(10)70386-x)
- Schulz, A., Becker, M., van der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., Schmidt, C. O., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. (2014). The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008>

Sheldrick, R., Tarrier, N., Berry, E., & Kinsey, J. (2006). Post-traumatic stress disorder and illness perceptions over time following myocardial infarction and subarachnoid

haemorrhage. *British Journal of Health Psychology*, *11*(3), 387–400.

<https://doi.org/10.1348/135910705X71434>

So, S.S. & LaGuardia, J.G. (2011). Matters of the heart: patient's adjustment to life following a cardiac crises. *Psychology and Health*, *26*(2), 83-100.

<https://doi.org/10.1080/08870441003690456>

Solbrække, K. N. & Lorem, G. F. (2016). Breast-cancer-isation explored: Social experiences of gynaecological cancer in a Norwegian context. *Sociology of Health and Illness*, *38*(8),

1258-1271. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12459>

Tedeschi, Richard G. & Calhoun, Lawrence, G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18.

<https://www.jstor.org/stable/20447194>

Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>

Vilchinsky, N., Ginzburg, K., Fait, K., & Foa, E. B. (2017). Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *55*(4).

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.009>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmierie, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P.

(2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - Standard. [Måleinstrument].

Tilgjengelig fra <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

Whitehead, D. L., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., Steptoe, A. (2006). Posttraumatic stress disorder in cardiac patients: Predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart* 92, 1225-1229. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.070946>

Wikman, A., Messerli-Bürgy, N., Molloy, G.J., Randall, G., Perkins-Porras, L. and Steptoe, A. (2012). Symptom Experience during Acute Coronary Syndrome and the Development of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(4), 420-430. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9369-x>

Willig, C. (2011). Cancer diagnosis as discursive capture: Phenomenological repercussions of being positioned within dominant constructions of cancer. *Social Science & Medicine*, 7(6), 897-903. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.028>

## **Appendiks A Prosjektbeskrivelse**

### **Prosjektbeskrivelse**

For vår hovedoppgave ble vi koblet på Geir Lorems og biveileder Eva-Therese Næss sitt forskningsprosjekt om sammenhengen mellom hjerteinfarkt og PTSD (Cristin-prosjekt-ID: 2062449, 02.05.2022): «Post-traumatic stress syndrome among heart patients: A mixed methods study of comorbid mental health problems among persons with myocardial infarction in the Tromsø Study» (studieprotokoll, versjon 3). Dette prosjektet trekker veksler på eksisterende longitudinelle paneldata fra de siste 20 årene. I dets kvantitative fase undersøkes det hvordan både samtidige og tidligere stressende livshendelser påvirker psykisk komorbiditet etter hjerteinfarkt, samt hvordan forløp av psykiske plager kan modereres. I den kvalitative fasen vil hjertepasienter med klinisk psykiske symptomer på Hopkin's Symptom Checklist undersøkes med kliniske og kvalitative metoder. Formålet er korrekt diagnostisering og utforsking av hvordan komorbid psykisk uhelse påvirker rehabilitering etter hjerteinfarkt. Vår hovedoppgave faller inn under den kvantitative fasen, der vi bidro til PTSD-screening av pasienter med hjerteinfarkt.

## **Appendiks B Informasjonsskriv og samtykkeskjema**

I teksten under presenteres innholdet av informasjonsskrivet og samtykkeskjema som deltagerne mottok.

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### **PSYKISKE HELSE ETTER HJERTEINFARKT: EN INTERVJUUNDERSØKELSE**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hva et hjerteinfarkt kan gjøre med en persons psykiske helse. Denne studien vil se på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I PTSD er kroppen fortsatt i beredskap for fare og en kan oppleve stress og frykt for nye infarkt selv om en er frisk. PTSD er en normal reaksjon på svært belastende livserfaringer. Alvorlig og livstruende sykdom regnes som en svært belastende type livshendelse. Det finnes god behandling for PTSD. Behandlet PTSD gir god livskvalitet og fysisk helse. Ubehandlet kan PTSD bidra til opplevelse av depresjon og engstelse i hverdagen. Med denne studien ønsker vi å få økt kunnskap om:

- Økt kunnskap om sammenhengen mellom belastende livserfaringer og psykisk helse etter hjerteinfarkt.
- Hvor mange som opplever en tilpasningsforstyrrelse (som PTSD) og hvilke konsekvenser det har fått
- Undersøke hvordan helsetjenestene bedre kan møte hjertepasienters behov for god psykisk helse

Vi spør deg fordi Universitetssykehuset (UNN) har registrert at du har hatt hjerteinfarkt. Vi ønsker å komme i kontakt med flest mulig også de som *ikke* har hatt psykiske vansker eller har lagt dem bak seg.

### **Hva innebærer PROSJEKTET for deg?**

Deltakerne i studien vil bli invitert til et intervju utført av en psykologstudent med bakgrunn innen klinisk psykolog. Samtalen vil foregå på institutt for psykologi eller et annet sted om det passer bedre for deg. Det kommer til å ta ca 1 time. Vi ønsker å spørre deg om det å få hjerteinfarkt og hva du tenker om egen psykiske helse. Vi ønsker også å høre om hvordan du har blitt møtt av helsevesenet, hva du har behov for og hva som kunne gjort det enklere å tilpasse seg livet i etterkant av infarkt. Vi kommer også å gjennomføre en screening for PTSD.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Vi vil gjøre lydopptak av intervjuet. Dette blir skrevet ned og analysert i etterkant. Det er kun det du forteller oss i samtalen som blir registrert og du velger selv hva du ønsker å fortelle.

