

Det mannlige og det kvinnelige hjerteinfaktet.

En analyse av kjønn og prestisje i sykdom.

Trude Karin Holmedal



Masteroppgave i sosiologi.
Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2012

Sammendrag

Sykdom er kjønn. Både når det gjelder pasientenes kjønn og når det gjelder feminine eller maskuline konnotasjoner knyttet til sykdommer. Vi snakker om mannsykdommer og kvinnesykdommer. Hjerteinfarkt er en sykdom som oppfattes som mannsykdom uten at hele forklaringen kan knyttes til biologi eller epidemiologi. Det er kjønnsbaserte forskjeller i når i livet pasientene typisk rammes, symptomene, diagnostisering, subjektiv opplevelse og behandlingsform. Men det er like mange kvinner som menn som både rammes og dør av disse sykdommene, og det er den hyppigste dødsårsaken hos begge kjønn (Nfi.no). I tillegg har hjerteinfarkt også en spesiell kulturell posisjon. Hjertet alltid vært fylt med symbolsk mening, og hjerteinfarkt troner øverst på Dag Albums (1991) sykdomsprestisje-hierarki. Og det at sykdommen oppfattes om en mannsykdom, og ikke som en kvinnesykdom, kan også i stor grad tilskrives en kulturell prosess. Til tross for eksisterende kunnskap om utbredelse, og omfattende informasjonsarbeid, oppfattes altså hjerteinfarkt fremdeles ikke som en kvinnesykdom, eller som en kjønnsnøytral sykdom.

I denne oppgaven spør jeg om det er noe med forestillingene om kvinner eller kvinnesykdommer som ikke lar seg forene med forståelsen av hjerteinfarkt som sykdom eller med en prestisjefylt sykdom. Er kjønn en så sentral komponent i sykdomskonstruksjonen at sykdommen nærmest blir en annen når dens bærer endrer kjønn? Og hvilke implikasjoner kan dette tenkes å ha for sykdommens prestisje?

Jeg bruker hjerteinfarkt som case på sykdomskonstruksjon og -kjønning, og benytter meg av tekstanalyse. Dataene som legges til grunn for analyse er informasjonsbrosjyrer om hjerteinfarkt, både generelt rettede og noen spesifikt rettet mot kvinner, samt tekst knyttet til kampanjen Hjertelig hilsen. Dette informasjonsmaterialet anser jeg å være i skjæringspunktet mellom den medisinske diskurs og lekfolk-diskursen om hjerteinfarkt og derfor godt egnet til å legges til grunn for en analyse av hvordan hjerteinfarkt forstås. Det viktigste spørsmålet jeg stiller direkte til datamaterialet mitt er: hvilke kjønnsbaserte forskjeller i forståelsen av sykdommen hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten kommer til uttrykk i offentlig informasjonsmateriell? I forlengelse av dette gjør jeg meg noen tanker om hva bevissthetskampanjene kan ses som et uttrykk for, og vurderer deres potensial til å endre vår forståelse av hjerteinfarkt.

Det teoretiske rammeverket består i hovedsak av teorier og foreliggende litteratur om hvordan kjønn og sykdom gjensidig skaper og opprettholder hverandre, samt Dag Albums

prestisjeteori.

Jeg finner at hjerteinfarkt ikke oppfattes som en enhetlig sykdomsentitet. For det første er det som om to ulike varianter av hjerteinfarkt beskrives: det *mannlige* og det *kvinnelige* hjerteinfarkt. Det mannlige hjerteinfarkt fremstår som svært dramatisk og akutt, med distinkte symptomer. Til tross for alvorlighetsgraden er likevel dette en sykdom man kan bli helt frisk av ved hjelp av medisinsk behandling og egeninnsats. Det kvinnelige hjerteinfarkt er også alvorlig, men ikke like akutt, dramatisk og tydelig. Til tross for at sykdommen fremstår som mindre alvorlig i denne henseende, er det likevel ikke en sykdom man nødvendigvis kan forvente å bli helt frisk fra. Dette på sin side igjen antyder det kvinnelige hjerteinfarkt som en langvarig, nærmest kronisk, tilstand. For det andre beskrives to forskjellige hjerteinfarktpasienter. Den typiske hjerteinfarktpasienten i datamaterialet mitt er mann. Og mer spesifikt: en yrkesaktiv mann som rammes av hjerteinfarkt på grunn av ytre press i form av et kompetitivt arbeidsliv. Den kvinnelige hjerteinfarktpasienten fremstår som et avvik, men det blir samtidig skissert en typisk *kvinnelig* hjerteinfarktpasient. Hun er en eldre kvinne, gjerne med psykisk både årsaksbilde, symptomer og konsekvenser av sykdommen.

Videre viser jeg at beskrivelsene rettet mot menn portretterer en sykdom, og en pasient, der de fleste karakteristikker er av typen som er positivt for en sykdoms prestisje. Og motsatt, at beskrivelsene av hjerteinfarkt og infarktpasienten i materialet som var rettet mot kvinner, viser til en sykdom hvis karakteristikker vanligvis vil trekke ned en sykdoms prestisje. Ved å koble prestisjeteorien med kjønnteori viser jeg at ikke bare forstås det kvinnelige hjerteinfarkt som annerledes enn menns, det forstås også som underordnet. Jeg argumenterer for at det er det mannlige hjerteinfarkt som er representert på toppen av prestisjehierarkiet og at hjerteinfarkt som en tenkt kvinnesykdom ville fått en langt lavere plassering.

Jeg konkluderer med at bevisstetskampanjene ikke er veldig effektive når det kommer til å endre våre oppfatninger av hjerteinfarkt som mannesykdom, og at de faktisk heller kan bidra til å skape ytterligere forskjeller. Jeg avslutter med å ta opp to punkter jeg ser som avgjørende når det kommer til hvorfor vi opplever en slik treghet i endringen av vår forståelse av hjerteinfarkt. For det første former ideologier om kjønn og sykdom som er «innbakt» i den medisinske diskursen kunnskapsproduksjonen, og blir dermed også en del av selvsaghetene som både lekfolk og deltakere i den medisinske kulturen innehar når det kommer til sykdom og kjønn. For det andre holder ikke re-artikulering. Hver dag reproduseres kjønnsrollene i menns og kvinners helse- og sykdomsatferd.

Forord.

Først og fremst vil jeg takke Dag Album og resten av deltakerne ved det tverrfaglige prosjektet «Disease prestige and informal priority settings» ved UiO. Det har vært spennende og lærerikt å få være en del av denne gruppen de siste to årene, både i form av de seminarer og foredrag jeg har fått med meg, metodologiske og teoretiske diskusjoner, og konkrete tilbakemeldinger på egen oppgave. Jeg vil også i tillegg takke Dag for en god jobb som min hovedveileder. Du har vært positivt innstilt til prosjektet mitt fra starten av, samtidig som du har stilt de nødvendige kritiske spørsmålene.

Tusen takk til Hilde Bondevik, min biveileder. Våre samtaler har vært uunnværlige for å orientere seg i mengdene av litteratur om kjønn og sykdom. Dessuten er det alltid hyggelig og oppløftende å stikke innom ditt kontor.

Takk til Nasjonalforeningen som lot meg få låne deres gamle brosjyrer.

Maria, Marie, Runa og Flemming – takk for lange lunsjer, kattebilder og en morsom hverdag på Harriet Holters hus med oppgaveskriving.

Takk til Linda, Stig og Ane for gjennomlesing og språkvask av enkeltkapitler.

Og sist men ikke minst – takk til Linda, Julia, Stig, Rikke, Lars, Torunn, Silje, mamma, pappa og alle andre som har heiet på meg, stilt opp når jeg har trengt å drive med helt andre ting enn oppgaveskriving, eller som på andre måter har støttet meg gjennom det siste drøye året.

Trude.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Forord.....	iii
Innholdsfortegnelse.....	iv
1 Innledning	1
1.1 Kjønn og hjerteinfarkt.....	1
1.2 Grunnleggende perspektiv.....	5
1.3 Sykdomsprestisje.....	8
1.4 Problemstilling og tilnærming.....	10
1.5 Relevans.....	11
1.5.1 Faglig.....	11
1.5.2 Samfunnsmessig.....	12
1.6 Oppgavens struktur.....	13
2 Teori og foreliggende litteratur.....	15
2.1 Sosial konstruksjon av sykdom.....	15
2.1.1 Hva er en sykdom?.....	15
2.1.2 Teoretiske røtter og viktigste fokusområder.....	16
2.2 Kjønn.....	18
2.2.1 Sykdomskjønn.....	19
2.2.2 Kjønn og sykdom – et historisk perspektiv.....	20
2.2.2.1 Kvinnen og kreften.....	21
2.2.2.2 Kvinnen og nervene.....	23
2.2.2.3 Mannen og hjerteinfarkt.....	26
2.2.3 Flytende og fast kjønn i sykdom.....	30
2.3 Sykdomsprestisje.....	31
2.3.1 Kulturell mening = Stigma?.....	31
2.3.2 Sykdomshierarkiet.....	32
2.3.3 Sykdom og legitimitet.....	34
3 Metode.....	36
3.1 Kvalitativ metode.....	36

3.1.1 Hjerterinfarkt, en case-studie.....	36
3.1.2 Tekstanalyse.....	37
3.2 Data.....	39
3.2.1 Utvalg.....	39
3.2.2 Begrunnelse for data.....	40
3.2.3 Datakvalitet.....	41
3.2.3.1 Mulige feilkilder.....	42
3.2.3.2 Gyldighetsområde – hva kan jeg si noe om og ikke?.....	43
3.2.3.3. Overførbarhet.....	44
3.3 Analyse.....	45
3.4 Forforståelse.....	48
3.5 Etikk.....	49
4 Hjerterinfarkt, dets typiske forløp og behandling.	51
4.1 Årsaker.....	51
4.2 Symptomer.....	54
4.3 Diagnostisering og behandling.....	56
4.4 Helbredelse, leveutsikter og dødelighet.....	59
4.5 Oppsummering: sykdommen.....	60
5 Den typiske hjerterinfarktpasienten.....	61
5.1 Fysiske forhold.....	62
5.1.1 Sunn livsstil og overvekt.....	62
5.1.2 Sex.....	64
5.2 Emosjonelle forhold.....	66
5.2.1 Psykiske årsaker og konsekvenser.....	66
5.2.2 Sex.....	69
5.3 Relasjonelle forhold.....	70
5.3.1 Familieliv.....	70
5.3.2 Sex.....	71
5.3.3 Oppsummering: pasienten.....	71
6 Diskusjon.....	72
6.1 Sykdomskompleksiteter.....	72

6.2 Hjerteinfarkt – en uverdigg kvinnesykdom?.....	75
6.2.1 Sykdomstrekk.....	75
6.2.2 Trekk ved pasienten	76
6.3 Hjertelig hilsen – en kjønnings- og verdiggjøringskampanje?.....	79
6.4 Endring av oppfattelsene av hjerteinfarkt?.....	81
6.4.1 Grunnleggende hierarkisering.	82
6.4.2 Common sense og vitenskap.....	83
6.4.3 Praxis og reproduksjon.....	87
7 Oppsummering av hovedfunn og konklusjon.....	89
8 Litteraturliste.....	92
8.1 Elektroniske kilder.	96
8.2 Datamaterialet.....	96
Vedlegg 1.....	98
Vedlegg 2.....	108

1 Innledning

Sykdom er kjønnnet. Både når det gjelder pasientenes kjønn og når det gjelder feminine eller maskuline konnotasjoner knyttet til sykdommer. Det finnes sykdommer som blir betegnet som *kvinnesykdommer* og *mannssykdommer*. Denne kjønnningen kan knyttes til ulike, dels overlappende forklaringer. I noen av disse tilfellene er det en biologisk begrunnelse: sykdommen rammer kjønnskjenntegnende organer som bryst eller testikler. I andre tilfeller er det en epidemiologisk bakgrunn for karakteristikken: det er flest kvinner/menn som rammes av sykdommen, som for eksempel er tilfellet for den relativt nye kvinnesykdommen fibromyalgi. Andre sykdommer igjen har ikke denne «faktabaserte» legitimiteten til å kalles manne- eller kvinnesykdom, og det er denne formen for kjønnning som skal være i fokus i denne oppgaven, med hjerteinfarkt som case.

1.1 Kjønn og hjerteinfarkt.

Hjerte- og karsykdommer er fremdeles hyppigste dødsårsak i Norge, til tross for betydelig nedgang i denne dødeligheten (Halvorsen og Risøe 2009: 1853). I 2010 døde 5206 personer av iskemisk hjertesykdom som omfatter angina pectoris og hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet 2011: 1). Tallene er noe usikre, men beregninger tyder på at mellom 12 000 og 15 000 personer får akutt hjerteinfarkt hvert år. Særlig blant de kvinnelige pasientene antas det at en del dødsfall som kan tilskrives hjerteinfarkt, har blitt karakterisert som død av alderdom (Emslie et al 2001: 227). Dette skyldes at kvinner generelt rammes fra 60 års alderen, om lag 10 år senere i livet enn menn (Folkehelseinstitutt 2011b: 1, Halvorsen og Risøe 2009). De senere årene har vi altså sett en betydelig nedgang i dødsfall knyttet til hjerteinfarkt. Nedgangen ser vi blant begge kjønn, men endringene er størst for menn, fordi menn tidligere har hatt en betydelig høyere dødelighet enn kvinner (Folkehelseinstituttet 2011: 1).

Fremdeles er det litt lavere risiko for kvinner enn for menn (Selmer et al 2008) å utvikle en hjertesykdom, men hjerte- og karsykdom er den hyppigste dødsårsak for kvinner. 40% av kvinner i Norge dør av dette, og det betyr at flere kvinner dør av hjerte- og karsykdom enn av alle kreftformer tilsammen (Halvorsen og Risøe 2009). Det er til enhver tid flere menn enn kvinner, i alle aldersgrupper, som har hjertesykdommer, men det er likevel de samme

proporsjonene av menn og kvinner som dør av hjertesykdom, da sykdommen generelt inntreffer senere i kvinner, og kvinner lever lenger (Frich et. al. 2006: 38). Kvinner i aldersgruppen 65-69 har omtrent samme dødelighet som menn 55-59 år. Prognosen for kvinner etter å ha hatt et akutt hjerteinfarkt er verre for kvinner enn for menn, selv når det kontrolleres for alder og behandlingsmetode (Emslie et. al. 2001: 226). Selv om gjennomsnittsalderen for kvinner med førstegangsinfarkt er høyere enn for menn, rammes også yngre kvinner av akutt hjerteinfarkt. I 2004 døde 104 kvinner i Norge i alderen 25-55år. Videre har flere studier vist at prognosen hos yngre kvinner som rammes av akutt hjerteinfarkt, er dårligere enn hos menn (Halvorsen 2008).

Likevel blir hjerteinfarkt fortsatt blir oppfattet som en mannssykdom og, kanskje viktigere, blir det *ikke* oppfattet som en kvinnesykdom. En rekke studier viser at disse oppfatningene er å finne både blant leger, pasienter og lekfolk, de reflekteres i massemedia og de inngår i den medisinske forskningen som gjøres på hjerteinfarkt. Nedenfor refererer jeg til noen få eksempler på studier som viser dette.

I en norsk studie fra 2006 viser Jan C. Frich, Kirsti Malterud og Per Fugelli hvordan allmennpraktiserende legers stereotype oppfatning av hjertesykdommer som mannssykdommer fører til feilslutninger når det kommer til diagnostisering og behandling for kvinner (Frich et. al 2006). Disse kjønnede oppfatningene av sykdomskategorien førte til at kvinnene i studien opplevde at legene underspilte risikoen de hadde for å utvikle hjertesykdom, noe som igjen førte til at de opplevde å måtte overtale legen for å få tatt en kolesteroltest. Når kvinnene kontaktet legen med hjerteinfarktsymptomer, ble disse ofte feiltolket. Videre viser Bibi Hølge-Hazelton og Kirsti Malterud i sin studie fra 2009 at andronormativiteten lever i beste velgående innenfor medisinen. Ved å foreta en grundig litteraturgjennomgang av studier som omhandler lege-pasient-samhandling viser de at det mannlige og de mannlige verdier blir ansett som normalen i slik grad at kvinnelige verdier forsvinner eller trengs å tydelig påpekes for å bli lagt merke til. Både pasientenes og legenes kjønnede forventninger er gjensidig involvert i å skape kjønnsforskjell i medisinen (Hølge-Hazelton og Malterud 2009).

Frich, Malterud og Fugelli har også gjennomført en kvalitativ studie blant pasienter som var diagnostisert med forhøyet kolesterol og altså befinner seg i en risikogruppe når det kommer til hjertesykdommer. Formålet med studien var å undersøke hvordan mennesker i risikogrupper vurderte sin egen risiko, og hvordan de beskrev den typiske hjerteinfarktpasient. Et hovedtrekk var at de fleste beskrev den typiske hjerteinfarktpasienten i vendinger som skilte vedkommende fra en selv. Et annet hovedtrekk var at de fleste anså den typiske hjerteinfarktpasient som mann. Kvinner som hadde hatt hjerteinfarkt gav uttrykk for at de hadde fått sjokk da de fikk sykdommen, da de anså det utelukkende som en mannssykdom (Frich et. al 2007). En britisk studie fra 2009 viste at mannlige pasienter var klar over, og trakk på, forestillingene om maskulinitet som er iboende hjertesykdommer når de snakket om hvilke implikasjoner sykdommen hadde for deres identitet, relasjoner og yrkesliv (Emslie og Hunt 2009: 2009). Andre studier igjen har vist hvordan den fremdeles sterke forbindelsen mellom menn og hjertesykdom fører til at kvinnelige hjertepasienter ikke tolker sine symptomer i den retningen. Kvinner anser ofte risikoatferd i denne sammenheng til å være mannlig atferd og overser til en viss grad konsekvensene ved tilsvarende atferd hos kvinner. I forlengelse av dette antar man at kvinner bare vil utvikle høy risiko for å få hjerteinfarkt om de «lever som en mann» (Emslie 2005: 390).

Carol Emslie, Kate Hunt og Graham Watt gjennomførte i 2001 en større intervjuundersøkelse blant vanlige folk om deres oppfatninger av hjerteinfarkt og den typiske hjerteinfarktpasienten. De konkluderer med at kjønn spiller en sentral rolle i lekfolks oppfatninger av hjertesykdommer. Ikke bare portretterte de den typiske hjerteinfarktpasienten som en viss type mann, men også beskrivelsene av en som var lite sannsynlig å utvikle hjertesykdom var en mann. Bare i tilfeller der de ble spesifikt spurt om familiemedlemmer ble kvinnelige hjertepasienter omtalt, men da med et annet sykdomsbilde enn hos mannen. Hjertesykdommer med mannlig pasient ble ofte beskrevet som akutte og fatale hjerteinfarkt, mens med kvinner var det fokus på mer langsiktig hjertesykdom. Med dette som sine hovedfunn konkluderer de med at kvinner er så godt som usynlige i lekfolk-diskursen om hjertesykdom.

Phillip Curry og Marita O'Brien gjennomførte i 2006 en studie av reklamer for hjertemedisin og antidepressiva i irske medisinske publikasjoner. Ved hjelp av både innholds- og semiotisk analyse avdekker de hvor kjønnete disse reklamene er, og identifiserte to stereotypiske

pasienter: den mannlige hjertepasienten og den deprimerte kvinnelige pasienten. Juane Clarke, Gudrun van Amerom og Jeannine Binns gikk i 2007 enda større til verks og undersøkte 75 artikler om hjertesykdom i de 20 mestselgende magasinene i USA og Canada i 1991, 1996 og 2001. Det var flest menn som var portrettert i disse artiklene, og oppfattelsene av hjerteinfarkt var svært kjønnete. De konkluderer med at hjerteinfarkt i menn ble ansett nærmest som noe å være stolt over – en markør på deres maskulinitet og suksess, mens for kvinner var det en skambelagt sykdom, hovedsakelig fordi sykdommen står i kontrast til omsorgsrollen.

I medisinsk forskning på hjertesykdom, som danner grunnlag for forebygging, diagnostisering og behandling, har utvalgene stort sett bestått av hvite, middelaldrende menn, som blir tatt for normen for pasienter av alle etnisiteter, alder og kjønn (Hølge-Hazelton og Malterud 2009, Healy 1991). Emslie (2005) påpeker at selv om det siden slutten av 90-tallet har blitt stadig mer utbredt å inkludere kvinner i disse medisinske studiene, er kjønn usynliggjort. Dette kan føre til at kjønnsbetingede variasjoner ikke blir fanget opp og nyttegjort i disse studiene.

Ved å referere til så mange ulike studier, med ulikt utvalg, har jeg skissert et bilde av hjerteinfarkt som mannssykdom, slik sykdommen eksisterer i folks bevissthet, det være seg medisinsk personell, lekfolk, pasienter eller forskere. Hvor kan det tenkes at disse oppfatningene kommer fra? Kjønnete forestillinger knyttet til sykdom har i noen tilfeller frekvens og/eller essens som sin «logiske» kilde. Altså hvorvidt et av kjønnene er overrepresentert i pasientgruppen eller hvorvidt det rammer kjønnete organer, som bryster, eggstokker eller testikler. Som jeg gjorde rede for helt innledningsvis er ikke frekvens i seg selv en fullstendig forklaring på at hjerteinfarkt så ensidig blir oppfattet som en mannssykdom. Noe kan nok tilskrives et etterslep fra tiden da menn var overrepresentert blant hjerteinfarktpasienter, og at det fremdeles er ett litt høyere antall menn enn kvinner som rammes. Men med tanke på at det er hyppigste dødsårsak også blant kvinner forklarer det ikke hvorfor den kvinnelige hjerteinfarkt-pasienten er slik en vanskelig forestilling.

Når det gjelder det biologiske ved hjerteinfarkt er bildet sammensatt. Hjertet er et kjønnsnøytralt organ i den forstand at alle mennesker har det. Men det finnes visse

dokumenterte kjønnsbaserte forskjeller i hvordan sykdommen arter seg rent biomedisinsk. Noen av disse skeive oppfatningene om kjønn og hjerteinfarkt, kan derfor skyldes kjønnsforskjeller i symptomer, diagnose og behandling (Frich et. al. 2006:38). Kvinner har ofte andre symptomer, som kvalme, magesmerter og uro, enn menn (Hølge-Hazelton og Malterud 2009). Dette er en utbredt oppfatning, men den står ikke helt ubestridt. En svensk studie fra 2010 slår fast at det er en myte at kvinners hjerteinfarktsymptomer er så forskjellige fra menns. De skriver at 70-90% av alle hjerteinfarkt-pasienter, uavhengig av kjønn, opplever de «typiske symptomene» (f. eks. sterke brystmerter som stråler ut i venstre arm). Videre bekrefter de at det finnes en liten overvekt av såkallede atypiske symptomer hos kvinner sammenlignet med menn, men at dette bør ikke dominere det allmenne synet på symptomer hos kvinner (Wijma et. al 2010: 471). Andre studier igjen viser at selv ved identiske symptomer vil en mannlig og kvinnelig hjertepasient bli forskjellig behandlet i møte med helsevesenet. Kvinner med hjerteinfarktsymptomer blir mye oftere enn menn gitt en psykiatrisk diagnose eller vurdert til å ikke trenge medisinsk behandling overhode (McKinlay i Emslie et al 2001: 224). Dette kan indikere at oppfattelsen av kvinners symptomer som annerledes er blitt noe overdrevet, og at vi heller ikke i biologien finner den fullstendige forklaringen på oppfattelsene rundt hjerteinfarkt.

1.2 Grunnleggende perspektiv.

Ut fra dette er det nærliggende å slutte at oppfattelsene om hjerteinfarkt og dens typiske pasient skyldes en kombinasjon av flere faktorer. En grunntanke innenfor et sosialkonstruksjonistisk perspektiv på sykdom, som er det jeg legger til grunn i denne teksten, er at en sykdoms identitet – fra dens tradisjonelle biomedisinske betydning (etiologi, diagnose, prognose og behandling), til dens mer generelle betydning for pasienter, medisinsk personell og forskere – er verken en nødvendig eller en uunngåelig konsekvens av biologiske prosesser, men er også i høy grad avhengig av sosiale faktorer (Aronowitz 1998: 10). Robert A. Aronowitz, medisiner og historiker, skriver at:

Begrepet sosial konstruksjon av sykdom brukes ofte for å beskrive (...) tilnærminger som analyserer og beskriver interaksjonen mellom sosiale faktorer – slik som holdninger, overbevisninger, sosiale relasjoner og idéer – og biologisk innsikt, som resulterer i en sykdoms fremtreden, definisjon og/eller endring i meningsinnhold¹ (Aronowitz 1998: 10).

¹ Dette sitatet, og alle andre fra kilder på engelsk, er oversatt av meg.

Det er viktig å understreke at selv om dette perspektivet vektlegger de ikke-biologiske faktorene i sykdomskonstruksjon, betyr det ikke at man ikke erkjenner at de biologiske faktorene også er sentrale. I medisin er det et viktig samspill mellom biologi og sosiokulturelle faktorer (Smirthwaite 2010: 73). Jeg legger opp til et kjønnsperspektiv på sykdomskonstruksjon, og kjønn er en kategori som innehar både biologiske og ikke-biologiske elementer. For eksempel har kvinnekroppen og mannskroppen visse fysiske og hormonelle forskjeller, samtidig som det også er en rekke kulturelle forestillinger om kjønnene som ikke har noe naturlig tilknytning til biologien. Forskere innenfor humaniora og samfunnsvitenskap som er interessert i et kjønnsperspektiv kan i stor grad forholde seg utelukkende til sistnevnte; de sosiale aspektene ved kjønn. Men når det kommer til kjønn i medisinen, mener Smirthwaite (2010) at det ikke er mulig å overse materialiteten i biologien. Hun sier at det absolutt kan være et poeng å gjøre et analytisk skille mellom det biologiske og ikke-biologiske i kjønnskategorien, men at i den konkrete fysiske verden henger det biologiske og det sosiale ved mennesker sammen i uatskillelig og gjensidig påvirkning (Smirthwaite 2010: 84). Fokuset i denne teksten vil hovedsakelig være på de ikke-biologiske, kulturelle sidene ved kjønn og sykdom, men det innebærer ikke at jeg utelukker en materialitet. Materialiteten er de biologiske prosesser i den syke kroppen, som dels reflekteres i statistikker over utbredelse og dødelighet. Jeg støtter meg til en forståelse av sosialkonstruksjonisme som blant andre Norman Fairclough har. Han forstår de fleste aspekter ved den sosiale verden som, i større eller mindre grad, sosialt konstruert. Men han poengterer at når disse sosialt skapte samfunnsfenomenene først er konstruert utgjør de virkeligheter som igjen påvirker og begrenser den videre kulturelle og sosiale konstruksjonen (Fairclough 2003: 8). På den måten er heller aldri noe *ferdigkonstruert*. Dette innebærer at slik et fenomen, for eksempel en sykdom, forstås alltid bare er det som kan kalles en midlertidig lukning av mening (Neumann 2001). Materialiteten handler i så måte om det som *forstås* som materialitet og som akseptert kunnskap i et gitt samfunn på et gitt tidspunkt. Jeg er opptatt av at det er forskjeller i den etablerte kunnskapen om hjerteinfarkt, for eksempel de innledningsvise statistikker om utbredelse og dødelighet, og i oppfatningene knyttet til sykdommen.

Det er flere (eks. Sontag 1977, Emslie et. al. 2001, Pollock 2011) som har tenkt litt rundt hva som gjør at noen sykdommer blir en del av den kollektive bevissthet i større grad enn andre. De er enige om at store dødstall verken er nok eller nødvendig for å skape oppmerksomhet, kunnskap og engasjement. Både Susan Sontag (1977) og Emslie et. al. (2001) forklarer

manglende oppmerksomhet rundt hjerteinfarkt, til tross for at det er hyppigste dødsårsak for begge kjønn, med at hjerteinfarkt ikke er en sykdom som transformerer en person og dermed gir personen en ny identitet. Sykdommen forstås som en mekanisk svikt i et organ, ikke noe som rammer hele personen (Pollock 2011: 93 og Emslie et. al). Emslie et. al. lanserer også flere mulige forklaringer og trekker kjønn mer eksplisitt inn i diskusjonen og fokuserer på usynligheten rundt *kvinnelig* hjerteinfarkt. De mener at dette blant annet kan tilskrives interseksjonen av alder og kjønn i utviklingen av hjerteinfarkt og hvordan kvinner som dør av hjerteinfarkt ofte er eldre og det blir ansett som en mer naturlig død. Og på et mer grunnleggende nivå viser de til Sherry B. Ortner's teori om hvordan menn og kvinner er oppfattet å være tilknyttet henholdsvis kultur og natur. Sammenkoblingen mellom menn og kultur og teknologi passer godt i hop med forestillingen om hjertet som en maskin eller pumpe, og med hjerteinfarkt som en mekanisk svikt (Emslie et. al. 2001: 207). Anne Pollock (2011) viser til at Go Red-kampanjene om kvinner og hjerteinfarkt i USA har hatt så lite effekt på bevissthet og oppmerksomhet, sammenlignet med brystkreftkampanjer, og slår fast at dette viser at «fine logoer og imponerende statistikker» ikke er nok for å binde kvinner og hjerteinfarkt sammen på et dypere nivå i forståelsen av sykdommen. Hun sier at det i lange tider har vært en sterk kulturell forbindelse mellom maskulinitet og hjerteinfarkt. En så sterk forbindelse at man enda, til tross for økt kunnskap, ser på tallene for kvinner og hjerteinfarkt med overraskelse (Pollock 2011: 93).

Min oppfattelse er at Sontag, som mange andre, underspiller den kulturelle ladningen i hjerteinfarkt som sykdom. Hovedvekten av studier av sosial konstruksjon av sykdom har vært knyttet til stigmatiserte lidelser og lidelser som er i grenseland når det kommer til hvorvidt de kan defineres som en sykdom eller ikke. Men Aronowitz understreker at det ikke bare er denne typen sykdommer som er sosialt konstruert, eller ladet med kulturell mening. Selv hjerteinfarkt, som fremstår som en konkret og klart avgrenset sykdom, uten stigma tilknyttet seg, har blitt forhandlet frem heller enn oppdaget. Navnet, definisjonen, klassifikasjonen og meningen i hjerteinfarkt har vært avhengig av sosiale faktorer i like stor grad som de biologiske (Aronowitz 1998: 84). Videre mener jeg at Emslie et. al. (2001) er inne på noe når de gjør kjønn mer eksplisitt i sine konklusjoner om hvordan forestillinger om kjønn, og alder, er med på å skape det kulturelle bildet av en sykdom. De vektlegger altså de dyptsittende kulturelle, kjønnede konnotasjoner som knyttes til hjerteinfarkt. Min egen forståelse av hva som kan være et viktig bidrag til en sykdoms kulturelle gjennomslag er nettopp at det handler om hvordan kjønn og sykdom gjensidig skaper og reproducerer hverandre, men også at det

handler om sykdomsprestisje.

1.3 Sykdomsprestisje.

Dag Album (1991, 2008) har vist at det eksisterer et prestisjehierarki for sykdommer, i den medisinske kulturen, der hjerteinfarkt troner øverst. Dette innebærer at noen sykdommer, blant helsepersonell, vurderes som finere enn andre sykdommer. Hjerteinfarkt har høyere anseelse enn for eksempel lårhalsbrudd. Denne ulike fordelingen av prestisje mellom sykdommene er tilknyttet visse karakteristikk ved selve sykdommen og dens handlingsforløp, karakteristikk ved den typiske behandlingsformen og karakteristikk ved den typiske pasienten (Album og Westin 2008: 186). Prestisjehierarkiet kan i så måte si mye om hvilken type de ulike sykdommene oppfattes å være: er den alvorlig og akutt med tydelige symptomer og dramatisk forløp eller er den vag og kronisk med diffuse symptomer og langsiktig behandlingsopplegg? Førstnevnte type sykdommer er vanligvis å finne på toppen i hierarkiet, mens det motsatte er tilfellet for sistnevnte.

Noe jeg oppfatter som sentralt, og kompliserende, ved prestisjeforståelsen, er hvordan andre kulturelle konstruksjoner som inngår i en sykdoms konstruksjon, som for eksempel hjertets symbolske og kulturelle status, og spørsmål om klasse og kjønn, påvirker en sykdoms prestisje. Dette er oppfatninger som inngår i hvordan deltakerne i den medisinske kulturen (respondentene i prestisjestudiene) tolker sykdommen, dens typiske forløp, behandling og pasient, men det er ikke gjort eksplisitt i Album og Westins studier. Disse kulturelle komponentene kan med fordel undersøkes nærmere, og det er det jeg med dette prosjektet ønsker å bidra til, med kjønn som fokusområde.

Prestisjehierarkiet lar seg lett lese i et kjønnsperspektiv. Album (1991: 236) poengterer at den typiske pasientens kjønn betyr mye for en sykdoms prestisje. Hjerteinfarkt, som blir oppfattet som en mannsykdom, er altså øverst i hierarkiet, mens fibromyalgi, som oppfattes som en kvinnesykdom, er nederst. Det er mange andre kjennetegn ved disse sykdommene som skiller de fra hverandre, men som Album selv også bemerker er det påfallende at det er sterkt kjønnete sykdommer, på hver side av skalaen, som er topp- og bunnsykdom. Det synes

tydelig at det er *oppfattelsene* av hvem den typiske pasient er som styrer dette, og som er tilfellet ved hjerteinfarkt (og sikkert flere andre sykdommer) korresponderer ikke dette alltid helt med tall på utbredelse og dødelighet.

En god måte å få et innblikk i sammenhengen mellom prestisje og kjønn er å sammenligne de ulike kreftsykdommene som er representert i prestisjehierarkiet. Testikkelkreft vurderes til å ha høyere prestisje enn kreft i eggstokkene. Dette kan selvsagt ha sammenheng med andre karakteristikk ved sykdommene, men det er ikke urimelig å anta at dette også har noe med kjønn å gjøre. Kreft har historisk blitt forstått som en kvinnesykdom, og som en skamfull sykdom (Sontag 1996). Med tiden har kreft blitt så utbredt og omtalt at de samme elementene av skam ikke er like tydelig, iallfall ikke i alle kreftformer. Innenfor de ulike krefttypene har det nærmest dannet seg et eget hierarki over verdige og uverdige varianter. Brystkreft er ikke representert i studiene om sykdomsprestisje, men jeg vil likevel bruke denne sykdommen som eksempel fordi den så godt illustrerer mitt poeng. Brystkreft er en kvinnesykdom som har fått stort kulturelt gjennomslag og som de fleste har god kjennskap til, dels gjennom de offentlige kampanjene. De fleste (8 av 10) som rammes av brystkreft er over 50 år (Norsk helseinformatikk 2010), men det er mye offentlig fokus på at denne sykdommen også rammer yngre kvinner. Sykdommen kan opptre mer aggressivt, og dermed være mer dødelig, for de yngre pasientene. Brystkreft er også en sykdom som går i arv (Norsk helseinformatikk 2010). En uforskyldt sykdom i så måte. Videre rammer sykdommen brystene, selve symbolet på det feminine. Brystene har i vårt samfunn en betydelig kulturell verdi knyttet til både estetikk og kvinnen som omsorgsperson (Pollock 2010). Dette gjør brystkreft til en langt mer verdig, og trolig også prestisjefyllt, sykdom, enn for eksempel lungekreft. Lungekreft figurerer ganske langt ned i prestisjehierarkiet, også under eggstokk-kreft. Det er nærliggende å tro at en del av dette kan forklares gjennom den klare forståelsen av sammenhengen mellom røyking og lungekreft, og at sykdommen derfor anses i høy grad som selvforskyldt. Dette er nemlig en karakteristikk ved sykdommens etiologi (årsaksforklaringer) som trekker ned dens prestisje. En interessant observasjon i denne sammenheng er at til tross for økt kunnskap om hvordan dårlig livsstil kan være en viktig faktor i utviklingen av hjerteinfarkt, står hjerteinfarktets altså stadig øverst i prestisjehierarkiet (Album og Westin 2008). Dette impliserer at en sykdoms konstruksjon og dertilhørende prestisje er komplekst sammensatt, og at det i dette tilfellet er mange andre faktorer ved selve sykdommen hjerteinfarkt, den typiske behandlingsformen og den typiske pasienten som bidrar til den høye prestisjen. Noe som igjen vitner om et komplekst samspill mellom biologi, prestisje, kjønn og andre elementer i

sykdomskonstruksjonen, selv i en tilsynelatende avklart og veldefinert sykdom som hjerteinfarkt.

1.4 Problemstilling og tilnærming.

Det at det eksisterer stor bevissthet rundt menn og hjerteinfarkt, men altså i langt mindre grad rundt kvinner og hjerteinfarkt vekker en nysgjerrighet hos meg, som jeg ønsker å forfølge i denne oppgaven: er det noe med forestillingene om kvinner eller kvinnesykdommer som ikke lar seg forene med forståelsen av hjerteinfarkt som sykdom? Eller med en prestisjefylt sykdom? Er kjønn en så sentral komponent i sykdomskonstruksjonen at sykdommen blir en «annen» når dens bærer endrer kjønn? Og hvilke implikasjoner kan dette tenkes å ha for sykdomsprestisjen? For å kunne besvare disse spørsmålene skal jeg analysere offentlig informasjonsmateriell om hjerteinfarkt. Ut fra dette forventer jeg å danne et bilde av hvordan hjerteinfarkt forstås som sykdom og hvordan den typiske pasient forstås. Disse funnene skal så drøftes i lys av relevante teorier om sykdomskonstruksjon, sykdomskjønn og prestisje. I forlengelse av dette vil jeg gjøre meg noen tanker om hva bevissthetskampanjene kan ses som et uttrykk for, og vurdere deres potensiale til å endre vår forståelse av hjerteinfarkt.

Det offentlige informasjonsmaterialet inkluderer brosjyrer om hjerteinfarkt, både kjønnsnøytrale og spesifikt rettet mot kvinner, fra LHL og Nasjonalforeningen for folkehelsen, samt tekster fra nettstedet for bevissthetskampanjen om kvinner og hjerteinfarkt «Hjertelig hilsen». Det viktigste spørsmålet jeg stiller direkte til datamaterialet mitt er: hvilke kjønnsbaserte forskjeller i forståelsen av sykdommen hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten kommer til uttrykk i offentlig informasjonsmateriell?

Valg av datamateriale bygger på et par premisser. For det første at oppfatningene, eller fremstillingene, jeg analyserer frem i dette datamaterialet reflekterer en generell oppfatning av hjerteinfarkt og dets pasienter. Dette premisset bunner i at jeg anser denne typen tekster til å stå mellom den medisinske diskursen og lekfolk-diskursen om sykdom. Kildene for informasjonen og faktaene om sykdommen, henter forfatterne av informasjonstekstene fra den medisinske vitenskapen, men språket og fremstillingsformen er tilpasset til et publikum uten

medisinsk kompetanse. Tekstene kan i så måte sies å virke medierende mellom den medisinske kunnskapen og lekfolks oppfatning. De er utformet for å øke leserens bevissthet og kunnskapsnivå, men for å gjøre dette på best mulig måte taler de også leserens språk. Tekstene blander rent medisinske, såkalte objektive fakta om sykdommen, med betraktninger rundt subjektive pasientopplevelser. For det andre legger jeg som et premiss at lignende prestisjevurderinger av sykdommer som er funnet i den medisinske kulturen, også foregår i samfunnet forøvrig. Lekfolk vil kanskje ikke være i stand til å produsere et like finmasket hierarki, men de mest kjente lidelsene vil trolig de fleste kunne rangere. Det er min overbevisning om at «hvem som helst» kan plassere hjerteinfarkt over fibromyalgi om de hadde fått i oppgave å rangere disse sykdommene etter prestisje. Denne overbevisningen henger sammen med min forståelse av at denne rangeringen baseres på kulturelle oppfatninger og verdier som strekker seg langt utover sykehusets fire vegger: drama, død og liv, belastning på samfunnet, selvpåført sykdom, offeret, femininitet og maskulinitet er er temaer som går igjen både i og utenfor den medisinske kulturen, og som er fylt med kulturell mening.