Hvis det påvises PTSD vil du bli informert om dette pr telefon. Vi vil da anbefale deg å kontakte fastlege for henvisning til behandling. Vi vil bistå i utformingen av en slik henvisning dersom ønskelig.

### **Mulige fordeler og ulemper**

For de fleste deltakerne vil studien verken ha fordeler eller ulemper. Hos noen vil det kunne fremkomme at kriteriene for diagnosen PTSD oppfylles. I tilfelle hvor dette fremkommer er det en fordel å få det påvist slik at en kan få behandling og dermed også fremme god helse. Selv om mange synes det kan være fint å snakke med en forsker, forstår vi at det kan være belastende å snakke om sykdom og plager. Vi vil derfor være varsom og alltid respektere dine grenser. Den største fordelen med deltagelse, er at vi kan håper å kunne bidra til bedre behandling for psykiske vansker i etterkant av hjertesykdom. Dette ikke nødvendigvis er en direkte fordel for deg som enkeltperson, men mange synes det er fint å bidra til forskning.

### **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte **Geir Lorem, 77 64 65 33, mobil 97 77 34 53, [geir.lorem@uit.no](mailto:geir.lorem@uit.no)**.

### **Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?**

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Geir Lorem (prosjektleder) og Eva Therese Næss (Doktorgradsstudent) som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

### **Forsikring**

Prosjektet dekkes av pasientskadeordningen.

### **Godkjenning**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (REK 2021/199331).



Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet og prosjektleder Geir Lorem et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Personvernombud ved institusjonen er Joakim Bakkevold ([joakim.bakkevold@uit.no](mailto:joakim.bakkevold@uit.no))

**Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger og mitt biologiske materiale brukes slik det er beskrevet**

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## **Appendiks C Motivasjon for deltagelse**

### **Motivasjon for deltagelse**

Deltagerne uttrykte ulike motivasjoner for deltagelse. Rekrutterte deltagere hadde tidligere deltatt i Tromsø-undersøkelsen og kommer dermed fra et utvalg med lavere terskel for å delta i forskning. Noen deltagere nevnte et ønske om å bidra til forskning som motivasjon for deltagelse. Flere deltagere søkte ny kunnskap om hjerteinfarkt og å få mer klarhet i hvordan hjerteinfarkt hadde opplevdes for dem. Noen av deltagerne ytret et ønske om psykisk helsehjelp av ulike årsaker. Tre deltagere uttrykte allerede ved første telefonkontakt et behov for samtale, der samtaleid og -tema ble annerledes enn forventet for både telefonsamtale og intervju. De fleste av deltagerne fortalte at de hadde en positiv opplevelse av intervjuet, der flere kommenterte at det hadde hjulpet dem å se sammenhenger i sin egen fortelling om liv og sykdom.

## Appendiks D TRAPS

### TRAPS

Mot slutten av intervjuene våre ble deltagerne forespurt å fylle ut TRAPS. Skjemaet er en norsk oversettelse av Stressful Life Events Screening Questionnaire (Goodman et al., 1998) og The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5, Weathers et al., 2013). TRAPS er utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Heir & NKTVS, 2014) og anbefalt for bruk på voksne i helsetjenester for å kartlegge og tilhørende symptomer. Skjemaet angir femten potensielt traumatiske hendelser som deltageren krysser av for om han har opplevd. Frekvens over deltageres potensielle traumer kan ses i tabell 2. Deretter velges den stressende erfaringen som opplevdes mest alvorlig og deltageren fyller ut en sjekklister på 20 symptomer basert på dette potensielle traumet (se Tabell 3). Totalskåre kan være mellom 0 og 80, der en score over 33 regnes som cut-off mellom klinisk og ikke-klinisk område. Pasienter som skårer lavere kan likevel tilfredsstillende kriterier for PTSD.

### Tabell 2

*Frekvenstabell over hvilke type traumer rapportert i screeningverktøyet TRAPS, samt antall i prosent*

	Livstruende sykdom	Fysisk vold	Psykisk vold	Ulykke	Seksuell misbruk	Andre
Frekvens	11	6	5	8	2	7
Prosent	68.7	37.5	31.2	50	12.5	43.7

Deltagerne ble bedt om å fylle ut screeningskjemaet for a) å få en kvantitativ måling på traumeerfaring, symptomtrykk og varighet, b) å sikre at våre deltagere får den helsehjelpen de har behov for, og c) å bidra med data som belyser hensiktsmessigheten av rutinemessige screeninger for fremtidige hjertepasienter. Dette blir rapportert i en egen publikasjon, og blir kun brukt som demografiske data i denne oppgaven. Intervjueren introduserte skjema for deltagerne gjennom å forklare hensikten med screeningen (å måle symptomer på uheldig stress i livet). Deltagerne ble forberedt på at ordlyden i skjemaet kunne være av direkte og ubehagelig karakter, samt at de ikke behøvde å snakke med intervjueren om de aktuelle traumeopplevelsene. Ved behov leste intervjueren opp skjemaet for deltageren og hjalp til med avkrysning. Deltagerne ble informert om at de ville bli kontaktet av psykologspesialist Eva-Therese Næss dersom de oppfylte kriterier for mulig PTSD og gjennom henne bli bistått i å søke psykisk helsehjelp om ønskelig. Seksten deltagere i alderen 45-75 år fylte ut TRAPS-skjemaet (2 kvinner og 14 menn). I gjennomsnitt rapporterte våre deltagere 3.5 traumer (*SD* 2.37, range 1-8).