1.5 Relevans.

1.5.1 Faglig.

Jeg skriver denne masteroppgaven som en del av det tverrfaglige forskningsprosjektet «Disease prestige and informal priority settings» som er tilknyttet Universitetet i Oslo. Dette prosjektet er ledet av Dag Album og jobber med å videreutvikle prestisjeteorien jeg gjorde kort rede for over. Prosjektets overordnede målsetning er i følge prosjektbeskrivelsen å «lære mer om prosessene som er involvert i produksjonen, reproduksjonen, sirkulasjonen og endringer i sykdommers prestisjehierarki». Sykdomskjønning synes relevant i forhold til det felles prestisjeprosjektet på flere måter. Vi vet lite konkret om sammenhengen, men jeg har to generelle intuitive forståelser. Jeg tenker at både kjønn og prestisje kan tenkes å sees som to av flere sosiale komponenter som inngår i sykdommens sosiale dimensjon eller konstruksjon. Prestisje er riktignok et rent sosialt eller kulturelt fenomen, mens kjønn har sin biologiske virkelighet, særlig innen medisinen, likevel mener jeg at den kjønningen som er gjenstand for min analyse kan antas å ha visse fellestrekk med hvordan prestisje knyttes til sykdommer. Samtidig er det slik at kjønn og prestisje ikke eksisterer uavhengig av hverandre. Album og Westin (2008) viser til hvordan det er flere ting som er med på å gi en sykdom mer eller

mindre prestisje. Kjønn er én av faktorene. Her vises det til den typiske pasientens kjønn, der karakteristikken «kvinnesykdom» er noe som trekker ned prestisjen til en sykdom. I min masteroppgave er det altså kjønn som *ikke* er knyttet til slike medisinske eller epidemiologiske forhold som er gjenstand for analyse. Men tradisjonelt er det slik at maskulinitet knyttes til prestisje i større grad enn femininitet gjør, og kvalitative studier om hjerte- og karlidelser viser hvordan hjertesykdom for en mann nærmest kan være en statusmarkør, mens det for kvinner i langt større grad er forbundet med skam (Clarke et. al. 2007). De studiene på sykdomsprestisje som er gjort til nå i regi av Dag Album, har fokusert på den medisinske kulturen, mens mitt fokus vil være på det videre samfunn og vår felles kultur. Den medisinske kulturen eksisterer innenfor en større kontekst, og jeg antar at forståelser og konsensus om et medisinsk-kulturelt fenomen ikke oppstår i et vakuum innenfor den medisinske kulturen.

Når det gjelder kjønn av sykdom generelt og kjønn av hjerteinfarkt spesielt har jeg også noe å tilføre feltet. De fleste lignende studier ser på konstruksjoner av maskulinitet i mannssykdommer og femininitet i kvinnesykdommer. Jeg velger å se etter både maskulinitet og femininitet i en sykdom som er så godt som kjønnsnøytral når det kommer til biologi, etiologi og epidemiologi, men maskulint kjønn når det kommer til hvordan sykdommen oppfattes. Ved å fokusere på både kjønnsnøytrale og kjønnede tekster forventer jeg å kunne avdekke hjerteinfarkt som en sammensatt sykdom som i aller høyeste grad bærer symbolsk og kulturell verdi. Forholdet mellom sykdom, kjønn og prestisje er noe jeg ønsker å gjøre til gjenstand for grundigere analyse i masteroppgaven min, og det er ikke noe som har blitt gjort før.

1.5.2 Samfunnsmessig.

Noen av de viktigste konsekvensene av at hjerte- og karlidelser oppfattes som en mannssykdom, både blant lekfolk og i helsevesenet gjorde jeg rede for tidligere i denne oppgavens innledning. Elianne Riska formulerer det slik: «Problemet med et ensidig fokus på hjerteinfarkt som mannsykdom og det som dreper menn er todelt: for det første homogeniserer det menn og man overser dermed forskjeller mellom menn. For det andre blir kvinnelige hjerteinfarkt-pasienter usynliggjort» (Riska 2005: 116). I sin ytterste konsekvens kan misoppfatninger og feiltolkninger bety skille mellom liv og død. Sykdomsprestisje kan ha lignende implikasjoner for medisinsk praksis. Det er forventet å kunne påvirke kategorisering

av pasienter, ulike prioriteringer på flere nivå og utvikling av medisinsk kunnskap, trolig uten at beslutningstakerne selv er klar over det (Album og Westin 2008: 188). Dette gjør samspillet mellom prestisje og kjønn i sykdomskonstruksjon både interessant og viktig å forstå bedre.

Frich et al (2007: 112) skriver at offentlig fremstilling av sannsynlige offer for hjertelidelser påvirker folks oppfattelse av egen risiko, noe som igjen påvirker hvorvidt man oppsøker medisinsk behandling eller ei. Det vil dermed være interessant å reflektere over hvorfor bevissthetskampanjene knyttet til kvinner og hjerteinfarkt ikke har lyktes i større grad med å endre på oppfatningene vi alle har om kjønn og hjerteinfarkt. Slike kampanjer blir forstått som en viktig kilde til bevissthets-, holdnings- og kunnskapsendring i vårt samfunn, og det blir lagt mye ressurser i det. Jeg har ambisjoner om å avdekke noen av grunnene til mangelen på det store gjennomslaget.

1.6 Oppgavens struktur.

Etter at jeg i dette innledende førstekapittelet har kontekstualisert oppgaven min på ulike måter, vil jeg i kapittel 2 gjøre grundigere rede for de teorier og perspektiver som legges til grunn i denne oppgaven. Det gjelder særlig teorier om kjønn og om sykdomsprestisje. Videre vil jeg i det samme kapittelet gjennomgå noe tidligere litteratur som synes spesielt belysende når det kommer til sykdomskjønn. Forfatterne av denne litteraturen forsøker å si noe mer enn *at* sykdommer er kjønn. De viser på *hvilke måter* og bidrar med forklaringer på *hvordan* det har blitt sånn.

I kapittel 3 gjør jeg rede for, og grunngrir en rekke metodiske valg. Jeg reflekterer rundt hva det innebærer å velge et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, kvalitativ metode og tekstanalyse spesifikt. Datautvalget blir beskrevet og jeg forklarer hvorfor jeg finner det særlig egnet til mitt formål. I dette kapittelet vurderer jeg også prosjektets svake og sterke sider, og hva jeg kan og ikke kan svare på ved å velge akkurat den tilnærmingen jeg gjør.

Kapittel 4 og kapittel 5 analysen min. Her går jeg empirinært til verks og undersøker hvordan hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten fremstilles eller forstås i mitt datamateriale. Kapitlene

er ganske deskriptivt og spekket med sitater fra tekstmaterialet, men allerede her starter jeg tolkningen i lys av teorier om kjønn og prestisje i sykdom.

I kapittel 6, diskusjonen, knytter jeg funnene sammen til en helhet og løfter det hele opp på et mer teoretisk nivå, der jeg diskuterer kompleksitetene i sykdomsentiteten hjerteinfarkt, hvorvidt hjerteinfarkt kan forstås som en verdig sykdom eller ei, hva kampanjen Hjertelig Hilsen kan forstås som et uttrykk for og det faktiske endringspotensialet denne typen kampanjer har. Jeg avslutter dette kapitlet med å komme med et par mulige grunner til hvorfor vi ser en slik treghet i de kjønnede oppfatningene om hjerteinfarkt.

I kapittel 7 oppsummerer og konkluderer jeg, og foreslår hvilken vei videre forskning på dette området bør gå.

2 Teori og foreliggende litteratur.

2.1 Sosial konstruksjon av sykdom.

2.1.1 Hva er en sykdom?

Å kunne undersøke en sykdom på den måten jeg planlegger å gjøre, via tekst, forutsetter en teoretisk og metodisk tilnærming som tilhører et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Det ligger som et premiss i mitt prosjekt at sykdommer ikke bare kan forstås som objektivt avgrensede biologiske entiteter. Antakelser om at sykdommer er enkle, stabile og utelukkende biologiske prosesser er sterkt til stede i måtene både forskere, leger og lekfolk tenker om sykdom. Disse antakelsene fører til en overbevisning om at nåværende forståelse av sykdom ikke bare er korrekt, men uunngåelig og alle tidligere forståelser overlegen (Aronowitz 1998: 12). Peter Conrad og Kristin Barker opererer med følgende definisjon på sosialkonstruksjonisme og sosial konstruksjon av sykdom:

E(e)t konseptuelt rammeverk som vektlegger de kulturelle og historiske aspektene ved et fenomen som i hovedsak er ansett som naturgitt. Sosial konstruksjon av sykdom vektlegger hvordan mening og opplevelse av sykdom er formet i kulturelle og sosiale system (2010: 67).

Robert Aronowitz på sin side skriver:

T(t)ermen brukes vanligvis for å beskrive tilnærminger som analyserer og beskriver interaksjonen mellom sosiale faktorer – som holdninger, overbevisninger, sosiale relasjoner og ideer – og biologiske innsikter som resulterer i fremstillingen, definisjon og/eller endring i mening til sykdom (1998:10).

Selv om definisjonene ligner på hverandre merker jeg meg likevel en liten, men samtidig betydningsfull forskjell. Conrad og Barker ser ut til å forutsette at sosial konstruksjon bare foregår på meningsnivå, og i subjektive opplevelser, mens Aronowitz' definisjon viser i større grad til er samspill mellom sosiale og biologiske faktorer i selve sykdoms*definisjonen*. Min egen tilnærming til sykdomskonstruksjon legger seg tett på Aronowitz'. Han vektlegger at sykdom er «konstruert eller forhandlet, heller enn oppdaget» (1998: 82) og at både «kulturelle, disiplinære, metodologiske, biologiske, holdningsmessige og profesjonelle faktorer alle bidrar til konstruksjonen av en sykdom» (1998: 71). Min forståelse av sykdomskonstruksjon er at det er en kompleks sosial prosess, der kulturelle og symbolske

elementer som kjønn og prestisje er en del av komponentene.

2.1.2 Teoretiske røtter og viktigste fokusområder.

Det finnes ingen entydig definisjon på sosialkonstruksjonisme, og det kan heller betegnes som et paraplybegrep for tilnærminger som deler noen av de samme teoretiske røttene, og som baserer seg på visse grunnantakelser om verden, viten og kunnskap. Gjenstand for undersøkelse innenfor dette perspektivet er hvordan det som oppfattes som *sant* konstrueres, opprettholdes og endres. Og en del av svaret er at dette avhenger av språk og kultur. Vivien Burr identifiserer fire premisser der ett eller flere må være innfridd for at tilnærmingen skal kunne sies å være sosialkonstruksjonistisk. For det første må man ha en kritisk innstilling til det man tar som viten, at man utfordrer tanken om at kunnskap er basert på objektiv observasjon av verden. Dette innebærer at de kategoriene vi opererer med ikke er ansett å oppstå som en følge av en bestemt *natur* (Burr 2003: 3, Gergen 2009: 5). For det andre må vår viten om verden forstås som historisk og kulturelt situert. Måter å forstå verden på er ikke bare spesifikke for visse kulturer og tidsperioder, men i følge dette perspektivet ses de som *produkter* av den kulturen og historiske perioden de er en del av. For det tredje forstår man kunnskap som opprettholdt av sosiale prosesser (Burr 2003: 4). Det vil si at vår kunnskap om verden konstrueres mennesker i mellom (Gergen 2009: 2). Det som forstås som sant kan anses som den felles aksepterte måten å forstå verden på akkurat nå (Burr 2003: 5). De ulike naturvitenskapene regnes i vår del av verden for å beskrive verden som den er. Men Gergen (2009: 7) påpeker at også her er det snakk om ulike perspektiv som bidrar til konstruksjonen av vår felles forståelse av fenomenet det er snakk om. For det fjerde vektlegges sammenhengen mellom kunnskap og sosial handling (2003: 5). For eksempel hvorvidt en tilstand blir definert som en sykdom eller ikke, og dermed menneskene som innehar tilstanden som pasienter eller ei, vil utløse ulike sosiale handlingsrekker.

Innenfor medisinsk sosiologi har de siste 50 årene sosial konstruksjon av sykdom vært et sentralt forskningsområde (Conrad og Barker 2010: 67). I artikkelen «The Social Construction of Illness: Key Insight and Policy Implications» fra 2010 gjennomgår Conrad og Barker det de identifiserer som de viktigste funnene innenfor sosialkonstruksjonistiske studier av sykdom. For det første skriver de at noen sykdommer har en viss kulturell eller sosial mening knyttet til seg. Dette gjelder i hovedsak sykdommer som blir stigmatiserte, er omstridte eller som kan defineres som funksjonshemming. Mitt eget utgangspunkt er at *alle* sykdommer er tilknyttet en sosial mening, men Conrad og Barker (2010) skriver at det

sosiologiske fokuset gjerne har vært på denne typen sykdommer fordi det kulturelle her kommer klarest til uttrykk.

For det andre er den enkeltes sykdomsopplevelsen sosialt konstruert. Mennesker spiller ut sin sykdom og fyller den med mening. Denne forskningen fokuserer på individenes sykdomsopplevelse og setter den ofte i spill med den biomedisinske sykdomsmodellen (Conrad og Barker 2010).

For det tredje er medisinsk *kunnskap* sosialt konstruert. Eliot Freidson var tidlig ute med å stille spørsmål om «hvordan tegn og symboler blir merket eller diagnostisert som sykdommer i utgangspunktet» (Freidson i Conrad og Barker 2010: 68). Forskningen innenfor dette feltet kan deles grovt inn i tre hovedområder: hvordan medisinsk kunnskap kan reprodusere mønstre av sosial ulikhet, hvordan medisinsk kunnskap er betinget av den sosiale konteksten den er utviklet innenfor og medikalisering. Foucault har vært en viktig bidragsyter innenfor medikalisering. Han er også den som muliggjorde historisering av sykdom og sykdomsforståelser. Hans arbeid viser hvordan også sykdommer kan sies å være sosialt konstruerte.

Det er altså innenfor disse tre områdene at mye av forskningen på sosial konstruksjon av sykdom er gjort. Jeg forstår det som at disse tre inngangene til sykdomskonstruksjon bare kan være gjenstand for en *analytisk* inndeling, og at sykdommers kulturelle mening, subjektiv sykdomsopplevelse og kunnskapsproduksjon ikke kan anses som strengt atskilte fenomener. Aronowitz (1998) tar høyde for at disse komponentene inngår i et komplekst samspill, og legger seg på en mer helhetlig tilnærming til å studere sosial konstruksjon av sykdom, der han også går historisk til verks. Basert på Aronowitz tilnærming forstår jeg sykdomskonstruksjon dit hen at alle disse veiene til sosial konstruksjon av sykdom står sentralt i det han beskriver som den sosiale prosessen der vi «anerkjenner, navngir, klassifiserer og finner mening i sykdom» (Aronowitz 1998: 2). En sykdom slik den fremstår for oss i øyeblikket er et resultat av alt dette, fremforhandlet av ulike røster og interesser. Videre er min påstand at kjønn og prestisje er «kulturelle byggesteiner» som inngår i sykdomskonstruksjonen og er med å skape sykdommens identitet.

2.2 Kjønn

Svarene på hva kjønn er kan være flere, men jeg skal prøve å skissere de mest vanlige forståelsene av ordet, samt spesifisere hvilken variant jeg undersøker i dette prosjektet. I en offentlig utredning fra 1999 om kvinners helse i Norge, er det denne kjønnsmodellen som legges til grunn:

Kjønn er biologi, og som sådan opplagt relevant for å forstå sykdom og helse. Men kjønn er også identitet (hvordan vi opplever oss selv som mann eller kvinne), kulturelle symboler (hvordan vi assosierer visse egenskaper og uttrykk til kvinnelighet og mannlighet) og struktur (hvordan fordeling av makt, ressurser, arbeid med videre er systematisk koblet til kjønn). (Kvinnens helse i Norge 1999: 3.1.2).

Selv om hjerteinfarkt til en viss grad er kjønnnet når det kommer til biologi, epidemiologi og etiologi, argumenterte jeg for i innledningen at det er heller kulturelle/symbolske årsaksforklaringer som må ligge bak den relativt entydige oppfattelsen av hjerteinfarkt som mannssykdom. Det er derfor den *symbolske dimensjonen* ved kjønn som er gjenstand for analyse i denne teksten.

Hanne Haavind (2000) skriver utdypende om kjønn som symbolsk system. Hun sier at det som kjennetegner dette som hun kaller *kjønnskoden* er at den er både fast og flytende på samme tid. Grunnen til at den kan anses som fastlagt er blant annet fordi koden har en

S(s)ystematikk som er så gjenkjennelig at den anvendes overalt på alle slags fenomener. (...). Det gjelder ikke bare ting og former knyttet til kropper, men alle slags objekter, hendelser, opplevelser og følelser, handlinger, ferdigheter og egenskaper kan knyttes til kjønn» (Haavind 2000: 211).

Den er allestedsnærværende og alltid virksom. På den andre siden kan kjønnskoden betegnes som flytende blant annet fordi den ikke viser til noe spesielt innhold. Den «iføres skiftende meningsinnhold, produserer stadig nye motsetninger, og er fullt av unntak» (Haavind 2000: 211). Meningsinnholdet i kjønn er stadig oppe til forhandling, og umuliggjør derfor ingenting. Det er også slik at alle er med på disse forhandlingene, og at forhandlingene foregår kontinuerlig gjennom sosial deltakelse. I tillegg til meningsinnholdet i kjønn dreier også forhandlingene seg om når kjønn skal bety noe og ikke. Når er kjønn en relevant variabel og når er det ikke? Gjennom disse forhandlingene bestemmes det både hva som skal kjønnes og hvilke betydninger denne kjønningen skal inneholde. Haavind skriver at det er akkurat denne tosidigheten ved kjønnskoden, at den er både flytende og fast, som gjør den så effektiv: «Den er egnet til å begrunne både stabilitet og endring. Den forklarer både at mennesker er

forskjellige og at de er like» (Haavind 2000: 212).

Et annet viktig poeng er at kjønnskoden ikke bare gjør forskjell, men at den også hierarkiserer. Dette skyldes at kjønnskoden kan ses som noe som regulerer forholdet mellom det kvinnelige og det mannlige i fenomener, og at dette reguleringsverktøyet har to sentrale karakteristikk: makt og splittelse. Splittelsen identifiserer forskjellen og lar fenomener være adskilte og uforenlige. Makten rangerer fenomenene, oftest det mannlige over det kvinnelige. Haavind skriver at «Det som bestemmes som mannlige, blir følgelig mektigere, men det kan også bli viktigere eller mer allment enn det som bestemmes som kvinnelig» (Haavind 2000: 213). Videre skriver hun at dersom man bare tar denne splittelsen for gitt, naturaliseres maktforholdet. Mannlighet kan forstås både som ikke-kvinnelig og som nøytral. Kjønnene blir gjennom denne prosessen stående som to gjensidig utelukkende motsetninger, og der er særlig det mannlige som avviser det kvinnelige (Haavind 2000).

2.2.1 Sykdomskjønning.

Kjønning av sykdom i denne oppgaven handler om hvordan kjønn og sykdom gjensidig skaper og reproducerer hverandre. Den relativt korte redegjørelsen om kjønn over bidrar til å forklare hvordan et fenomen som sykdom altså kan bære kjønn. I oppgavens innledning diskuterte jeg kort et par kvinne- og mannssykdommer og hvordan disse forholdt seg til hverandre. Det ble klart at sykdommer skilles fra hverandre som forskjellige, og det kom også frem at disse rangeres i forhold til hverandre i et sykdomshierarki. Det er ikke bare kjønn som bestemmer rangeringen, men jeg argumenterte for at kjønn definitivt er en viktig variabel i denne sammenheng.

For å bedre forstå denne kjønningprosessen vil jeg i det følgende skissere noen historiske trekk i hvordan kjønn og sykdom har blitt forstått gjennom tidene. Denne fremstillingen er ikke ment til å være uttømmende, heller til å illustrere endring og kontinuitet når det kommer til kjønn og sykdom. Hensikten med denne fremstillingen er å vise hvordan kjønn stadig kommer til uttrykk både som fast og som flytende. Videre er den tenkt til å få frem hvordan forestillinger om kjønn og sykdom gjensidig har skapt og opprettholdt hverandre. Kvinner tar størst plass i denne gjennomgangen. Det skyldes at mesteparten av litteraturen på dette feltet handler om kvinner og sykdom. Dette på sin side, skyldes at det stort sett har vært kvinnen som har blitt gjort til noe spesifikt og eget. Det er kvinnen som har blitt medikalisert og

mystifisert. Mannen har alltid representert normen, og kvinnen avviket. For å vise de større trekkene som ulike sykdomsforståelser må ses i sammenheng med, vil jeg først gjennomgå noen generelle trekk ved menneske-, kjønns- og helseforståelsen på 1700 og 1800-tallet. Deretter vil jeg eksemplifisere forholdet mellom kjønn og sykdom ved hjelp av noen konkrete historiske tilfeller. Avslutningsvis vil jeg reflektere over på hvilke måter kjønn kommer til uttrykk som fast og som flytende.

2.2.2 Kjønn og sykdom – et historisk perspektiv.

Fra antikken og nesten opp til 1700-tallet var det Galens humoralteori som forklarte sykdom. Humoralteorien gikk ut på at sykdom skyldtes ubalanse i humorer – i kroppsvæsker. Denne teorien forklarte kvinners fysiske underlegenhet og sykkelighet med at kvinnens kropp ikke tillot kropevæskene å sirkulere optimalt, og ubalanse oppstod (Duerden-Comeau 2007: 160). På 1700-tallet ble kjønnsforskjellene forklart og rettfærdiggjort ved å i større grad vise til sosiale og atferdsmessige roller, heller en til kjønnenes biologiske særegenheter. Kvinners viktigste oppgave i datidens samfunn var å føde og oppdra barn, og det var disse rollene som i hovedsak skilte kvinner fra menn.

Naturen har ikke simpelthen skilt kjønnene med et enkelt sett organer, reproduksjonsorganene: mellom menn og kvinner eksisterer det andre strukturforskjeller som i større grad relaterer til rollene som er tilskrevet dem (Cabanis i Jordanova 1989: 27).

Kjønnsforskjellene ble altså ikke lokalisert til kjønnsorganer, men kvinner var annerledes fra menn i sin helhet. Dette ble kalt menneskers konstitusjon, og kvinnens konstitusjon var forstått som svakere enn mannens (Jordanova 1989: 51).

Kvinnens antatte mykhet og følsomhet ble etter hvert utvidet til å omfatte deres sosiale avhengighet (Jordanova 1989: 28). Det samme forholdet mellom kvinnens fysiologi, hennes sosiale posisjon og hennes helse kommer til uttrykk når Jordanova (1989) skriver om hvilken rolle brystet hadde i denne perioden. Brystet symboliserte kvinners rolle i familien og definerte dermed kvinners tilhørighet innenfor familiens privatsfære, i motsetning til et offentlig yrkesliv. Brystet var bokstavelig talt livsviktig for avkommenes overlevelse og samtidig det tydeligste visuelle tegn på femininitet. «Naturen skjebnebestemte dette organet til å nære det nyfødte mennesket; hun gav brystet en forførende sjarmer som med sin form og skjønnhet hadde en sterk tiltrekning på menn» (Macquart i Jordanova 1989: 29). Gjennom

brystet ble kvinners roller forent; ved å være attraktiv for mannen og å gi føde til barnet, var kvinnen selve grunnstenen i en familie. Jordanova (1989: 30) skriver at det generelt var en tendens til at det estetiske, moralske, sosiale og medisinske var tett sammenflettet i medisinsk skriving om kvinner på 1700-tallet.

Thomas Laqueur (1990) har vist hvordan kjønnsforståelsen på midten av 1800-tallet gikk bort fra den såkalte enkjønnsmodellen (der man kort fortalt anså kvinnen for å være en dårligere utgave av mannen) til fordel for tokjønnsmodellen. Denne modellen anså kjønnene som vesensforskjellige, og forskjellene ble nå tilskrevet biologien. Disse forskjellene blir stadig mer hierarkisk ladet (Johannisson 1994: 18), og ved biologiens økte forklaringskraft, ble også kvinnen medikalisert. Kort sagt handler medikalisering om at man «oppfatter et problem som medisinsk, bruker et medisinsk språk for å beskrive problemet og et medisinsk rammeverk for å forstå problemet, eller bruker medisinsk intervensjon for å «behandle» problemet» (Zola i Riska 2004: 20). Medikaliseringen av kvinnen innebar at sykdom ble ansett som mer naturlig for kvinnen enn for mannen. Videre ble sykdom hos kvinner forstått til å ha andre årsaker og forløp, og til å kreve en annen behandling enn hos mannen (Johannisson 1994: 25).

Forskjellene mellom kjønnene, både sosialt og medisinsk, ble nå forklart ut fra rene biologiske kategorier. I følge denne helsemodellen var kvinnen en slave av sin biologi, hovedsakelig av sine reproduktive funksjoner (Johannisson 1994: 26). Med den nye kjønnsmodellen fulgte et tvetydig bilde av kvinnen. Det var en akseptert forståelse at kvinnen var styrt av sin biologi, samtidig som det ble ansett som unormalt om en kvinne hadde seksuelle følelser. Kvinneidealet krevde både kroppslighet og ikke-kroppslighet (Johannisson 1994: 49). Det som ble ansett som typisk kvinnelige var de som direkte eller indirekte kunne kobles til *kjønn* eller *sjel* (Johannisson 1994: 39).

Denne gjennomgangen av de store trekkene ved kjønns- og sykdomsforståelsen er ment til å vise to ting. For det første, som kanskje er noe opplagt, at forklaringsmodellene både når det kommer til sykdom og kjønn, har variert over tid. Og for det andre at, til tross for dette, har konklusjonen stort sett vært den samme: det er mer naturlig for kvinner enn for menn å være syk.

2.2.2.1 Kvinnen og kreften.

Et mer spesifikt eksempel på hvordan kunnskap endrer seg og nye forklaringsmodeller vinner terreng, mens konklusjonene om kjønn vedvarer, er å hente i Duerden-Coumeaus (2007)

artikkel «Gender Ideology and Disease Theory: Classifying Cancer in Nineteenth Century Britain» om utviklingen av kreftdiskursen. Hun argumenterte for at «britiske leger på tidlig 1900-tall inkorporerte kjønnsideologier i deres artikuleringer av kreftklassifikasjoner og modeller av kreftsykdommer» (Duerden-Comeau 2007: 175). Hun går helt tilbake til antikken og Galens humoralteori i sin søken etter sammenhengen mellom kvinnen og kreftsykdom. I følge Galens teori førte kvinners underutviklede kroppslige system til at kvinner var særlig utsatt for kreft. Også menn kunne få kreft, men i og med at de generelt hadde en langt sterkere konstitusjon enn kvinner, forekom det relativt sjelden. Disse ideene om kreft holdt seg ganske stabile nesten helt opp til 1700-tallet, men selv om man gikk vekk fra humoralteorien var det én viktig del av kreftforståelsen som bestod: kreft var en kvinnesykdom og kvinners dårlige fysikk var årsaken til at hun var så utsatt for denne sykdommen (Duerden-Comeau 2007: 160).

Datidens samfunnsfokus på kvinnens rolle i reproduksjonen innebar, i følge Duerden-Comeau (2007), at kjønnede antakelser lå i bunn når klassifiseringssystemer og sykdomsmodeller ble utviklet. På 1700-tallet snakket man om hard og myk kreft, der den harde var den som man mente å finne oftest i kvinner og som ble klassifisert som *ekte* kreft. Den myke kreften, som var den som oftest opptrådte i menn, ble ikke forstått som ekte kreft. Denne distinksjonen mellom kreftsvulster måtte vike for celleteori som ble utviklet i 1840. Med den ble både det kjønnede grunnlaget for sykdommen og klassifikasjonsmodellene utfordret, og man trengte en ny sykdomsmodell (Duerden-Comeau 2007: 167). Duerden-Comeau (2007) mener at tidens kvinnesyn lå til grunn når celleteori ble inkorporert i de allerede eksisterende rammeverk for kreftsykdom. Språket var mettet av metaforer som var hentet fra språket rundt reproduksjon. Det som kjennetegnet kreftsvulster nå var ikke deres myk- eller hardhet, men deres evne til å reprodusere. Paralleller ble dratt mellom kreftsvulster og foster, og det var snakk om «moderceller» og «unge celler», dog ingen «farsceller». Ved denne sammenkoblingen ble kreft hos kvinner normalisert, samtidig som vanlig reproduksjon ble medikalisert (Duerden-Comeau 2007: 171). Selv om sykdomsmodellen, nå basert på celleteori, innebar at menn i større grad kunne bli diagnostisert med kreft, ble kreftsvulstene som rammet menn fremdeles beskrevet og oppfattet som vesensforskjellig fra de kvinner fikk. Det rådende synet på kreft var en kvinnesykdom vedvarte. Artikkelen avsluttes med noen konkluderende ord, i tråd med Haavinds (2000) fokus på kjønn som både flytende og fast: «disse tilpasningene i kreftklassifikasjoner viser både formbarheten og vedvarenheten av kjønn i biomedisinsk diskurs og antyder at kjønn ikke er lett å fjerne fra sykdomsmodeller» (Duerden-Comeau 2007: 176).

Med kreft som case-studie viser altså Duerden-Comeau (2007) hvordan én sykdom alltid har blitt sett på som en kvinnesykdom, men med ulike begrunnelser. Videre fremkommer det at dette skyldes at forestillingene om kjønn og sykdom vedvarer og følger med fra én forklaringsmodell til en annen.

Johannisson (1994) viser kjønningprosessen gjennom en litt annen tilnærming. Hun går også historisk til verks, men i stedet for å følge én sykdom og dens kjønnede meningsinnhold, gjennomgår hun ulike diagnoser som har blitt forstått som kvinnelige eller ikke, etter hvordan skjønnhetsidealer eller andre samfunnsstrukturer har endret seg. Det er fruktbart å ha med begge disse fortellingene om kjønn og sykdom, da de belyser poenget om kjønn som både fast og flytende fra litt ulike vinkler.

2.2.2.2 Kvinnen og nervene.

Ikke bare ble kvinner ansett som mer sykelige enn menn, sykelighet har også til visse tider representert et skjønnhetsideal for kvinner (Johannisson 1994: 73). Johannisson (1994) beskriver ulike sykdommer som fulgte ulike femininitetsidealer på 1800- og 1900-tallet. På midten av 1800-tallet var den ideelle sykelige kvinnen sart, blek og spe, og ute av stand til å arbeide. Klorose var en av datidens lidelser, som gav pasienten dette preget. Både i Norge og Europa for øvrig rammet denne sykdommen begge kjønn fra alle samfunnslag, men den typiske pasienten var en ung kvinne av de øvre klasser (Bondevik 2009: 2647). Sykdommen gav et utseende som også var et av de øvre sosiale sjikts tegn på privilegier og forfinelse, og på den måten var sykdommen selve «inkarnasjonen av både kvinnelighet og klasse» (Johannisson 1994: 131). Den sykelige kvinne innfridde ikke bare datidens skjønnhetsideal, men ble av noen sidestilt med det å være kvinne. «Bare det smektende, holdningsløse, sykelige anses å være egentlig kvinnelig» (Kornig i Johannisson 1994: 71). Sykdommen forsvant i løpet av 1900-tallets første tiår. Hilde Bondevik (2009) poengterer at dette opplagt i noen grad kan tilskrives medisinske, biologiske og ernæringsmessige forhold. Men at også sosiale forhold spilte en viktig rolle i denne prosessen. Nye normer for kvinnelighet, nytt lovverk og en endret politisk forståelse av helsens rolle i samfunnet medvirket til at denne diagnosen forsvant. Johannisson (1994) skriver at klorosen var en sterkt kulturavhengig sykdom, der de unge jentene ofte stilte ofte sin egen diagnose. Siden det var en lett sykdomskategori å tre inn i, kunne man også tre ut av den igjen når den ikke lenger ble

oppfattet som sosialt eller medisinsk legitim, fordi det var nye livs- og kroppsideal som oppstod med skiftende tider (Johannisson 1994: 133). Klorosen har ikke en historie som en rent psykisk lidelse, men det var én av flere konkurrerende forklaringsmodeller knyttet til sykdommen (Bondevik 2000). Samtidig med klorosen eksisterte det en gruppe sykdommer, som alle hadde det fellestrekk at de var knyttet til kvinner og til psykiske årsaksforklaringer.

Johannisson (1994) omtaler disse sykdommene og setter dem opp i sitt eget lille prestisjehierarki. På toppen plasserer hun *nevrasteni*, en sykdom som fikk stor oppmerksomhet i sin tid (Johannisson 1994: 141). Nevrasteni var utbredt blant begge kjønn, men ble, som med klorosen, likevel oppfattet som en kvinnesykdom. Også denne sykdommen var mest utbredt i de øvre klasser. Symptomene inkluderte slapphet, diffuse smerter, hjerteklapp, søvnforstyrrelser, mareritt og fobier. Til tross for overlappende symptomer med en rekke andre psykiatriske lidelser, ble nevrastenien ikke beheftet med det samme stigmaet som disse. Det utviklet seg nærmest en konkurranse mellom gynekologien, psykiatrien og nevrologien om å «eie» denne sykdommen (Johannisson 1994: 156). Felles for dem alle var at de refererte til kvinneligheten enten på ene eller andre måten. Én av forklaringene, for jenter som ble diagnostisert med nevrasteni, var overdrevne studier eller pianospill, eventyrlyst, seksuelle fantasier og «navnløs lengsel». Alt betegner egenskaper som ikke tilhørte datidens forventede kvinnerolle. Nevrasteni forsvant som diagnose i løpet av 1920-tallet, av mange av de samme grunnene som klorosen forsvant (Johannisson 1994: 148). Under nevrastenien i dette hierarkiet, rangerer Johannisson diagnosen *nervøsitet*. Kvinnelig nervøsitet ble vanligvis tolket innenfor det gynekologiske rammeverket, altså tilskrevet kvinnens reproduktive organer (Johannisson 1994: 147). Nervøsitet ble også ansett som forfinende og passet inn med bildet av den sarte unge overklassepike. *Nervesvekkelse* var den vanligste kvinmediagnosen blant nervelegene frem til første verdenskrig (Johannisson 1994: 148). Sykdommen ble karakterisert av generell ustabilitet, og var ikke på samme måte ansett som klassemarkør. *Nevrose* rangeres langt nede i dette hierarkiet og ble i mange tilfeller sidestilt med hysteri. Nevrose har alltid blitt knyttet til begreper som kvinne, kvinnelighet og kvinnepsyke. Helt nederst i hierarkiet plasserer Johannisson den generelle samlediagnosen *dårlige nerver*. Denne merkelappen signaliserte lavstatus og var svært stigmatiserende. Dette begrepet viser gjerne til sykkelighet uten bestemt lokalisering, selvvalgt sykerolle og «eksistensiell udugelighet» (Johannisson 1994: 148). Johannisson (1994) skriver at nervesanatoriet på denne tiden ble et sted kvinnen selv kunne oppsøke eller hennes familiemedlemmer kunne plassere henne der når de fikk nok av hennes «uønskede kvinnelige oppførsel». Slik ble nervesykeligheten i hele dens vide spekter en spesiell kvinnesfære

(Johannisson 1994: 149).

Hysteri er en av medisinsens eldste diagnoser (Bondevik 2007: 2). Johannisson (1994: 149) skriver at *hysteri* ble omtalt i journaler og medisinske lærebøker allerede fra 1700-tallet, mens Bondevik (2007: 2) viser til egyptiske papyrusruller fra 1900 f. kr som skal inneholde symptombeskrivelser som sammenfaller med beskrivelser av hysteri. Det var først mellom 1870 og første verdenskrig at diagnosen ble så sterkt assosiert med kvinnen og det kvinnelige. Som allerede nevnt var det som kjennetegnet de typisk kvinnelige sykdommer nesten utelukkende knyttet til enten kjønn eller sjel. I hysteriet møttes disse (Johannisson 1994: 149). Som med nevrastenien og lignende lidelser, var det flere fagfelt som tilbydde forklaringer – og behandlingsmetoder for hysteri. Både gynekologien, nevrologien og psykiatrien var inne i bildet, og det var en sykdom med så brede diagnostiske og behandlingmessige rammer at den både legitimerte kirurgiske inngrep og kunne avfeies som simulering (Johannisson 1994: 151). Siden hysteri var så sterkt forbundet med selve kvinnelighetens kjerne, navnet stammer fra det greske ordet for livmor, var dette en lidelse som i utgangspunktet ikke kunne ramme menn. Om lignende symptomer viste seg hos menn, fikk de en annen merkelapp, som for eksempel hypokondri, nevrasteni eller granatsjokk (Johannisson 1994: 151). Men i 1901² ble diagnosen overført fra en typisk kvinnelig diagnosegruppe til en mer prestisjefyllt en. Med dette økte antall innberetninger om mannlig hysteri betraktelig. Dette er en veldig interessant historisk detalj når det kommer til sykdomsklassifisering, kjønn og prestisje. I hysteriets senere periode ble synet på hysteri som en ren kvinnesykdom, med utspring i livmoren sett på som utdatert og uvitenskapelig, men Bondevik påpeker at forståelsen av den typiske pasient som kvinne vedvarte (Bondevik 2007). Igjen ser vi, som Duerden-Comeau (2007) viste med kreften, hvordan kjønnede oppfatninger henger igjen ved kunnskapsmessige skifter.

Med hysteriet ble dyrkingen av den kvinnelige sykkeligheten ført til sitt logiske slutt punkt, skriver Johannisson (1994: 160). Man opplever et kvinneoverskudd grunnet mannlig emigrasjon, og det var dermed ikke rom for en sykerolle i kvinnens liv lenger. I tråd med dette oppstod det et nytt kvinneideal: den sterke, arbeidsføre og avlsdyktige kvinnen (Johannisson 1994: 88).

Alle disse typiske kvinnelidelsene har flere fellestrekk. For det første kan de alle tolkes som et produkt av sin tid, for det andre har alle en sterkt tilstedeværende psykisk komponent og for det tredje er de i stor grad klassebetinget. I det følgende vil jeg drøfte implikasjonene av

2 I den svenske sykdomsklassifiseringen.

sistnevnte.

På den ene siden ble den sykelige kvinnen sidestilt med skrøpelighet og diskvalifikasjon fra den offentlige sfære, på den andre siden kunne den hennes sarte skjønnhet beundres og hun kunne med rette leve et tilbaketrukket og beskyttet liv. Dette idealet, diskvalifikasjonen og muligheten hadde selvsagt ikke kvinnen fra de lavere klasser. Der var det et annet kvinneideal som regjerte (Johannisson 1994). Kvinnene fra lavere klasser måtte, som mennene, arbeide hardt og styrke var essensielt, i motsetning til de øvre klassers skjørhet. Underklassekvinnene ble ansett å nærmest tilhøre en annen rase. De var laget av et grovere materiale, men var også fulle av sykdommer. Sykdommene som var utbredt befant seg imidlertid langt unna overklassens plager i sin karakter. Der den unge overklassepikens bleke og tandre vesen signaliserte hennes privilegerte posisjon, var underklassen merket med stigma av sine lidelser: kjønnssykdommer, kolera, alkoholisme osv (Johannisson 1994: 81). Et annet interessant eksempel på i hvilken grad samspillet mellom kjønn og klasse formet sykdomsklassifikasjonene, er at klorose også var utbredt blant underklassekvinner, men med en helt annen etiologi. Johannisson skriver at når sykdommen opptrådte i overklassepiken ble det tolket som et «utslag av omverdenens press på en sårbar sjel», mens når arbeiderpiken fikk samme sykdom ble dette forstått som et resultat av «utsvevelser, kaffedrikking, dårlige vaner og slett hygiene» (Johannisson 1994: 85).