### Tabell 3

*Symptomnivå fordelt på antall mulige traumer rapportert av deltagerne i TRAPS.*

	Minimale symptomer		Milde symptomer		Moderate symptomer		Totalt	
	Antall ( <i>n</i> )	%	Antall ( <i>n</i> )	%	Antall ( <i>n</i> )	%	Antall ( <i>n</i> )	%
Ingen traumer	1	5.9					1	5.9

TRAUMER OG STRESSENDE LIVSERFARINGER - EN KVALITATIV  
STUDIE OM KOMORBID PSYKISK HELSE ETTER HJERTEINFARKT

93

1 - 2 traumer	5	29.4	3	17.6			8	47.1
3 eller flere traumer	3	17.6	4	23.5	1	5.9	8	47.1
Totalt	9	52.9	7	41.2	1	5.9	17	100

---

*Note.*  $n$  = antall deltagere

## Appendiks E Intervjuguide og Veileder

### Intervjuguiden

Intervjuguiden starter med en intro en kan møte deltagerne med:

«Takk for at du kan møte meg for å dele dine erfaringer med det å få hjerteinfarkt.

Samtalen i dag er lagt opp slik at jeg først vil be deg fortelle litt fritt om dine opplevelser, og jeg vil stille noen oppfølgingsspørsmål underveis. Samtalen vil vare ca 1 time.

Så vil jeg stille noen spesifikke spørsmål rundt dine opplevelser. Til slutt vil jeg be deg fylle ut et par skjemaer som der det spørres om spesifikke reaksjoner knyttet til din opplevelse. Takk for at du kan møte meg for å dele dine erfaringer med det å få hjerteinfarkt».

Forskningsspørsmålene og tematikken presenteres i høyre kolonne, mens spørsmål som ble stilt til deltager presenteres til høyre.

<b>Forskningsspørsmål / tematikk</b>	<b>Spørsmål</b>
	Fortell om den dagen du fikk hjerteinfarkt.
Personlige sårbarhetsfaktorer	Fortell om tankene/reaksjonene du har hatt om dette i etterkant  Finnes det en tid og sted hvor du ikke tenker på hjerteinfarkt?  Fortell om dine pårørendes reaksjoner under og etter hjerteinfarkt  Har noen i din oppvekstfamilie / slekt hatt MI? Hvordan har de håndtert det å være somatisk syk? Snakket dere noe om det?

<p>“Explore the health care need of heart patients with comorbid mental distress problems”</p>	<p>Fortell om tanker/reaksjoner du har hatt i etterkant av hjerteinfarkt</p> <p>Fortell om hvordan erfaringene dine har påvirket hvordan du lever hverdagen din</p>
<p>Hvordan hjerteinfarkt har virket inn på psykisk helse</p>	
<p>Hvordan hjerteinfarkt har påvirket livskvalitet</p>	
<p>“Which health services do heart patients use, and how has the health services met the needs of heart patients with comorbid mental distress problems”</p>	<p>Fortell meg litt mer om ditt møte med helsevesenet dagen du fikk hjerteinfarkt og i oppfølgingen i etterkant.</p>
<p>«Describe the relationship between adverse life experiences and mental distress in heart patients”</p>	<p>I siste del av samtalen ønsker vi å høre om andre livserfaringer du har hatt som kan ha hatt innvirkning på hvordan det har vært for deg å ha fått et hjerteinfarkt:</p> <p>Alt. 1: Nå ønsker jeg at du bruker siste tiden på å fylle ut disse skjemaene. Om du har noen spørsmål underveis skal du bare stille dem.</p> <p>Alt.2: denne siste tiden i dag skal vi gå gjennom noen skjemaer. Du svarer så godt du kan, og bare be meg gjenta om det er nødvendig.</p>
<p>Avslutning</p>	<p>Er det noe du ønsker å fortelle nå på slutten, som du ikke har fortalt, eller er blitt spurt om?</p>

	Dersom vi finner at du oppfyller kriteriene for PTSD vil jeg ta kontakt med deg for å informere om det, og hvordan du kan gå frem for å få hjelp med det.
	Takk for deltakelsen din, dette har vært veldig nyttig for oss.

### Veileder for intervjuguiden

I veilederen blir de ulike forskningsspørsmålene fremstilt til venstre. Forklaring og veiledning ses til høyre.

Forskningsspørsmål	Observasjoner / utdyping	Notater
Start «Kan du fortelle meg om din erfaring med å få hjerteinfarkt.»	Deltakeren forteller fritt uten at vi avbryter. Legg merke til hvordan de forteller sin historie. Noter hvor i historien de virker mest opprørt. Legg merke til om dette er noe de kommer tilbake til senere i samtalen.	
Personlige sårbarhetsfaktorer	Oppvekstfamiliens erfaringer med alvorlig sykdom kan ha betydning for ens egen holdning til det å bli syk. Hvordan ens familie håndterte sykdom og snakket om det har betydning for hvordan en som barn har erfart dette.	



<p>“Explore the health care need of heart patients with comorbid mental distress problems”</p>	<p>Start først åpent. Her kan en evt. Komme tilbake til det en observerte i innledningen: «i starten merket jeg at du ble spesielt berørt når du nevnte (xx) kan du si litt mer om det?»»</p>	
<p>“Which health services do heart patients use, and how has the health services met the needs of heart patients with comorbid mental distress problems”</p>	<p>Etter at de har fått fortalt åpent kan det følges opp med spørsmål om hva de hadde trengt i den aktuelle situasjonen for at det skulle ha blitt bra.</p>	
<p>«Describe the relationship between adverse life experiences and mental distress in heart patients”</p>	<p>Her kan deltakeren enten fylle ut selv, men det kan også være greit å lese opp spørsmålene og fylle ut for deltakeren om de ønsker dette. Skal det være telefon/nettmøte må det leses opp.  Les gjennom på en rolig og tydelig måte, og be dem bare be om gjentakelse dersom de ønsker det.  Diagnosen settes ikke på bakgrunn av dette, men svarene kan indikere en PTSD. Denne vurderingen gjøres i etterkant og deltakeren vil</p>	

	bli oppringt av Eva Therese om resultatet av utredningen.	
--	---	--

### Appendiks F Analyseprosessen

Den tematiske analysen involverte flere prosesser for at forskerne skulle få en god forståelse og bredt bilde av deltagerne fortellinger. En del av prosessen (kodingstreet, bli kjent med materialet i et sorteringsarbeid, utvikling av typologi) presenteres i figurer og tabell under.

På grunn av vårt store utvalg ble kodingstreet deretter. Dette ble så utgangspunktet for spesifiserende tematisk analyse og innholdsanalyse slik det er beskrevet i metoddelen. Et utdrag av kodingstreet kan ses i tabell 4.

#### Tabell 4

*Utdrag fra kodingstreet som ble utviklet i NVIVO*

Navn på koder	Antall filer	Antall Referanser
På hvilken måte kan hjerteinfarkt være traumatisk?	0	0
Hjerteinfarkt som traumatiserende	0	0
Fortellingen om hjerteinfarkt	17	90
Dramatisk toppunkt 1	4	13
Dramatisk toppunkt i tiden etter	1	1
Opptakt	4	6
Vendepunkt der det oppleves bedre	4	7
Reaksjoner på MI	17	68
Dissosiasjon	1	1
Frykt	4	9
Reaksjoner på symptomer	12	26

Symptomer på MI	15	36
Tydelige symptomer under MI	12	20
Smerter	6	14
Vage symptomer før og under MI	14	52
Tanker og opplevelser under MI	16	129
Tanker etter MI	0	0
Etterpåkløskskap	9	32
Folkesykdommen MI	2	2
Frisk fra MI	3	7
Hindring for fysisk arbeid	3	3
Kvinnehelse	2	8
Livskvalitet	12	20
Skyld	4	5
Trygghet etter MI	9	18
Utrygghet etter MI	5	12
Årsaksforklaringer på MI	10	40
Andre ting som kan være traumatisk	0	0
Komorbiditet	14	59
Alzheimers demens	2	3
Astma og lungesykdom	1	3
Fysikalske problemer	8	16
Gallesykdom	1	1
Hjerte og nevrologi	2	5
Hjerte-karlidelser	5	11

Hud- og Inflammasjon	2	2
Infeksjon	1	3
Influenza og Covid	2	3
Kreft	6	19
Mage tarmlidelser	3	5
Multimorbiditet	4	7
Psykiske vansker	3	12
Angst og fobi	1	1
Depresjon	1	11
Hyperaktivering	1	8
Søvnlidelser	2	2
Type to diabetes	7	18
Uforklarlig vekttap	1	1
Frykt for annen sykdom	5	11
Stressende livshendelser	10	34
Arbeidsrisiko	2	6
Dødsfall i familien	6	10
Familiekonflikt	1	1
Mobbing	1	2
Ny i Norge	1	1
Potensielt traume	10	36
Rus i familien	1	2
Samlivsproblem og skilsmisse	3	8
Selvmord i familien	3	7

Stress	9	41
Sykdom i nær relasjon	5	11
Ulykke i familien	1	3
Uønsket seksuelle tilnærminger	1	1
Voldsutsatt	3	3
Vært i ulykke	4	6
Økonomi	2	7
Nevner Traume selv	2	2
Hvorfor ikke utvikle PTSD?	0	0
Generasjonskultur	8	10
Opplevelsen av fellesskap	2	2
Livsmotto som nevnes	4	9
Fortelling om mestring og strategier	16	56
Fremtidsretting	3	4
Humor	3	3
Mestringstro	3	3
Optimistisk for fremtid	1	1
Sjaman alternariv medisin	1	1
Personlighet	12	31
Identitet	3	10
Ikke plage og ha omsorg for helsepersonell	6	7
Resiliens	1	3
Ressurser	3	3