Sykdom kunne dermed representere to vidt forskjellige ting, ikke bare på bakgrunn av sykdommens karakteristikk, men også etter hvem som var dens bærer. Kvinnene fra de øvre klassene ble *rammet* av sykdom, mens de fra de lavere klasser kunne skylde seg selv og sin egen dårlige atferd. Variasjonene i kjønnede sykdomsforståelser dreide seg altså ikke bare om ulike sykdommer, der noen sammenfalt med datidens skjønnhets- og kvinneideal, mens andre var stigmatiserte. Den klassebestemte fortolkningen av klorose viser at *en og samme sykdom* også kunne forstås forskjellig.

2.2.2.3 Mannen og hjerteinfarkt.

I min historiske gjennomgang av kjønn og sykdom så langt, har mannen ikke vært tilstede. Som sagt skyldes dette i stor grad at mannlig helse ble forstått, og fremdeles forstås, som kjønnsnøytral. Og med forståelsen av kjønn som to gjensidig utelukkende kategorier innebar sykkelighet som kvinneideal på 1700 og 1800-tallet at det var mindre tillatt for menn (Johannisson 1996: 124). Det finnes visse unntak, for eksempel ble nevrasteni, iallfall i

starten, ansett som nærmest et statussymbol, også blant borgerskapets menn. Men hovedregelen var at selv om det eksisterte enn rekke ulike mannsideal, i fra dandyen til machomannen, var det ingen av de som passe sammen med en sykerolle. Det fantes likevel noen sykdommer som ble ansett som finere, eller mer legitime, enn andre, også for menn. Disse typiske mannlige sykdommer var det som ble karakterisert som velstandssykdommer. Gikt er et typisk eksempel her. Dette var en sykdom som ble oppfattet å ramme menn som levde et «overdådig og makelig liv med mye mat, sterk drikke og lite bevegelse» (Johannisson 1996: 117). Hjerterinfarkt er en slik sykdom som har blitt forstått som en velstandssykdom, men hovedsakelig fra relativt sent på 1900-tallet (Johannisson 1996: 117). Dette er fokus for Elianne Riska i boken *Masculinity and Men's Health. Coronary heart disease in medical and public discourse* fra 2006. Her går hun inn i historien til de psykologiske forklaringsmodeller som har vært knyttet til hjerterinfarkt. Modellene som i stedet for dagens risikofaktorer, snakker om predisponerte personlighetstyper (Riska 2006: 2).

Personlighetstypene Riska (2006) tar for seg er type A-personligheten, «hardiness», eller hardførhet og «John Henryism». Førstnevnte ble brukt til å beskrive personlighetstyper som var spesielt utsatt for hjertelidelser, hardførhet ble etterhvert et bilde på helse og John Henryism var en modell for den afro-amerikanske mannens helse og sykdom. Et av hovedformålene Riska har med boeken er å vise at disse personlighetstypene som i sin tid ble brukt innenfor den medisinske- og lekfolkdiskursen i USA reflekterer datidens kulturelle representasjoner av maskulinitet. Hun gjør altså på mange måter det samme for å forstå konstruksjonen av en mannsykdom som Duerden-Comeau (2007), Jordanova (1989) og Johannisson (1994) gjør for å forstå kvinnesykdommer. I det følgende skal jeg i hovedsak konsentrere meg om type-A-personlighetens vekst og fall, og fokusere på beskrivelsene av hvordan kjønnsideologi og sykdomsklassifikasjoner gjensidig har påvirket hverandre når det kommer til hjertesykdommer.

Så tidlig som 1910 ble følgende skrevet om anginapasienten:

Det er ikke den delikate, nevrotiske personen som er mest utsatt for angina, men den robuste som er vigorøs i kropp og sinn, den ivrige og ambisiøse mann, han hvis motorer alltid er på "full fart fremover". (...)Den velbygde mann fra 45 til 55 år, med militær fremtreden, stålgrått hår og frisk hudtone. (Osler i Riska 2006: 28).

Det var altså ikke noe nytt å knytte mannen og hjertesykdom tett sammen, og det forklarer kanskje hvorfor Rosenman og Friedman kun inkluderte menn i studiene de gjennomførte for å

utvikle sin teori om Type A-personligheten på midten av 50-tallet (Riska 2006). Denne teorien skulle forklare årsaken til hjerteinfarkt med å vise til en viss personlighetstype som var spesielt utsatt. Friedman og Rosenman skriver om type A-mannens typiske arbeidsliv:

Menn som tilhører gruppe A viste et atferdsmønster som i hovedsak var karakterisert av intens ambisjon, kompetitivt "driv", et konstant fokus på yrkesmessige "deadlines" og en følelse av tidspress" (Friedman og Rosenman i Riska 2006: 33).

Og på hjemmeplan:

A(a)lltid punktlig og svært irritert om noen lar ham vente; han finner sjelden tid til hobbyer, og når han så gjør, gjør han de til en konkurranse. Han misliker å hjelpe til med rutinearbeid hjemme fordi han føler at hans tid kan bli brukt på en mer lønnsom måte. Han går raskt, spiser raskt og sitter sjeldent lenge ved middagsbordet (Friedman og Rosenman I Riska 2006: 33).

Type A-mannens konkurranseinstinkt og konstante behov for å utnytte tiden gjorde at han forholdt seg utålmodig ovenfor familien og helst tilbrakte sin tid på jobb. Å knytte disse personlighetsbeskrivelsene til hjertesykdom innebar i følge Riska (2006: 6) en medikalisering av den tradisjonelle maskulinitet, slik den eksisterte i den hvite middelklassen på den tiden. Det er vanligst å snakke om medikalisering i kjønnsnøytrale termer eller i forbindelse med kvinner, og det var ikke før på 90-tallet at menn ble spesifikt omtalt i forbindelse med medikalisering. Da var det gjerne i forholdt til ereksjonssvikt og den typen problemer (Riska 2006: 22). Men Riska argumenterer for, på lik linje med Jordanova (1989) og Johannisson (1994) når det kom til kvinner og sykdom, at forestillinger om menn og maskulinitet inngår i sykdomsklassifikasjonene om hjerteinfarkt.

Mot slutten av 80-tallet mistet type A-teorien sin forklaringskraft. Teorien kunne i utgangspunktet beskyldes for å være teoretisk og metodisk svak, da forskerne bak den ikke hadde noen psykologisk faglig bakgrunn, og at utvalget i studiene deres utelukkende bestod av hvite middelklassemenn. Det som skjedde nå var at psykologien tok tak i rammeverket Friedman og Rosenman hadde utviklet, og dette førte til en fragmentering av begrepet som igjen førte til type-A-mannens fall (Riska 2006). Når denne forklaringsmodellen falt bort ble mange av personlighetstrekkene assosiert med type A-mannen demedikalisert og denne tradisjonelle maskuliniteten fikk igjen sin legitimitet (Riska 2006: 59). Dette skjedde gjennom en ny kulturell konstruksjon: «hardiness» eller hardførhet som det kanskje best kan oversettes til.

I løpet av boken dekonstruerer Riska (2006) de ulike personlighetstypene og viser at de utgjør essensen av det indre livet til typer av menn som var viktige økonomiske aktører i sitt samfunn i sin tid. Som Johannisson (1994) også poengterte med fallet av sykkelighet som kvinneideal, oppstod også disse konstruksjonene som et resultat av sin tid, og de gjennomgikk endringer i takt med øvrige samfunnsendringer. Dette innebærer at kjønn, klasse (og rase) er iboende disse konstruerte personlighetstypene, og dermed også i den relaterte vitenskapelige forskningen. På denne måten har man gjennom produksjon av vitenskapelig «fakta», også bekreftet og reproduisert de eksisterende kategoriseringer og oppfatninger om rase og kjønn (Riska 2006: 65).

Hardiness-begrepet ble ikke like utbredt som type A-teorien og er ikke direkte knyttet til hjertesykdommer (Riska 2006: 70). Poenget med å inkludere denne kulturelle konstruksjonen i min gjennomgang er å vise hvordan bortimot de samme kjønnede karakteristikkene gikk fra å bli sett på som dødelige til sunne og positive. Videre var ikke type-A-teorien sentral i europeisk medisin, det var stort sett et amerikansk fenomen, men man kjenner igjen beskrivelsene av type A-mannen i våre egne forestillinger om den typiske hjerteinfarktpasienten. Selv om man ikke opererte med den samme merkelappen ble den typiske hjerteinfarktpasient ansett å være en middelaldrende karrieremann. Dette viser blant annet de ulike studiene jeg refererte til helt innledningsvis i denne oppgaven. Man kan også kjenne igjen mange av beskrivelsene av denne personlighetstypens karaktertrekk, også i noen av nåtidens risikofaktorer som stress, høyt arbeidspress og manglende fokus på «de nære ting». Aronowitz (1998) vier et kapittel i boken *Making sense of illness. Science, society and disease* til å avdekke risikofaktor-tilnærmingens sosiale konstruksjon. Han hevder at denne tilnærmingen er dårlig definert og for lite diskutert. Han mener at den brede enigheten rundt denne tilnærmingen ikke er godt nok vitenskapelig basert, og ønsker å skape debatt rundt hvorfor risikofaktorer har blitt den dominerende forklaringsmodeller tilknyttet hjertesykdom (Aronowitz 1998: 112). Som et tilbakevendende poeng i boken hans understreker han at risikofaktorene ikke har fått sitt gjennomslag utelukkende på bakgrunn av objektive og verdifrie kliniske studier (Aronowitz 1998: 117). Aronowitz argumenterer for at de derimot har oppstått som et resultat av både sosiale og biologiske faktorer:

Endringer i ideer, holdninger, økonomiske forhold, profesjonelle organisasjoner, forskningsverktøy og -metoder, måter å klassifisere hjertesykdom og epidemiologiske mønstre, har alle bidratt til fremveksten av risikofaktor-tilnærmingen (Aronowitz 1998: 113).

Hensikten med å inkludere Aronowitz' kritiske blikk på risikofaktor-tilnærmingen her er å vise at den forklaringsmodellen som eksisterer i dag ikke er siste steg i en «utviklingsprosess» der vi stadig får mer kunnskap og kommer nærmere sannheten om hjerteinfarktets etiologi. Også denne tilnærmingen kan ses på som en sosial konstruksjon. Aronowitz (1999) gjør ingen kjønnanalyse i sin bok, men i denne oppgaven vil en del av den kjønnete analysen inkludere de risikofaktorer som blir omtalt i det offentlige informasjonsmaterialet. Det er mulig dette vil kunne være med på å illustrere eller underbygge Aronowitz' påstand.

2.2.3 Flytende og fast kjønn i sykdom.

Hensikten med denne historiske gjennomgangen er at den illustrerer flere viktige poeng når det kommer til kjønn og sykdom. Den viser kjønn som *flytende* fordi man ser klart endringer i takt med skifter i samfunnet forøvrig, i hvordan kvinner og kvinnelighet ble oppfattet og hvordan dette også hadde stor innflytelse på hvordan man forstod hva som var sykdom, hva som var legitim sykdom osv. Samtidig illustreres også kjønn som *fast*. Gjennomgangen viser en kontinuitet i det at kjønn alltid har hatt noe å si for klassifisering og vurdering av ulike sykdommer. Selv om idealene har forandret seg, og sykkelighet i dag ikke lenger er et ideal, er fremdeles forbindelsene mellom kvinner og sykkelighet sterke. Men også noe av meningsinnholdet i sykkelighet, sykerollen og spesifikke sykdommer har holdt stand fra farne tider til i dag.

Dette bringer meg over til et annet formål med den historiske tilnærmingen. Jordanova (1989) grunngir selv sitt historiske, ganske detaljrike, fokus på kvinner og sykdom med at vi finner spor av dette også i dag. Hun skriver at den viktigste forskjellen er at i dag er det mer skjult. I sin bok *Sexual Visions* (1989) analyserer hun moderne reklame for medisinske produkter og finner mange av de samme trekkene ved forståelser av kjønn og sykdom, som det hun gjorde i sin analyse av medisinske tekster fra 1700 og 1800-tallet. Med dette som bakteppe, og med utgangspunktet i kjønn som fast og flytende, forventer jeg å finne mange skillepunkter, men også mye likhet med hvordan kjønn og sykdom forstås i mitt eget datamateriale.

Et siste poeng med denne historiske gjennomgangen, er at den viser at det ikke bare er mulig, men også fruktbart å undersøke sykdom slik jeg planlegger å gjøre i denne oppgaven. At «sykdom må analyseres både som et kulturelt konstruert og biologisk fenomen» (Johannisson 1994: 99). Det er opplagt at med hjerteinfarkt som min gjenstand for undersøkelse står ikke

sammenligningsgrunnlaget i et en-til-en-forhold til de mer psykosomatiske sykdommene som for eksempel Johannisson (1994) og Jordanova (1989) studerer. Det er likevel et poeng i denne sammenheng å illustrere at det er en viss type lidelser som gjennom alle tider har blitt assosiert med kvinner og at det *er* en forskjell mellom hjerteinfarkt og disse typiske kvinnesykdommene.

2.3 Sykdomsprestisje

2.3.1 Kulturell mening = Stigma?

Conrad og Barker (2010) skriver i sin utlegning om sosial konstruksjon av sykdom at *noen* sykdommer er ladet med kulturell mening eller verdier. De sier at dette særlig gjelder stigmatiserte sykdommer, omstridte sykdommer og funksjonshemninger. Aronowitz (1998: 11) på sin side mener at dette er typiske oppfatninger som legitimerer den statusen noen sykdommer har som *naturlige*. Hjerteinfarkt er en slik sykdom, som anses som veldefinert og fri fra stigma. Men selv hjerteinfarkt er ikke en ren biologisk kategori der vår viten eller forståelse av den er basert på objektive medisinske fakta. I tråd med dette skriver Aronowitz:

D(d)en spesifikke identitet en sykdom har – fra den tradisjonelt medisinske (etiologi, diagnose, prognose og behandling) til den mer generelle betydning for pasienter, leger og forskere – er ikke en nødvendig eller uunngåelig konsekvens av biologiske prosesser, men er heller avhengig av sosiale faktorer (1998:11).

Dette innebærer et syn på sykdomskonstruksjon der man må akseptere at sykdommer som faller utenfor Conrad og Barkers (2010) tre sykdomskategorier også er mettet av kulturell mening, og at sosiale og kulturelle faktorer også bidrar til selve sykdomsdefinisjonen. Det dominerende fokuset på stigma og avvik i sosiologisk forskning på sykdom har kanskje forhindret forskning på hva man kan finne av kulturell mening og sosial konstruksjon i sykdommer som f.eks. hjerteinfarkt. Også positive, eller i alle fall mindre negative, sosiale eller kulturelle verdier kan være iboende sykdommer. For eksempel har Dag Album (1991) vist at det eksisterer et prestisjehierarki over sykdommer i den medisinske kulturen. Dette betyr altså at prestisje, som en kulturell verdi, knyttes til sykdommer i ulik grad.

2.3.2 Sykdomshierarkiet.

Det var i 1991 at Album først gjennomførte en kvantitativ undersøkelse blant helsepersonell om sykdommers prestisje. Det som skilte denne undersøkelsen fra tidligere studier som omhandlet det samme, var at i stedet for å kun operere med to prestisjekategorier, høy eller lav, resulterte denne undersøkelsen i et langt mer finmasket prestisjehierarki. Hele 38 sykdommer har blitt gitt en prestisjeskår på en skala fra 1 til 9 (Album 1991: 232). Sykdommene som var med i undersøkelsen har til felles at de er av en slik art at de kan føre til sykehusinnleggelse, ellers er de valgt ut med tanke på at de representerer ulike sykdomstyper. Basert på en tolkning av de ulike trekk ved sykdommene i prestisjehierarkiet, samt uformelle samtaler med leger under tidligere feltarbeid, argumenterer Album og Westin (2008) for at karakteristikk innenfor følgende kategorier er viktige når det kommer til fordeling av prestisje: *sykdommen og dens typiske forløp, den typiske behandling og den typiske pasient*. Når det gjelder sykdommen og dens typiske forløp inngår organets eller kroppsdelens plassering, om sykdommen er akutt eller kronisk, dødelighet, de diagnostiske tegn og antakelser om årsaker til sykdommen. Viktige trekk ved den typiske behandlingen er bruk av teknologi, grad av drama, inngrep, og behandlingens effektivitet. Ved sykdommens typiske pasient er det særlig ting som alder, kjønn, hvor «grei» pasienten er, samt i hvilken grad deformering og hjelpeløshet blir et resultat av sykdommen, som spiller inn (Album og Westin 2008: 187). Album beskriver den typisk prestisjefylte sykdom slik:

En sykdom eller skade som utvetydig har sete i organ høyt oppe i kroppen, aller helst i hjertet, som rammer brått og dramatisk og fører til øyeblikkelig innleggelse, er dødelig, men er mulig å gjøre noe heroisk og gjerne også høyteknologisk med, slik at pasienten ganske kort tid etter er helt frisk, sterk og før igjen, en sykdom som rammer tilfeldig, mest ungdommer og unge middelaldrende menn fra gode kår, og gjør at de er bevisstløse i den første perioden og takknemlig i den siste, vil ha høy prestisje (1991: 236).

Og dens motstykke, den typiske sykdommen med lav prestisje:

E[en] sykdom, skade, plage eller lidelse med sete lengre ned i kroppen, kanskje ikke i noe bestemt organ i det hele tatt, en sykdom som har uklare årsaker, men kan settes i forbindelse med klanderverdig livsførsel, som utvikler seg sakte og er uklar i sin diagnostikk, som det er lite å gjøre med og ikke noe å bruke avansert utstyr på, som kan komme til å vare lenge, kanskje hele livet og sannsynligvis blir verre etter hvert, som gjør folk hjelpeløse og stygge, en sykdom som særlig rammer eldre mennesker, mest kvinner fra lavere sosiale lag og gjør pasientene krevende og utakknemlige, ha lav prestisje (Album 1991: 236).

Hjerteinfarkt er et klart eksempel på det første, og er jo også den sykdommen som blir vurdert til å ha høyest prestisje, mens fibromyalgi fra bunnen av hierarkiet representerer den siste kategorien av sykdom. Begrepet prestisje blir vanligvis knyttet til individer eller grupper, og ofte inngår autoritet og tillit i begrepet. Men Album argumenterer for at alle kategorier er ladet med vurderinger, og ofte også følelser, og at slik han bruker prestisjebegrepet kan det knyttes til en hvilken som helst kategori (Album 2010: 256). Prestisje vil alltid være et relasjonelt fenomen. Det indikerer et hierarki, der noen entiteter, i denne sammenheng sykdommer, har større anseelse enn andre. Album snakker om at noen sykdommer oppfattes som *finere* enn andre (Album 1991). Han skriver også at noen sykdommer *er mer* sykdom enn andre. Dette får han fra George Lakoff, som skriver om menneskelig kategorisering. I følge Lakoff ser vi ulike fuglearter som mer eller mindre fugl. Aller mest fugl er ørnen, mens pingvinen er minst fugl av alle fugler. Album trekker paralleller til sykdomshierarkiet han selv har avdekket. Her vil hjerteinfarkt, på toppen av hierarkiet være mest sykdom, mens fibromyalgi kan sies å være sykdommenes pingvin (Album 2010: 265).