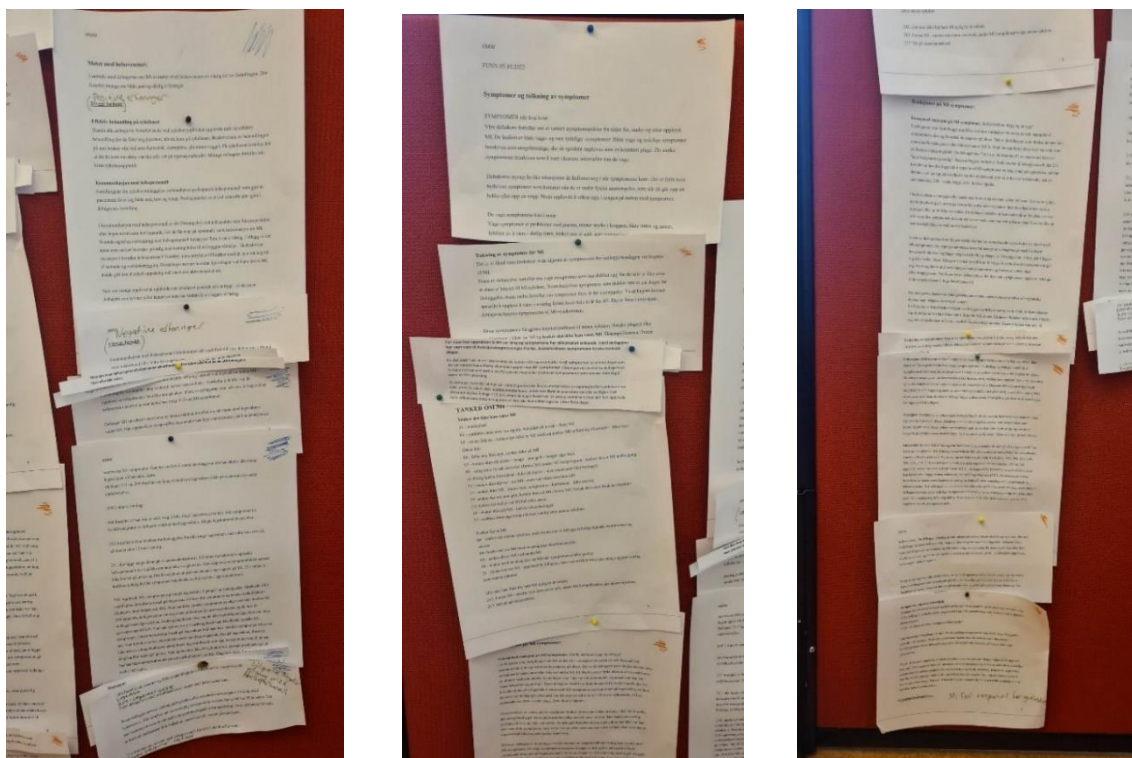
Selvstendighet	7	16
Sosial støtte	9	28

*Note.* Et utdrag av kodingstreet der små noder er blitt om til overordnede tema.

Etter at nodene var skrevet ut i tekstform, printet vi dette ut på papir. Gjennom høytlesning og sortering av de ulike tekstene, var målet danne seg et mer helhetlig bilde og felles forståelse forskerne imellom. Bilde av arbeidsprosessen i analysearbeidet kan ses i figur 3.

### Figur 3

*Bildet av sorteringsarbeid av utskrevne noder under analyseprosessen*



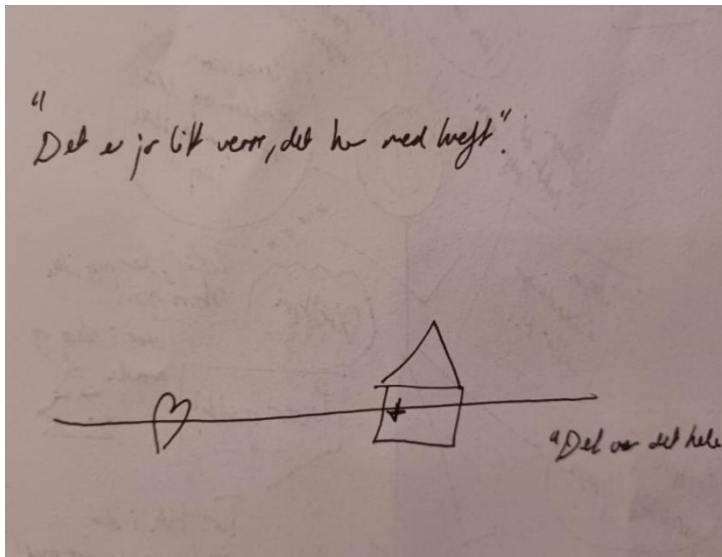
*Note.* Bildet er tatt av forskerne selv

Etter at et felles helhetlig bilde begynte å forme seg, ønsket vi også å visualisere dette. Dermed ble de ulike deltagerens «tidslinjer» tegnet, noe som ble starten på utvikling av typologier. I tegningene ble dramaturgien i hver deltagers fortelling visualisert med en kurve, der høye kurver signaliserer sterkt engasjement, følelser og plager/symptomer. Hjerter

illustrerer infarkt, firkant illustrerer sykehus. Visuell fremstilling av typologitvilling kan ses i figur 4, figur 5, figur 6 og figur 7.

#### Figur 4

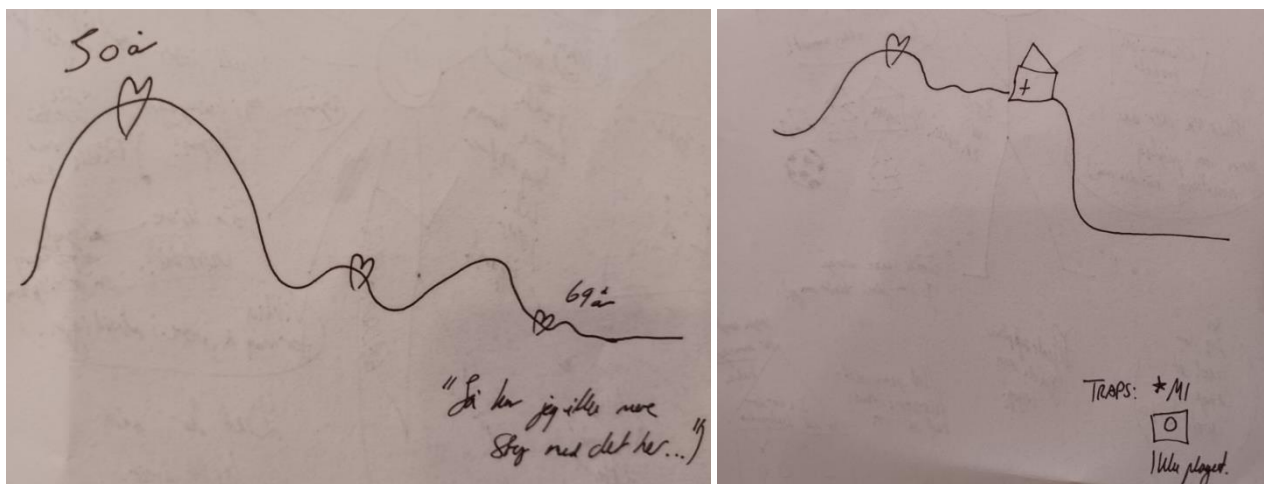
En forenklet tegning av en deltager sin 'ikke-fortelling'



Note. Tegningen viser ett hjerteinfarkt, med sykehusopphold og flat kurve

#### Figur 5

To forenklet tegninger av en deltager sin 'Dramatiske-fortellinger'

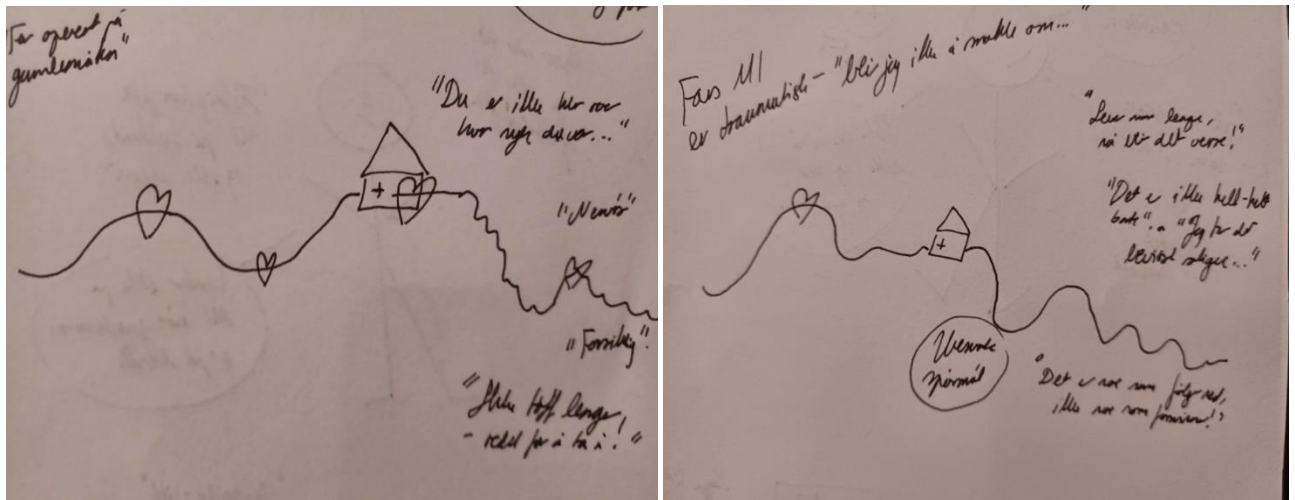


Note. Tegning til venstre illustrer dramatisk fortelling med flere hjerteinfarkt, mens til høyre ser vi dramatisk fortelling med positiv slutt.