I 2002 gjentok Album og Westin den samme studien og gjorde bortimot identiske funn. Dette bekrefter at prestisjehierarkiet fra 1991 ikke er et resultat av tilfeldigheter, eller at sykdomsprestisje er et fenomen i særlig stor bevegelighet. Som med forbindelsen mellom kjønn og sykdom, synes forbindelsen mellom prestisje og sykdom også å være preget av kontinuitet. Begge undersøkelsene viste dog noe variasjon i svarene når respondentene ble sammenlignet på tvers av grupper (Album 1991, Album og Westin 2008). Ved å dele inn utvalget i underutvalg av ulike årskull med studenter, og leger i ulike aldre, så man en viss differanse i vurderingen av de ulike sykdommene. Mer detaljerte studier må til, men resultatene peker i retning av at sykdommenes prestisje læres gjennom en sosialiseringssprosess som spenner over studietid og praksis. Mesteparten av sosialiseringen synes naturlig nok å ta plass gjennom praksis, omgang med erfarne leger og integrering i den medisinske kultur (Album 1991, Album og Westin 2008).

Et viktig kjennetegn ved prestisjen er at dette er ikke noe som læres verken formelt eller gjennom direkte uformell prat om prestisje knyttet til sykdom (Album 1991). Det synes likevel å eksistere en felles enighet om hvor prestisjefyllt hver enkelt sykdom er, og respondentene i de to store undersøkelsene hadde ikke noe problem med å sette en prestisjeskår på de ulike sykdommene. Så selv om dette ikke ble satt ord på i deres daglige virke, var det selvsagt for respondentene både *at* sykdommer kunne vurderes utfra deres prestisje og *hvilken* prestisjeskår de ulike sykdommene skulle tildeles. Sykdomsprestisjen

eksisterer i så måte som en skjult kunnskap i den medisinske kultur (Album 1991).

2.3.3 Sykdom og legitimitet.

Hølge-Hazelton og Malterud (2012) omtaler sykdomsprestisje som en «legitimierungsgradient», og de bemerker at prestisjehierarkiet er klart kjønnnet, med typiske kvinnelidelser på bunn. De skriver at en mulig forklaring på dette er at menns sykdommer har fått status som normal, i større grad enn kvinners sykdommer (2012: 142). Johannisson (1994) var inne på sykdomsprestisje og kjønn når hun skreiv at ved en rekategorisering av hysteridiagnosen, fra en «kvinnekategori» til en mer prestisjefylt én, ble det en dramatisk økning i mannlige hysteri-pasienter. Hun satte også opp et hierarki over beslektede nevrologiske sykdommer, som dels eksisterte på samme tid og dels avløste hverandre. Det var skarpe skiller mellom psykiske lidelser på den tiden når det kom til status og stigma. Hun skriver at allerede tidlig på 1900-tallet mistet denne typen lidelser sin mystikk og prestisje. Mange diagnoser ble avvirket og resten falt til bunns prestisjemessig (Johannisson 1994). Det synes opplagt at kjønn har, og alltid har hatt, en relativt stor innvirkning på en sykdoms prestisje.

Sykdomsprestisje er knyttet til sykdommers legitimitet. Beskrivelsene av en sykdom som typisk befinner seg høyt oppe i prestisjehierarkiet kan sies å være beskrivelsene av en legitim sykdom. En sykdom alle er enige om at *er* en sykdom, og alle er enige om at de som rammes skal bli fritatt fra sine normale oppgaver, få den medisinske hjelpen de trenger, selv om det måtte involvere kostbare inngrep og sykehusopphold. Pasienter med legitime sykdommer trenger sjelden å være redd for å bli stigmatisert som hypokondere, unna sluntrere eller mennesker som utnytter velferdsgodene. Det samme er ikke tilfellet for de pasientene som har fått en diagnose fra prestisjehierarkiets nedre sjikt. Der finner vi de psykiske og de diffuse lidelser. Fibromyalgi er en diagnose, men er ikke anerkjent av alle, verken lekfolk eller helsepersonell, som en «ekte» sykdom.

I dette kapitlet har jeg lagt frem et perspektiv og en teoretisk tilnærming som gjør meg i stand til å undersøke en sykdom slik den eksisterer *utenfor kroppen*, altså som en sosial konstruksjon (Album 2010: 265). Samtidig har jeg prøvd å gi et relativt konkret innblikk i kjønningprosessen, særlig hvordan den foregår når den knyttes til sykdom. Både Haavinds (2000) teori om kjønn som fast og flytende og den historiske gjennomgangen viser hvordan kjønn alltid har blitt gjort relevant, enten direkte eller indirekte, gjennom

sykdomsklassifikasjoner og – forståelser. Jeg har også poengtert hvordan sykdommer rangeres, basert på både kjønn og prestisje. Dette er et godt grunnlag for å undersøke nærmere hvordan kjønn og prestisje henger sammen.

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Som deltaker i det tverrfaglige forskningsprosjektet «Disease prestige and informal priority settings» ønsker jeg å bidra til dets overordnede målsetning. Fra de tidligere kvantitative studier, som slo fast at et prestisjehierarki eksisterte og at det holdt seg over tid, er fokuset i dag flyttet fra å vite *at* til å finne ut *hvordan*. Dette er et klassisk kvalitativt spørsmål og den overordnede metodologien i dette prosjektet er nettopp kvalitativ. I dette «prestisjeprosjektet» er det både pågående og planlagte etnografiske studier og tekstanalyser for å forstå det kulturelle fenomenet sykdomsprestisje. Selv har jeg også en interesse for å bedre forstå et annet kulturelt fenomen – sykdomskjønning. Videre ønsker jeg å se sykdomskjønning i sammenheng med nevnte sykdomsprestisje. Ved å studere begge fenomenene samtidig, i ett case, ønsker jeg å kunne si noe om hvordan disse samspiller, og utelukker hverandre, i sykdomskonstruksjonen.

Ordet kvalitativ viser til at man har fokus på entiteters kvalitet, heller enn antall, mengde og frekvens. Med en slik tilnærming er man ute etter å forstå prosesser og meningsinnhold, de som driver med kvalitativ forskning er ofte opptatt av å avdekke virkelighetens sosiale konstruksjon, og min oppgave er intet unntak (Denzin & Lincoln 2005: 10). Det kan være vanskelig å definere akkurat hva kvalitativ forskning er, og begrepet viser ikke til én spesifikk teknikk, det kan heller ses på som et knippe tolkende aktiviteter (Denzin & Lincoln 2005: 6). Widerberg (2005: 164) skriver at det som gjør kvalitativ forskning både tiltrekkende og utfordrende er at det ikke finnes noen oppskrifter lik de man finner innenfor kvantitativ forskning. I det følgende skal jeg gjøre rede for og begrunne de valg jeg har tatt i prosessen. Jeg har valgt å fokusere mitt prosjekt rundt hjerteinfarkt, og videre har jeg valgt å gjennomføre en tekstanalyse av offentlig informasjonsmateriell.

3.1.1 Hjerteinfarkt, en case-studie.

Jeg bestemte meg umiddelbart for at det var kjønning av sykdom som skulle være mitt perspektiv i dette prosjektet, men både problemstilling og valg av metodisk tilnærming kom til gjennom en prosess. Etter en vurdering av ulike muligheter bestemte jeg meg for å ta

utgangspunkt i én sykdom og gå nærmere inn i det kulturelle bildet og forståelsen av denne sykdommen. Ved å kun velge én sykdom gikk jeg glipp av de fordelene et komparativt case-studie har, men på den andre siden tillot det meg å gå grundigere til verks i analysen.

Etter å ha studert prestisjehierarkiet med kjønnsbriller, samt gjort noen litteratursøk innenfor kjønn og sykdom, stakk hjerteinfarkt seg frem som en interessant sykdom. Hjerteinfarkt, som befinner seg på toppen av prestisjehierarkiet, er et godt eksempel på en sykdom som er tydelig kjønnnet selv om sykdommen ikke rammer kjønns spesifikke organer og som heller ikke lenger bare er typisk for menn. En annen grunn til at hjerteinfarkt utgjør et godt case er det kontinuerlige informasjonsarbeidet og de årlige bevissthetskampanjene rundt kvinner og hjertesykdommer som pågår. Det uttalte målet for dette informasjonsarbeidet er å øke bevisstheten hos medisinsk personell og kvinner selv. Dette arbeidet kan ses på som et forsøk på strategisk *omkjønning* av en allerede kjønnnet sykdom. Denne prosessen kan lett la seg gjøre til gjenstand for forskning. Sykdommens prestisje og sterke mannlige kjønnning kombinert med en pågående bevisst kjønningsprosess syntes jeg utgjør en interessant spenning, vel verdt å studere nærmere.

Ethvert case skal være et tilfelle (case) av noe, og det har sine grenser som må identifiseres (Silverman 2010: 138). Ved å bruke hjerteinfarkt som case, ønsker jeg å kunne si noe om kjønnning av sykdom og sykdomsprestisje generelt. Det er dette som kan betegnes som et instrumentelt case-studie: man undersøker ett case for å kunne gi en innsikt i et mer overordnet tema (Silverman 2010:139). Grensene for mitt case bestemmes mest av de valgte data, men også av perspektivet, kjønn og prestisje. Jeg forholder meg til et relativt lite tekstkorpus og det gjør at jeg får beholde helheten i caset, samtidig som jeg har klare grenser som gjør at jeg ikke går for bredt ut. Valget av case kan sies å være teoretisk begrunnet (Silverman 2010: 144) da jeg har valgt caset utfra min vurdering av hjerteinfarkt som spesielt hensiktsmessig for mitt formål.

3.1.2 Tekstanalyse.

Valget av tekstanalyse kom som en naturlig konsekvens av de foregående valg. Når jeg begynte å vurdere hjerteinfarkt som potensielt case, dukket tekstene om sykdommen umiddelbart opp i min bevissthet. Informasjonsmaterialet som forelå rundt hjerteinfarkt virket

som en fruktbar tilgang til kjønningsprosesser, både for å avdekke hvordan sykdommen hjerteinfarkt allerede er kjønnet og hvordan den over lengre tid har blitt forsøkt re- eller omkjønnet. Jeg tenkte meg at tekster av denne typen ville vise definisjonskampen om hvordan hjerteinfarkt skal forstås som sykdom, og intervjuer ville ikke gjort samme nytten i denne sammenheng. En av mine forforståelser av kjønning er at dette ikke er noe som den enkelte person er bevisst og dermed lett kan uttrykke, men snarere inngår som en del av den større kulturelle konteksten vi befinner oss i.

Dette er et kjennetegn ved sosial konstruksjon av et fenomen – det har en implisitt komponent som tas for gitt av de som deler den. Det kan derfor være vanskelig å få tak på det gjennom intervjuer eller observasjonsstudier. Observasjonsstudier ville i tillegg ha vært en svært tidkrevende prosess og trolig strukket seg utover denne oppgavens rammer. Album (2010) skriver at hans egen oppdagelse av fenomenet sykdomsprestisje skjedde gjennom uformell observasjon. Han holdt på med et feltarbeid på et sykehus i forbindelse med et annet studie, og kom over det han etterhvert kalte sykdomsprestisje gjennom pauseprat med legene. Album er overbevist om at de ikke ville gitt uttrykk for disse sykdomsvurderingene i en mer formell setting. Det er lett å forstå at å snakke om prestisje i sykdomssammenheng kan oppleves noe betent for leger, da de streber etter objektive vurderinger av sykdommer og pasienter. Kjønn er, i denne sammenheng, mindre betent da det med sin biologiske komponent i langt større grad er en relevant faktor i forbindelse med sykdom. Men de *kjønnede forståelsene* av sykdom er nok å anse som like implisitt og underkommunisert som prestisjefenomenet. Dermed anser jeg tekster som et godt egnet materiale. Når jeg nå skal redegjøre for det valgte datamaterialet vil dette bli klarere. En av tekstanalysens særlige fordeler er at datamaterialet består av ord og bilder som eksisterer uten forskerens innblanding (Silverman 2010:52). Det er i så måte et «renere» datamateriale i det at disse tekstene er produsert uten tanke for at de skal tolkes eller analyseres. Intervjuobjekter vil alltid være klar over at det de sier vil bli analysert av en forsker, og vil oftest justere egne uttalelser deretter. Videre vil informasjonen man sitter igjen med etter et intervju avhenge av hvilke spørsmål intervjueren stiller, og hvordan han eller hun styrer intervjuene. På samme måte vil en observasjonsstudie påvirke de observerte, og feltnotatene vil alltid reflektere forskerens umiddelbare tolkning av det de ser. Med tekstanalyse er det ikke nødvendig å tenke på tilganger og godkjennelser, og datainnsamlingsprosessen kan komme i gang umiddelbart og vil dermed i de fleste tilfeller gå raskere.

3.2 Data.

3.2.1 Utvalg.

I det følgende vil jeg redegjøre for datamaterialet jeg har valgt og kort beskrive de organisasjoner som står bak. Det utvalgte datamaterialet består av fem brosjyrer, samt tekst fra internettsiden til bevissthetskampanjen Hjertelig hilsen³. Fire av brosjyrene er fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, to som er publisert i 2011 og to som er publisert i 1995. Fra hvert årstall er det én brosjyre som omtaler hjerteinfarkt generelt og derfor bare har tittelen «Hjerteinfarkt», og én som retter seg mot kvinner og heter «Kvinner og hjerte- og karlidelser». Fra de sistnevnte brosjyrer har jeg valgt å bare inkludere det som står skrevet om hjertesykdom i min analyse. Nasjonalforeningen for folkehelsen (Nasjonalforeningen) er en frivillig, humanitær organisasjon. Deres agenda, hentet fra deres nettside er: «Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Dette gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver» (Nasjonalforeningen 2012). Den femte brosjyren, og kampanjen Hjertelig hilsen, er det Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) som står bak. Brosjyren er generelt rettet og heter «Å leve med hjertesykdom», mens tekstene fra Hjertelig hilsen omhandler kvinner og hjertesykdom. LHL er en interesseorganisasjon for hjerte- og lungesyke og deres pårørende. Deres arbeid finansieres blant annet gjennom medlemsskap, lotteri, donasjoner og annonseinntekter. Deres mål er å «påvirke samfunnet til full likestilling og deltakelse for alle, og til å ta ansvar for forebygging, rehabilitering og behandling. LHL ser det som en viktig interessepolitisk oppgave å påvirke statsbudsjettet» (LHL 2012). Om kampanjen Hjertelig hilsen skriver LHL, som står bak:

Hjertelig hilsen er en kampanje som baseres på at en av tre kvinner rammes av hjertesykdom. Vi har valgt å kalle dette et stort ukjent samfunnsproblem. Hensikten med satsningen er todelt: Vi bygger opp et Hjertefond som skal brukes til forskning på kvinnehjertet. Vi ønsker å bygge innsikt og kunnskap i befolkningen om kvinner og hjertesykdom (Hjertelig hilsen 2011/2012).

Kampanjen er en årlig affære, men nettsidene deres er operative kontinuerlig. Der kan man lese om ulike temaer innenfor kvinner og hjertesykdom: informasjon om hjertet og hjertelidelser, kjente menneskers appeller og sanne historier fra overlevende. Det finnes også en nettbutikk der man kan kjøpe diverse effekter, som pins, krus, klær og smykker i ulike prisklasser. Alle påført Hjertelig hilsens logo, et hjerte.

3 Materialet fra 1995 er scannet og lagt som vedlegg. Det øvrige datamaterialet er ført i litteraturlisten under et eget punkt.

Utvalget mitt er basert på at begge utgiverne er sentrale aktører innenfor forvaltning av medisinsk kunnskap og påvirkning av helsepolitikk, men med ulike formål og organisasjonsformer. Mesteparten av datamaterialet er printet fra organisasjonenes internettsider. Unntaket er de to brosjyrene fra 1995 som jeg har fått låne av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

De kjønnsnøytrale brosjyrene retter seg direkte til pasienter, altså de som allerede har fått, og overlevd, et hjerteinfarkt. Brosjyrene som spesifikt omtaler og retter seg mot kvinner er mer vinklet mot de som er i faresonen. Mens de kjønnsnøytrale tekstene i større grad omhandler hvordan man blir frisk fra sykdommen, vektlegger de kvinnespesifikke tekstene i større grad hvordan hjertesykdom kan forebygges. Til tross for et noe forskjellig hovedfokus dekker alle tekstene i mer eller mindre grad både forebygging og tiden etter et hjerteinfarkt. Videre er brosjyrene også strukturert veldig likt. De tar stort sett opp de samme temaene, men de kontekstualiseres noe ulikt. Dette kommer jeg tilbake til i analysen. Tekstene knyttet til Hjertelig hilsen-kampanjen skiller seg på flere måter ut fra brosjyrene. Hensikten med disse tekstene er å skape bevissthet rundt kvinner og hjertesykdom blant hele befolkningen, ikke bare de som er syke. Det er derfor naturlig at det ikke er så mange referanser til behandlingsformer, og andre ting knyttet direkte opp til det å være pasient, som i brosjyrene om hjerteinfarkt.

3.2.2 Begrunnelse for data.

Jeg har valgt å legge til grunn offentlig informasjonsmateriell for tekstanalysen vel vitende om at et annet tekstutvalg kunne gitt andre innsikter om sykdomskjønn og -prestisje. Jeg kunne valgt å fokusere på de rådende oppfattelsene av hjerteinfarkt i den medisinske kultur. Aktuelt tekstmaterial kunne da vært data fra lærebøker eller leksikon, publiserte forskningsartikler eller epikriser for infarktpasienter. Et alternativt fokusområde kunne vært lekfolks kjønnede oppfatninger av hjerteinfarkt. Særlig internettforum kunne vært interessant i dette tilfellet. Når jeg da valgte offentlig informasjonsmateriell er det av to grunner. For det første oppfattet jeg disse tekstene til å fungere medierende mellom de to sfærene; medisinen og lekfolk. Det offentlige informasjonsmaterialet henter sine faktabaserte uttalelser fra den medisinske diskursen, men de tilpasser budskapet til mottakeren, som i hovedsak er lekfolk i form av pasienter eller potensielle pasienter. Det offentlige informasjonsmaterialet er dermed

sterkt influert av den medisinske diskurs og reflekterer denne i stor grad, samtidig som de har som formål å forme folkets bevissthet, kunnskap og forståelse av hjerteinfarkt. For det andre syntes det gunstig å fokusere på kjønningsprosess via slikt bevissthetsarbeid som særlig kampanjene er. I utgangspunktet var jeg ute etter å se etter endringene i oppfattelsene om hjerteinfarkt over tid, i og med at jeg hadde tekstmateriale fra to ulike tidspunkt. Med en veldig begrenset datamengde fra 90-tallet som gav et inntrykk av at bildet av hjerteinfarkt over tid heller var preget av kontinuitet enn av endring, bestemte meg jeg for å gå bort fra den vinklingen. Jeg valgte likevel å ikke kutte ut de eldre brosjyrene fra analysen, men lot de inngå som en del av datamaterialet som et hele. Ved å også analysere kampanjematerialet fra Hjertelig hilsen, som har som sitt uttalte mål å endre oppfattelsene av hjerteinfarkt som mannssykdom (eller som ikke-kvinne-sykdom) blir jeg i enda bedre stand til å kunne si noe om kontinuitet og endring i sykdomskjønning, og dermed litt mer om fenomenets art.

Datamaterialet mitt er av begrenset størrelse, men et lite utvalg er ikke nødvendigvis et problem i kvalitativ metode. Silverman anbefaler er begrenset korpus for å få til en effektiv analyse. Han sier at i starten er det lurt å utforske flere kilder, for så å begrense seg til det datasettet som synes mest fruktbart (Silverman 2010: 55). Jeg valgte å ikke inkludere ytterligere offentlig informasjonsmateriale som ble vurdert i startfasen. Både Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og legemiddelprodusenter har faktaark om hjerteinfarkt tilgjengelig på sine sider. Videre ble ikke all tekst fra Hjertelig hilsen sine nettsider analysert. De utvalgte brosjyrene dekket bredt tematisk, og jeg lot dels temaene fra disse styre hvilke tekstkilder jeg valgte å inkludere, samt hvilke utdrag fra Hjertelig hilsen som ble inkludert i analysen. Dette var for det første fordi brosjyrene var relativt likt bygd opp, og inkluderte mye av de samme temaene. For å få nok data å ta av innen hver kategori syntes det best å la disse temaene legges til grunn for kategorisering av datamaterialet. For det andre viste det seg fort at de temaene som ble tatt opp i brosjyrene var å finne igjen i de faktorer Album (1991) og Album og Westin (2008) beskriver som indikatorer på en sykdoms prestisje. De tematiske kategoriene jeg endte opp med er i så måte samtidig formet av empirien og teorien.