**Figur 6**

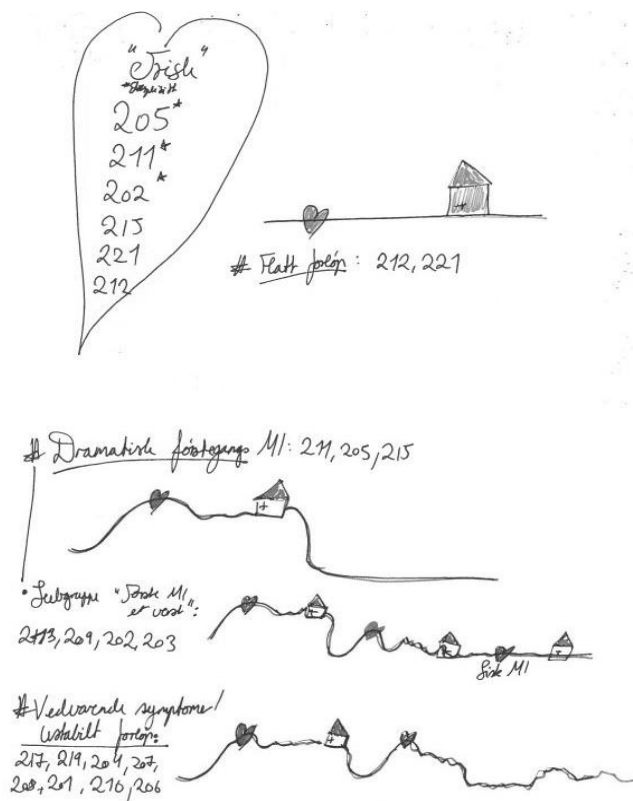
To forenklet tegninger av en deltager sin 'Vedvarende-fortellinger'



Note. De to siste tegningene viser uavklarte fortellinger ved henholdsvis flere eller ett hjerteinfarkt og med variert kurve flere plasser i tidslinjen.

**Figur 7**

Illustrasjoner av utledning av fortellingstypologier fra datamaterialet



*Note.* Illustrasjon over prosessen der typologiene ble utarbeidet, det dannet seg et helhetsbilde og typologiene ble mer tydeligere for forskerne.

### Appendiks G Forkortelser

Forkortelsene som er benyttet i dette prosjektet presenteres i tabell 4.

#### Tabell 4

*Oversikt over ulike forkortelser som er benyttet i hovedoppgaveteksten*

Forkortelser	Forklaring
PTSD	Postramatisk Stresslidelse
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual 5
APA	American Psychiatric Association
TRAPS	Trauma and PTSD Screening
GRACE-score	The Global Registry of Acute Coronary Events, risikoprofil- score etter akutt myokardisk infarkt
STEMI	ST-Elevation Myocardial Infarction
NSTEMI	Non-ST-Elevation Myocardial Infarction
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
LIS	Lege i Spesialisering
UNN	Universitetssykehuset Nord- Norge

PCI	Percutaneous Coronary Intervention
NSD	Norsk senter for forskningsdata
PVO	Personvernombud
NEM	Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag
SLESQ	Stressful Life Event Screening Questionnaire

---

## Appendiks H REK og NSD



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Veronica Sørensen	77620758	19.01.2021	199331
Deres referanse:				

Geir Lorem

### 199331 Post-traumatisk stress syndrom hos hjertepasienter.

Forskningsansvarlig: UiT Norges arktiske universitet

Søker: Geir Lorem

#### Søkers beskrivelse av formål:

*Omlag en av tre personer opplever symptomer på psykiske uhelse etter et hjerteinfarkt; det er imidlertid begrenset informasjon om hvilke typer problemer eller hvordan tjenestetilbudet bedre kan møte hjertepasienters behov. Vårt hovedmål er å forstå hvordan hjertesykdommer kan utløse psykiske problemer for hjertepasienter. Dette prosjektet skal undersøke hvordan hjertesykdommer kan aktivere stressrelaterte forstyrrelser og reaksjoner, spesifikt posttraumatisk stresslidelse (PTSD, jfr ICD10: F43). Vi planlegger en intervjuundersøkelse hvor vi følger opp et strategisk utvalg av deltagere (n=30) som har hatt hjerteinfarkt og rapporterte signifikante symptomnivåer i Tromsø 7 eller har vært behandlet for hjerteinfarkt ved Universitetssykehusene i Nord-Norge eller Akershus. Vi ønsker å gjennomføre kvalitative og diagnostiske intervjuer. Målene er (i) å etablere kunnskap om utbredelsen av stressrelaterte forstyrrelser blant hjertepasienter, (ii) å undersøke hvordan komorbide psykiske lidelser påvirker rehabilitering, (iii) å undersøke hvordan hjerterehabiliteringsprogrammer bedre kan møte psykiske helseproblemer ifølge pasienter / deltakerne som har opplevd hjertesykdom.*

*Vår visjon er at alle hjertepasienter, uavhengig av diagnose, får riktig behandling for å bedre psykiske helseproblemer. For å oppfylle visjonen må vi bedre forstå hvordan hjertesykdommer kan aktivere komorbide psykiske problemer.*

*Tidligere studier har vist at opptil 32,9% av pasientene med hjerteinfarkt rapporterte klinisk signifikante symptomer på mentale helseproblemer samt at antidepressiva øker seks måneder etter infarkt. Noe som er langt høyere enn i befolkningen generelt. Ubehandlet PTSD er kjennetegnet av en forhøyet og uregelert stresstilstand som øker blodtrykk og pulstrykk, samt senker immunforsvaret. Kunnskap om PTSD er svært viktig i hjerterehabilitering fordi lidelsen i seg selv er en risikofaktor for å utvikle infarkt, samt har negativ innvirkning på overlevelsessevne i årene etter sykdommen inntraff. Kjernesymptomene i PTSD er unngåelse av situasjoner og kroppslige opplever som minner om den opplevde hendelsen. Forskning har vist at pasienter med ubehandlet PTSD i hjerterehabilitering ikke følger opp medisinske råd som kosthold, fysisk aktivitet eller medisiner. Når lidelsen er behandlet gjør de dette. Graden av unngåelsesatferd har negativ innvirkning tilheling etter infarkt. Dette øker risikoen også for sekundære effekter som depresjon. Pasientens engstelse for å bli syk igjen hindrer de å leve et liv i aktivitet, og engstelsen kan utvikle seg til angst, spesielt panikkangst. I møte med helsevesen og fastlege fremstår de først og fremst deprimerte og engstelige, og får behandling for dette primært, mens PTSD overses. Dette resulterer i at PTSD forblir ubehandlet og gir økt risiko for nye infarkt.*

---

### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK Nord i møtet 07.01.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

### **Formål**

Formålet beskrives som å forstå hvordan hjertesykdommer kan utløse psykiske problemer for hjertepasienter. Dette prosjektet skal undersøke hvordan hjertesykdommer kan aktivere stressrelaterte forstyrrelser og reaksjoner, spesifikt posttraumatisk stresslidelse (PTSD, jfr ICD10: F43).

### **Om prosjektet**

Det planlegges en intervjuundersøkelse hvor man følger opp et strategisk utvalg av deltagere (n=30) som har hatt hjerteinfarkt og rapporterte signifikante symptomnivåer i Tromsø 7 eller har vært behandlet for hjerteinfarkt ved Universitetssykehusene i Nord-Norge eller Akershus. Det skal gjennomføres kvalitative og diagnostiske intervjuer. Målene er (i) å etablere kunnskap om utbredelsen av stressrelaterte forstyrrelser blant hjertepasienter, (ii) å undersøke hvordan komorbide psykiske lidelser påvirker rehabilitering, (iii) å undersøke hvordan hjerterehabiliteringsprogrammer bedre kan møte psykiske helseproblemer ifølge pasienter / deltakerne som har opplevd hjertesykdom.

### **Data/materiale**

Det skal innhentes data fra Tromsø 7 vedrørende dato for død og dødsårsak, emigrasjon, CVD diagnosis, Demography, CVD risk factors, Mental distress, Comorbid disease, Treatment, Socioeconomic status, Health-related behaviour.

### **Deltakere**

Det er data fra 36,748 deltagere i Tromsøundersøkelsen som kan inkluderes. Den kvalitative delen vil rekruttere et strategisk utvalg på n=30.

### **Forespørsel/informasjon/samtykkeerklæring**

I informasjonsskrivet for deltagerne til Tromsø 7, er det avgitte samtykke til å benytte opplysningen til hjertehelse og psykisk helse. Samtykkeskrivet for Tromsø 7 anses således dekkende for det som skal gjøres i denne studien.

Når det gjelder informasjonsskrivet til de som skal intervjues, står det i begge skivene under avsnittet "*fordeler og ulemper*" at «...er at vi kan håper å kunne bidra til bedre behandling», dette må omskrives.

Videre står det «*Dette ikke nødvendigvis*» ... denne setningen må også skrives om.

### **Vedtak**

---

Godkjent

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider og godkjenner det med hjemmel i helseforskningsloven § 10.  
Prosjektet er godkjent frem til omsøkt sluttdato 31.12.2025

Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Komiteen gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon. Før prosjektet kan igangsettes må det sendes inn revidert informasjonsskriv. Skrivet sendes via prosjektmappen i REK-portalene.

Med vennlig hilsen  
May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

#### Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

#### Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK nord på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12. Dersom prosjektet ikke igangsettes eller gjennomføres skal prosjektleder også sende melding om dette via sluttmeldingsskjemaet.

#### Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## **NSD sin vurdering**

### **Prosjekttittel**

Post-traumatisk stress syndrom hos hjertepasienter

### **Referansenummer**

283945

### **Registrert**

09.02.2021 av Eva Therese Næss - [eva.t.nass@uit.no](mailto:eva.t.nass@uit.no)

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Geir Lorem, [geir.lorem@uit.no](mailto:geir.lorem@uit.no), tlf: 97773453

### **Type prosjekt**

Forskerprosjekt

### **Prosjektperiode**

01.02.2021 - 31.12.2027

### **Status**

08.03.2021 - Vurdert



## Vurdering (1)

---

### 08.03.2021 - Vurdert

#### BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 199331).

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2027. Med videre lagring i 5 år for dokumentasjonshensyn.

#### LOVLIG GRUNNLAG

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

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen  
formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål  
dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet  
lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)