3.2.3 Datakvalitet.

Mitt formål er å skape en bedre forståelse av de kulturelle fenomener sykdomskjønning og

sykdomsprestisje. Det er da relevant å spørre seg om det utvalgte datamaterialet kan være med på å bidra til dette. Jeg skal i det følgende ytterligere vurdere de utvalgte dataenes, samt analysens, kvalitet. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er vanlige kvalitetsmål innenfor kvantitativ forskning, men kan ikke direkte overføres til kvalitativ forskning. Jeg vil derfor vurdere kvaliteten på studien min ved å dokumentere og diskutere mine valg og tolkninger (Widerberg 2001: 18).

3.2.3.1 Mulige feilkilder.

I kvalitativ forskning kan man si at det er forskeren og hennes analysemodeller som er det viktigste måleinstrumentet, og det er derfor ikke å forvente at en annen forsker vil komme med det nøyaktig samme svaret. Reliabilitet, i den kvantitative forstand, blir lite meningsfylt å snakke om i denne sammenheng. I stedet er det langt mer fruktbart å vurdere eventuelle feilkilder i empirien i relasjon til hva jeg mener å svare på.

Jeg ønsker i denne oppgaven å si noe generelt om oppfatningene av hjerteinfarkt ved å analysere offentlig informasjonsmateriell om denne sykdommen. Jeg har argumentert for at dette er tekster som medierer mellom den medisinske diskursen og lekfolkdiskursen. Men man kan jo også spørre seg om hvorvidt det faktisk er *underliggende oppfattelser* jeg ser uttrykk for i disse tekstene, eller *bevisste fremstillingsformer*. Trolig er det litt av begge deler. Det er omdiskutert hvorvidt folkeopplysning skal ses på som opplysning og myndiggjøring eller propaganda. Propaganda dreier seg om å få personer til å handle på visse måter, ved å henvende seg til deres følelser, og gjennom følelsene forsøke å påvirke deres ønsker og behov. Opplysning og myndiggjøring handler derimot om å sette den enkelte i stand til selv å velge, gjennom å gi kunnskap og appellere til fornuften, heller enn følelser (Elvebakken og Stenvoll 2008: 7). Det er ikke urimelig å slutte, selv før en inngående analyse, at mitt datamateriale har element av begge deler – det henvender seg både til lesernes følelser og fornuft. Uansett hva man kaller det er det nærliggende å tro at avsenderne har, i varierende grad, intensjoner om å forme folks kunnskap og oppfatninger. Så kanskje er det ikke refleksjoner av oppfatninger jeg ser, men intensjonale fremstillinger. Det er et uklarhetsmoment i forholdet mellom forståelsen avsenderne selv besitter, og hvordan de selv *velger* å fremstille hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten. Likevel er inntrykket at brosjyrene i stor grad reflekterer det som er den allmenne oppfatningen av hjerteinfarkt, mens tekstene fra Hjertelig hilsen i større grad er

preget av en bevisst og intensjonal fremstilling. Dette sier seg nærmest selv med tanke på at LHL har funnet det nødvendig å igangsette en kampanje for å utfordre det typiske synet på hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten.

En annen mulig feilkilde er at aktørene bak teksten de benytter seg samme primærkilde, og at perspektivet jeg avdekker bare er ett av flere mulige. Jeg anser dette som et begrenset problem da hjerteinfarkt er en biomedisinsk klart avgrenset sykdomsentitet, der kontroversene er få og små.

Det at jeg har gått både i bredden og dybden når det kommer til litteratur, og tidligere studier, av kjønn og sykdom generelt, og hjerteinfarkt spesielt, mener jeg gir meg en viss sikkerhet mot begge disse mulige fallgruvene. Det nyere elementet som blir introdusert i min oppgave er prestisjeperspektivet.

3.2.3.2 Gyldighetsområde – hva kan jeg si noe om og ikke?

For å vurdere en studies gyldighet må man i kvalitative studier vurdere hva man på bakgrunn av funnene kan, og ikke kan, si noe om og hvordan disse funnene relaterer til problemstillingen. I tillegg handler det om i hvilken grad funnene kan generaliseres, eller *overføres*.

Jeg har allerede argumentert for at teori, metode og data står til problemstillingen min, og i teorien skal kunne besvare de spørsmålene jeg stiller i denne oppgaven. Spørsmålet vil i så måte være hvorvidt jeg lykkes med dette. Det ligger i definisjonen av kvalitativ metode at i denne tilnærmingen er analysens kvalitet viktigere enn utvalgets størrelse (Silverman 2010: 54). Silverman (2010: 276) skriver at en vanlig fare i kvalitativ forskning er det han kaller *anecdotalism*. Med dette mener han at analysene inneholder kun noen få eksempler fra egen empiri, som man bygger hele sin analyse, og sine resonnement på. For å forhindre dette er det viktig med metodologisk bevissthet. Av denne grunn har valgt å utføre en empirinær analyse med mange eksemplifiserende tekstutdrag under hver kategori. Jeg har gått nitidig til verks i

analysen, og da tekstkorpus er relativt lite har jeg kunne gjennomgått det gjentatte ganger til ulike tidspunkt i prosessen. Dette vil bli gjort nøye rede for under neste delkapittel, der jeg går gjennom egen analyseprosess.

I denne sammenheng er det naturlig å si noe om hva man kan si noe om og ikke, når man legger et sosialkonstruksjonistisk perspektiv til grunn. Aronowitz (1999: 14?) sier at man blir fort utsatt for kritikk når man snakker om sosial konstruksjon når det kommer til medisin og sykdom. Han hevder at dette som oftest beror på en misforståelse av hva som menes med sosial konstruksjon av sykdom. Det er ikke snakk om at en sykdom utelukkende er en sosial konstruksjon og dermed arbitrær og illegitim. Premissene for denne tilnærmingen tilsier derimot at sykdomskonsepter er avhengig av, men ikke reduserbare til, sosiale faktorer (Aronowitz 1999: 14). Med dette in mente er det opplagt at jeg ikke kan, eller ønsker, å si noe om de biologiske og medisinske sidene ved hjerteinfarkt, og hvorvidt det i disse henseender er forskjeller mellom kvinnelig og mannlig hjerteinfarkt og hva som ligger i disse forskjellene. Det er ikke en sosiologs rolle å si noe om dette. Med det perspektivet jeg har, ser jeg på sykdom utover de biologiske prosessene som er knyttet til sykdom, og er interessert i samspillet med de andre faktorer som er med på å skape det bildet og oppfattelsene man har av en sykdom. Jeg ønsker å si noe om hvordan hjerteinfarkt forstås, særlig når det kommer til kjønn og prestisje, uavhengig av hvordan en mediserer, eller statistiker for den saks skyld, ville beskrevet virkeligheten. Som Album (2010: 256) sier, forskningsobjektet her er sykdommen utenfor kroppen.

3.2.3.3. Overførbarhet.

Hva man kan si noe om handler også om hvorvidt man kan si noe utover det spesifikke caset og datautvalget man stiller sine forskningsspørsmål om. Dette er et spørsmål om generalisering. Generalisering er, på lik linje med reliabilitet og validitet, et problematisert begrep innenfor kvalitativ forskning. I kvalitative studier, og kanskje særlig i forbindelse med case-studier snakker man heller om overførbarhet. «Overførbarhet innebærer en rekontekstualisering, ved at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, settes inn i en videre sammenheng» (Thagaard 2003: 184). Jeg har allerede vært inne på at noe med hensikten med et instrumentelt case-studie er at man skal kunne uttale seg utover det

spesifikke caset. Caset skal være et tilfelle av *noe*. Min ambisjon er å si noe mer generelt om hvordan kulturelle faktorer som kjønn og prestisje inngår i sykdomskonstruksjon. Derfor legger jeg også an til en bredere og mer grunnleggende forklaring på kjønningprosessen og dens seighet i diskusjonen min. Jeg finner også utbredt støtte til mine hovedfunn, i foreliggende studier og i teorier om sykdomskjønning.

3.3 Analyse

I kvalitative forskningsopplegg sikres kvaliteten gjennom en grundig og dokumentert analyseprosess. Forskeren må gjøre rede for hvordan man kom frem til sine resultater og for de valg som er tatt underveis (Thagaard 2003: 180).

Jeg har gjennomført en tematisk analyse. Temasentrerte analyser er basert på at tekstutvalgene sorteres og deles inn i temaer som forstås som sentrale i undersøkelsen. De to første analysekapitlene, kapittel 4 og 5, er empirinære, men ikke utelukkende deskriptive. Det består av det som kan kalles rike eller tykke beskrivelser (eks. Graue og Walsh 1998: 94). Det vil si at utover detaljrike beskrivelser, ispedd illustrerende eksempler, trekker jeg inn «umiddelbar» teori, noe som fremdeles holder tolkningene svært tett på datamaterialet. I diskusjonen, kapittel 6, går jeg nærmere inn på mulige teoretiske forklaringer. Teoretiske forklaringer kjennetegnes av at beskrivelsene er mindre lokale og de er heller tilfeller av noe enn av isolerte observasjoner (Graue og Walsh 1998: 95). Det er særlig her at jeg trekker inn mer generell kjønnsteori og forsøker å trekke noen større linjer når det kommer til sykdom, prestisje og kjønn. I det følgende skal jeg gjøre rede for den empirinære analysen, hvordan jeg valgte ut temaer og hvordan jeg gikk fram i analyseprosessen for å sikre kvaliteten.

Widerberg (2005: 126) skriver at man kan velge ut temaer enten basert på empiri eller teori. Emslie og Hunt (2009: 160) skriver at temabaserte analyser ofte blir kritisert for å være for empirinære. For å selv forhindre dette vurderer de sine egne temaer opp mot etablerte teorier. Som dem, endte jeg opp med å velge ut mine temaer basert på *både* empiri og teori. Fra starten av hadde jeg en veldig åpen tilnærming til dataene mine. Jeg ønsket først å finne ut hvilke tema som gikk igjen i materialet og hvorvidt de var gitt en sentral plass eller ikke i de

ulike tekstutvalgene. Selv om det er et eksplisitt mål med analysen å se etter kjønnsbaserte forskjeller, forsøkte jeg i utgangspunktet å se etter hvilke kjønnede forståelser av hjerteinfarkt jeg kunne avdekke på tvers av dataene. Etterhvert falt det seg naturlig med en sammenligning av de angivelig kjønnsnøytrale tekstene og de som rettet seg spesielt mot kvinner. Det var på mange måter dataen som styrte dette valget, da en del av forskjellene var påfallende.

Det aller første jeg gjorde var å gjennomgå hver tekst nøye og systematisk. Jeg markerte alt som syntes relevant, både der kjønn ble nevnt, og ikke nevnt. For å få en oversikt navngav jeg alle tekstene med initialer⁴. Mens jeg leste den første teksten noterte jeg ned de ulike temaene som ble tatt opp. Når jeg da leste neste tekst noterte jeg dens initialer ved hvert tema fra den første teksten som gikk igjen i denne. I tillegg føyde jeg til temaer på listen, som ikke var tatt opp i første tekst. Videre noterte jeg meg om temaet hadde sin egen overskrift og om det var skrevet spesielt mye eller spesielt lite om det. Slik gjorde jeg til alle tekstene var gjennomgått én gang. Da satt jeg igjen med en lang liste temaer som jeg hadde foran meg ved andre gjennomlesing. På den måten oppdaget jeg flere ganger at et tema var tatt opp likevel, men at jeg ikke hadde lagt merke til det første runden fordi det var nevnt så kort. Etter disse to hovedrundene gjennom materialet, satt jeg igjen med en rekke temaer som jeg igjen samlet i større kategorier. Hovedkategoriene var omtaler av selve *sykdommen* hjerteinfarkt og omtaler av *hjerteinfarktpasienten*.

Før jeg begynte med analysearbeidet, og et stykke inn i det, var jeg mest opptatt av sykdomskjønn og tenkte at prestisjeteorien var noe jeg kunne trekke som en del av den mer overordnede teoretiske diskusjonen. Men i dette arbeidet med å identifisere fruktbare og dekkende kategorier sneik prestisjen seg innpå som en langt mer tilstedeværende faktor enn jeg først antok. Jeg begynte etterhvert å se at de kriteriene for sykdomsprestisje som Album og Westin (2008) lister opp i sine arbeider i aller høyeste grad var å finne i mitt datamateriale. Og ikke bare det, de dekket så godt som alt som ble nevnt i datamaterialet mitt. Ikke at dette var så oppsiktsvekkende i seg selv da både informasjonsmaterialet og Album og Westin prøver å dekke de fleste sider ved en sykdom i sine beskrivelser og analyser. Det som gjorde at dette samsvaret stakk seg ut, var at kategoriseringen fort avdekket et mønster. De samme trekkene ved sykdommen hjerteinfarkt ble beskrevet forskjellig etter hvorvidt teksten rettet seg mot menn eller kvinner, og dette mønsteret kunne lett kobles til prestisjeteorien. Den

4 Hjerteinfarkt 1995: HG, Kvinner og hjerte- og karsykdommer 1995: KG, Hjerteinfarkt 2011: HN, Kvinner og hjerte- og karsykdommer 2011: KN, Å leve med hjertesykdom: LHL, Hjertelig hilsen: HH.

videre analysen strukturerte jeg dels etter prestisjeteoriens tre hovedkategorier: *sykdommen, dens typiske forløp og behandling* og *den typiske pasienten*. Men jeg valgte å holde meg til mine to opprinnelige hovedkategorier, sykdommen og pasienten, og betraktet dermed sykdommens *typiske forløp og behandling* som en del av *sykdommen*. Sykdommen hjerteinfarkt ble så delt inn i undertemaene: *årsaker, symptomer, diagnostisering, behandling og overlevelse*. Dette var temaer som gikk igjen i så godt som alle tekstene, samtidig som dette er temaer som er sentrale i enhver sykdomsforståelse, og som er nevnt som viktige prestisjeindikatorer (Album 1991, Album og Westin 2008).

Undertemaene i kategorien *den typiske pasienten* kom ikke til i en like strømlinjeformet prosess. Album og Westin (2008) skriver at den typiske pasientens kjønn er viktig når det kommer til en sykdoms prestisje, men de presiserer ikke hvorvidt de mener *typisk* i form av frekvens eller i form av oppfattelse. Det er jo et poeng og et premiss i denne oppgaven at frekvens og oppfattelse ikke nødvendigvis samsvarer. Det ligger i problemstillingens kjerne at svaret til den typiske pasientens kjønn ikke simpelthen er mann eller kvinne. Her valgte jeg derfor å både se etter hvilket kjønn som ses på som typisk og å se etter hvilke forståelser av feminitet og maskulinitet, sett i relasjon til sykdom, som kom til uttrykk. Jeg noterte meg alt jeg tolket som et uttrykk for noe mannlige eller kvinnelige, både når kjønn var nevnt og når det ikke var nevnt. Jeg gikk flere runder med ulike kategorier, der de jeg endte opp med syntes som de mest dekkende for empirien og mest interessante sett i sammenheng med den kjønnsteorien og de historiske tekstene jeg hadde lest. Jeg endte opp med å dele opp kategorien *den typiske pasienten* i underkategoriene: *fysiske, emosjonelle og relasjonelle* forhold. Dette er altså ikke noe som omtales direkte i prestisjeteorien, men som er typiske omdreiningspunkter innen kjønnsteori og -forskning. Videre syntes oppdelingen være dekkende for empirien. Igjen kom altså kategoriseringen til gjennom et samspill mellom empiri og teori.

Thagaard (2003: 154) skriver at for å oppnå en helhetlig forståelse av hvert tema, må man analysere utsnittene av teksten i forhold til sammenhengen teksten er en del av. Når kategoriene var etablert samlet jeg alle sitatene jeg hadde tatt vare på fra første runde inn under den kategorien den hørte til. På den måten fikk jeg dannet et helhetsbilde av hva som for eksempel ble omtalt som årsaker til hjerteinfarkt, samtidig som jeg kunne plukke ut de sitater jeg synes passet best for å illustrere tendensene. Jeg så altså etter tendenser og mønster,

men har fortløpende kommentert brudd på det entydige.

Widerberg (2001: 164) skriver at det som utmerker kvalitativ forskning er at det gir oss ny forståelse om noe. Vi ser etter noe nytt i det gamle, eller vi ser noe vi ikke har sett før i det hele tatt. Intensjonen er da snarere å generere teori enn å belegge teori. Tidligere har jeg vektlagt at foreliggende studier bygger opp under mine funn, men dette gjelder hovedsakelig kjønn og sykdom. Prestisjeteorien er relativt lite utforsket, og det er særlig kombinasjonen av søken etter kjønn og prestisje i en sykdomsentitet som representerer det nye og teorigenererende i min oppgave. I teoribyggende forskning bør litteraturgjennomgang være en konstant prosess (Graue og Walsh 1998: 103), og slik var det også for meg. Jeg gikk relativt bredt ut når jeg leste meg opp i forkant av analysen. Jeg leste ulike generelle teorier om kjønn og om sosial konstruksjon av sykdom, tidligere studier om hjerteinfarkt og kjønn, kjønn og sykdom i historisk perspektiv og både studier og teorier om sykdomsstigma og -prestisje. Jeg var opptatt av å orientere meg på feltet, for så å snevre inn lesningen noe. Underveis i analysen vekslet jeg mellom å lese litteraturen jeg hadde samlet inn, søke etter ytterligere litteratur og fokusere på empirien. Noen av de mest sentrale litteraturbidragene leste jeg mange ganger i løpet av oppgaveløpet, og fant stadig noe av interesse som brakte meg videre i prosessen.

Det jeg finner i denne oppgaven kan ses som en puslespillbrikke i svaret på hvordan sykdomskjønn foregår og hvilket fenomen sykdomsprestisje egentlig er. Dette er også et viktig poeng med forskningsresultater fra kvalitativ forskning. Man må se på det mindre som et svar og heller som et forsøk på vekke flere spørsmål (Silverman 2010: 36), i dette tilfellet, rundt kjønn, sykdom og prestisje.

3.4 Forforståelse

Forforståelsen man går inn i en studie med kan komme både fra tidligere forskning, ens egen og andres, fra forskerens personlige ideologi og fra såkalte commonsensiske antakelser (Haavind 2000: 181). Da jeg ble spurt om å bli med på «prestisjeprosjektet» hadde jeg en viss kjennskap til Albums prestisjeteori gjennom annen undervisning. Før jeg kom i gang med egen oppgave jobbet jeg også som vitenskapelig assistent på prosjektet, og fikk på den måten

fordypet meg enda mer i resultatene fra de foreliggende studiene om sykdomsprestisje. Samtidig var kunnskapen og svarene om sykdomsprestisje få på dette tidspunkt, så hvilket type fenomen dette er var uklart. Det som syntes klart var at sykdomsprestisje var noe som ble lært bort, men ikke eksplisitt, at det var et fenomen som lå i sykehuskulturen, ja nærmest i sykehusveggene, som man etterhvert som man fikk erfaring tilegnet seg. Jeg antok at kjønning av sykdom fungerer på mye av den samme måten. Samtidig var jeg overbevist om at dette også var noe vanlige folk kunne sett ord på om de ble spurt. Som lekperson «vet» jeg selv at hjerteinfarkt er en finere sykdom enn astma, og jeg «vet» at psykiske lidelser ikke blir ansett som prestisjefylte. Noe av dette er direkte satt ord på gjennom det offentlige ordskiftet, og jeg har plukket det opp der fra. Andre ting kan bare tilskrives en *ubestemt visshet*. Kjønning av sykdom hadde jeg lite faglig innsikt i, men med kjennskap til kjønningbegrepet og faglig bakgrunn innenfor kjønnteori var dette et konsept jeg likevel følte meg fortrolig med. Jeg visste at hjerteinfarkt ble oppfattet som en mannssykdom, mye fordi jeg selv også gjorde det, og var ikke klar over statistikkene rundt dette før jeg begynte å lese meg opp. Med den faglige kjønnteoretiske ballasten er det lett å se kjønnede betydninger der andre ikke ser de. Samtidig bekymret jeg meg litt på forhånd for hvorvidt jeg ville finne sykdomskjønning i datamaterialet mitt. Jeg antok at dette er tekster som er nøye gjennomtenkt, og at aktørene bak er bevisst sin ordbruk, særlig de som har spesielt fokus på bevisstgjøring rundt kvinner og hjerteinfarkt. Bekymringene viste seg å være grunnløse og jeg ble overrasket over hvor opp i dagen mange av de kjønnede betydningene lå. Generelt, både i mitt datamateriale og i tidligere studier, var det oftest dette som var reaksjonen. At jeg ble overrasket over hvor tydelig kjønningen var og hvilke alvorlige konsekvenser det av og til kunne få. Jeg mener meg derfor ganske trygg på at jeg ikke har lest kjønn inn der det ikke finnes. Dette bringer meg over i neste punkt, etiske betraktninger.

3.5 Etikk

I tekstanalyse er de etiske problemstillingene færre enn de ville vært i et intervju- eller observasjonsstudie, men det er likevel noe som er verdt å være seg bevisst også i denne sammenheng. Mitt datautvalg består av offentlig tilgjengelige tekster, og de er produsert uten tanke for å bli gjort til forskningsobjekt. Bak disse tekstene står det noen aktører. De har sin intensjonalitet, men de kjønnede betydningene jeg analyserer frem er ikke nødvendigvis en del av denne. Det er opplagt at tidvis gjør de kjønn synlig i sine tekster, men ofte finner jeg kjønn mer skjult i disse tekstene. Det er fordi det er utilstrekkelig å søke etter betydningen av

kjønn der kjønn eksplisitt gjøres til en faktor eller en forklaringsvariabel (Haavind 2007: 209). Noe av formålet med kvalitativ forskning er å finne det usynlige i det synlige. Dette innebærer at jeg vil finne meninger og oppfatninger som kanskje ikke avsenderne vil kjenne seg igjen i. Jeg prøver derfor å gjøre det klart at jeg ikke er ute etter å avdekke noens skjulte agenda, men heller avdekke de oppfatninger som er en del av alles, også avsenderne av det offentlige informasjonsmateriellet, forståelse av hjerteinfarkt, kjønn og enda mindre tydelig: prestisje.

4 Hjerteinfarkt, dets typiske forløp og behandling.

Album og Westin deler faktorene som påvirker en sykdoms prestisje inn i tre hovedkategorier: *sykdommen og dens typiske forløp, sykdommens typiske behandling og den typiske pasienten*. Det virker derfor som fruktbart å bruke denne inndelingen som et analytisk rammeverk når jeg skal undersøke hvordan sykdommen hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten forstås i mitt tekstmateriale. Som Album og Westin (2008) selv bemerker må ikke denne inndelingen forstås som noe annet enn analytisk. Disse kategoriene overlapper, og det finnes ingen entydig retning av forholdet mellom årsak og effekt. Dette kapitlet vil være empirinært og systematisk følge det analytiske rammeverket. I oppgavens neste kapittel, diskusjonen, vil jeg binde sammen de ulike delene til et hele og forsøke å løfte blikket ved hjelp av en større teoretisk diskusjon.

Den korte definisjonen på et hjerteinfarkt er så godt som ordrett likt i alle mine tekster, og ser omtrent slik ut:

Et hjerteinfarkt innebærer at en del av hjertemuskelen blir ødelagt på grunn av manglende oksygentilførsel (HN).

Det er ikke i denne typen beskrivelser vi best får øye på hvordan sykdommen forstås. Sykdommens karakter kommer klarere til uttrykk gjennom en rekke andre elementer, blant annet de Album og Westin (2008) foreslår i sin artikkel. Årsaker, symptomer, diagnose, behandling og dødelighet er sentralt.

4.1 Årsaker.

Årsaker er viktig for vår sykdomsforståelse. Sykdommer blir gjerne klassifisert, identifisert og definert utfra sine årsaker, og når vi finner nye årsaker er dette med på å endre eller skape sykdommer (Hofmann 2008: 51). Årsaker er altså sentrale i vår oppfattelse av hvilken type sykdom det er snakk om. Er sykdommen for eksempel en som «rammer blindt» eller forårsakes det av pasientens egne dårlige livsstilsvalg? Sistnevnte er blant annet med på å trekke ned sykdommens prestisje.

Alle tekstene nevner i stor grad de samme årsakene til hjerteinfarkt, men det noe variasjon i

omtale og hvilken plass de vies. Hvilke årsaker som nevnes, hvilke som fremheves som de viktigste og hvilke som anses som sikre og usikre årsakssammenhenger i mitt tekstmateriale kan si noe om i hvilken type sykdom hjerteinfarkt er, og særlig noe om i hvilken grad sykdommen oppfattes/fremstilles som selvforskyldt eller noe som er utenfor den enkeltes kontroll.

I alle tekstene gis risikofaktorer en stor plass. Disse inkluderer for eksempel andre sykdomsforhold, kosthold, røyking og fysisk inaktivitet, og kan dermed sies å være årsaker på de to første nivå. Dette fordi både indre biomedisinske tilstander som høyt blodtrykk og høyt kolesterol, og atferdsmessige kategorier som pasientens aktivitetsnivå og kosthold nevnes i samme setning.

Forskerne har funnet en rekke forhold som øker risikoen for angina og infarkt. Disse kalles kort og godt risikofaktorer. Høyt kolesterolinnhold i blodet, høyt blodtrykk, røyking, lite fysisk aktivitet, overvekt (særlig rundt magen), sukkersyke, stress og arvelige faktorer er mest kjent(LHL).

En påfallende variasjon i datamaterialet er at disse risikofaktorene i større grad presenteres direkte som årsaker i de kvinnespesifikke tekstene ved at de omtales under en felles overskrift «årsaker» og blir beskrevet over flere sider. Når det skrives om årsaker i det generelle tekstmateriale gjøres det kort, og de sentrale risikofaktorer blir listet opp og omtalt over et fåtall setninger, som eksempelet over. Likevel blir de samme faktorene gjort like grundig rede for i disse tekstene som i de som er spesifikt rettet mot kvinner, men da i en annen kontekst. Da presenteres de som tiltak den enkelte kan gjøre for å *bli frisk* og særlig for å redusere sjansen for å få et *nytt* infarkt.

Et annet betydelig skille mellom de generelt rettede tekstene og de som er rettet mot kvinner er hvordan psykiske årsaksfaktorer, stress og depresjon, behandles. Stress som risikofaktor vektlegges i ulik grad og settes inn i ulike sammenhenger i de ulike tekstene. Noen steder nevnes det som en *mulig* risikofaktor, mens andre steder har det en mer sentral plass.

Fordi stress påvirker oss forskjellig vet vi ikke hvilken direkte sammenheng det er mellom stress og hjertesykdommer, men det er enighet om at stress kan medvirke til at sykdommen bryter ut (LHL).

En liten dose er normalt og bra, men for mye og langvarig stress som ligger utenfor ens kontroll, kan være skadelig for hjertet (...) Kvinner er oftere deprimerte enn menn. Depresjon kan gi økt risiko for hjertesykdom, men hjertesykdom kan også forårsake en depresjon. Med stress og depresjon følger også ofte usunne leve- vaner som røyking, dårlig kosthold og inaktivitet, slik at det blir dobbel påvirkning på hjertet (KN).

I den kvinnespesifikke brosjyren og hjerte- og karlidelser fremstår stress som en sentral risikofaktor da den har en egen overskrift. Videre vektlegges den ytterligere, som det fremkommer av det andre eksempelet, ved at stress skrives om som både direkte og indirekte risikofaktor, gjennom dårlig livsstil. Resultatet av dette er inntrykket av at stress som risikofaktor er mer sentral når det kommer til kvinner enn til menn. Videre skrives det, som eneste sted, i det andre tekstutdraget her om depresjon som risikofaktor. Psykiske årsaksfaktorer inngår i det som Album og Westin (2008) beskriver som ikke-objektive sykdomstegn. Psykiske lidelser ligger nederst i prestisjehierarkiet. Det er ikke slik at hjerteinfarkt forstås som psykisk lidelse, men det er nærliggende å anta at når en sykdom kobles til psykiske plager, vil det på generell basis være med på å trekke ned dens prestisje og legitimitet.

Ved å studere hvordan årsaker til hjerteinfarkt forstås i tekstene mine danner det seg ikke et enhetlig og tydelig bilde. Ulike årsaker trekkes inn, men mest vektlegges de ulikt, uavhengig av målgruppe for teksten. Likevel er det noen mønstre i ulikheten som kan knyttes til kjønn. Når tekstene henvender seg direkte til kvinner settes livsstilsfaktorer mer direkte inn i en årsakssammenheng. Dette gir et inntrykk av at hjerteinfarkt i utstrakt grad er selvforskyldt. Så selv om det skulle være slik at hjerteinfarkt, uansett kjønn, statistisk sett kunne knyttes enkeltpersoners dårlige livsstil, er det i de kvinnespesifikke tekstene at dette kommer tydeligst til uttrykk. Dette inntrykket forsterkes ved at de generelle tekstene henvender seg til de som allerede har fått et hjerteinfarkt. Dette kan tolkes dithen at hjerteinfarkt fremstår en mer uunngåelig sykdom i disse tekstene enn i de kvinnespesifikke tekstene, der det fokuseres i langt større grad på forebygging. Psykiske risikofaktorer som stress og depresjon vektlegges i større grad i de kvinnespesifikke tekstene og gir et inntrykk i retning av en psykosomatisk lidelse, og dermed en litt mer diffus lidelse.

4.2 Symptomer.

Symptomer er subjektive tegn på sykdom, og er noe av det som skiller det normale fra avvikene altså hva som i det hele tatt kan forstås som sykdom (Hofmann 2008: 19). Med denne logikken vil for eksempel symptomenes tydelighet kunne ha noe å si for i hvilken grad en tilstand blir oppfattet som sykdom eller ikke. Hvorvidt symptomene er akutte eller vokser mer frem over tid, hvorvidt de er tydelige og spesifikt knyttet til et organ eller en kroppsdel eller ikke har dermed mye å si for hvordan sykdommen oppfattes, og hvilken grad av prestisje som knyttes til den. Sykdommer uten såkalte objektive diagnostegner er generelt tillagt lav prestisje (Album og Westin 2008). Dette er symptomer som ikke er knyttet direkte til et spesifikt organ eller kroppsdel, enten som såkalt uspesifiserte smerter eller som psykiske symptomer.

Mitt tekstmateriale viser bredde når det kommer til hvordan symptomer på hjerteinfarkt forstås. Mange av de samme symptomene går igjen i alle tekstene men det varierer noe hvilke som betegnes som vanlige, typiske, andre eller sjeldne. Det vises uansett alltid til en slik distinksjon mellom symptomer, og blir av og til gjort med henvisning til kjønn, men ofte ikke.

Typiske symptomer på hjerteinfarkt er smerte, vanligvis lokalisert midt i brystet. Smerten kan stråle ut i armer, rygg, mave og opp i kjeven (...). Smerten blir karakterisert som klemmende eller sviende, og er ofte sterk og vedvarende (HN).

Det vanligste symptomet (...) en trykkende, klemmende, sammensnørende eller sviende fornemmelse eller smerte midt i brystet. Smerten kan også stråle opp mot halsen eller kjeven, ut i venstre arm, noen ganger i begge armene eller bak i ryggen (KN).

Alle tekstene omtaler også symptomer som er mindre vanlige eller sjeldne:

Andre symptomer kan være tungpustethet, kvalme, oppkast, kaldsvette eller angst (HN).

Disse beskrivelsene av symptomer, som er hentet både fra de kjønnsnøytrale brosjyrene og de som retter seg spesifikt mot kvinner, refererer stort sett ikke til kjønn. De gjengir hva som er vanlig og mindre vanlig, og det som oftest blir nevnt som et vanlig symptom er sterk smerte midt i brystet. Dette gjelder både for de generelle og de kvinnespesifikke tekstene. Men det finnes også hyppige referanser til symptomer som knyttes eksplisitt opp til kvinner:

Kvinner har ofte mer diffuse symptomer som tretthet, andpustenhet, svetting, kvalme, oppkast, samt smerter i nakke, armer og skuldre (LHL).

Disse symptomene blir posisjonert som annerledes, som noe som avviker fra normen. Menns symptomer blir de typiske, som kvinners symptomer skiller seg fra:

Kvinner har andre og svakere symptomer (...) enn menn (HH).

Mannen blir også ytterligere gjort til normen gjennom sitat som dette:

Kvinner har for eksempel oftere symptomer som tretthet, kortpustethet og kvalme. Dette kan du lese mer om i Nasjonalforeningen for folkehelses brosjyre ”Kvinner og hjerte- og karsykdommer» (HN).

Noen av de «kvinnetyperiske» symptomene blir nevnt her, men ved at det vises til ytterligere informasjon i en annen brosjyre signaliseres det tydelig at denne kjønnsnøytrale brosjyren tar opp de mest typiske forhold, og det som karakteriseres som mest typisk er mannens symptomer. Når man sammenholder de kvinnespesifikke symptomene og med symptomene som henholdsvis blir fremstilt som vanlige og mindre vanlige, ser man at det er stor overlapp med sistnevnte. Kvalme, angst, uro og smerter andre steder enn i brystet er blant det som blir karakterisert som mindre vanlige symptomer, men også blant det som blir karakterisert som vanlige symptomer for kvinner. I tillegg til at det som klassifiseres som kvinnesymptomer, karakteriseres som atypisk, blir ofte disse symptomene også referert til som *uspesifikke og diffuse*, i motsetning til den karakteristiske sterke brystsmerten.

Som i omtalen av årsaker får også her psykiske forhold en spesiell stilling. I kvinnesammenheng refereres det ikke bare til fysiske symptom men også til ting som «psykiske belastninger» og «urofølelse». Angst nevnes også som et symptom i en av de generelle brosjyrene. Men det benevnes da som et mindre vanlig symptom og i samme setning som en rekke andre symptomer som er lett gjenkjennelige blant de typiske kvinnesymptomer:

Andre symptomer kan være tungpustethet, kvalme, oppkast, kaldsvette eller angst (HN).

Ved gjennomgang av symptomer kommer det til syne en gjennomgående, ganske eksplisitt, andronormativitet i beskrivelsene. Med det mener jeg at mannen gjøres til normen i omtale av symptomer. Hans symptomer er de mest typiske, eller prototype for hjerteinfarkt. Den mannlige pasienten har klarere og mer objektive sykdomstegn. Kvinnens symptomer avviker ikke bare fra mannens, de blir også klassifisert som diffuse eller vage. At det knyttes i større grad opp til psykiske symptomer når det snakkes om kvinners symptomer er med på å underbygge dette. Skillet mellom frisk og syk er dermed mindre når det snakkes om

hjerteinfarkt hos kvinner, samtidig som skillet mellom den mannlige og kvinnelige hjerteinfarktpasienten kommer relativt tydelig fram.

4.3 Diagnostisering og behandling.

En kilde til at en tilstand faktisk blir oppfattet som sykdom er at noe kan gjøres med den (Hofmann 2008: 21). Videre skriver Album og Westin (2008) at sykdommer som krever aktiv og rask medisinsk behandling ofte vil være en prestisjefylt sykdom. En sykdom med dramatisk og relativt kort handlingsforløp rangeres høyere i prestisjehierarkiet, uavhengig av hvorvidt resultatet er død eller overlevelse. Samtidig vil helbredelse som følge av et medisinsk inngrep påvirke sykdommens prestisje i positiv retning. (Album og Westin 2008). I tekstene mine står det om ulike behandlingsmetoder, samt retningslinjer i forhold til når helsevesen må kontaktes og behandling iverksettes.

I noen av tekstene mine var det et ganske talende skille når det kom til hva som legitimerer å kontakte helsevesen.

Ring alltid 113 når hjertet slår alarm. Om du opplever kraftige brystmerter som varer i mer enn fem minutter, skal du kontakte lege straks (...). I dag starter ofte diagnostisering og behandling av hjerteinfarkt i ambulansen. (...) Sekundene teller! (HN).

Formuleringen «når hjertet slår alarm» antyder at hjertet gir tydelige signaler på at det er noe alvorlig på ferde og at medisinsk hjelp er nødvendig. Dette samsvarer med fremstillingen av symptomer som klare og distinkte brystmerter. Den tredje setningen viser til hvordan behandling blir satt i gang allerede i ambulansen, og utropet «sekundene teller!» understreker totalinntrykket av at det er snakk om en svært akutt, smertefull tilstand som snarest må under medisinsk behandling. Selv om fremstillingsmåten og deler av ordlyden i utdraget hentet fra en tekst som retter seg mot kvinner er veldig lik, er det likevel avgjørende forskjeller:

Ring 113 hvis du får kraftige vedvarende smerter i brystet som ikke gir seg etter to nitroglycerintabletter med ti minutters mellomrom, særlig hvis du samtidig er kvalm, kaldsvetter eller besvimer. Dette kan være tegn på et hjerteinfarkt. Pasienter med hjerteinfarkt må raskt på sykehus fordi effektiv, moderne behandling reduserer risikoen for å dø eller få varig skade i hjertet. Minuttene teller, så nøl ikke med å ringe etter ambulanse (KN).

I dette utdraget opplever pasienten «smerter i brystet». Videre skrives det at disse smertene, sammen med en del andre symptomer, «kan være tegn på» hjerteinfarkt. Mens hjertet i det første utdraget slår alarm, er det her mer eller mindre tydelige signaler som må tolkes. Videre er det snakk om sekunder i det første utdraget mens det i det andre utdraget er minuttene som teller. Brystmerter i fem minutt legitimerer kontakt med helsevesen i det første utdraget, mens pasienten i det andre utdraget blir oppfordret til å ta medisiner, med ti minutters mellomrom, før hun ber om medisinsk hjelp. Hovedinntrykket når man sammenligner disse to utdragene er at det er en mindre akutt situasjon som beskrives i det siste.

Hvordan diagnostisering foregår og hvor enkelt det gjøres sier også noe om hvilken type sykdom det er.

Samtale og undersøkelser vil avklare hvilke risikofaktorer som er tilstede. Ut i fra familiehistorie, risikofaktorer og symptomer, vil legen vurdere om det er aktuelt å henvise til videre utredning. En viktig undersøkelse er en belastningstest der det tas EKG (KN).

I dag starter ofte diagnostisering og behandling av hjerteinfarkt i ambulansen (HN).

Det første utdraget er ordnet under en egen overskrift «Diagnose», og det står skrevet i større detalj hvordan en utrednings- og diagnostiseringsprosess foregår, enn i teksten det andre utdraget er hentet fra. Forskjellen mellom disse to utdragene er ganske beskrivende for tekstmaterialet mitt når det kommer til diagnostisering. For det første fremstår en diagnostiseringsprosess som mer komplisert og langvarig i det første enn i det andre tilfellet. Både samtale og ulike undersøkelser er nødvendig før legen i det hele tatt kan henvise til videre utredning. Diagnostisering og behandling i ambulansen peker både på at det er en akutt sykdom, der rask behandling er essensielt. Videre forutsetter en slik rask diagnostisering at hjerteinfarkt er en sykdom som enkelt kan tydes på bakgrunn av dens symptomer.

Også hvilken type behandling som fremstilles som den beste sier noe om denne sykdommens art. Prestisje knyttes til sykdom etter hvor aktiv og rask medisinsk intervensjon er, særlig ved bruk av medisinsk teknologi (Album og Westin 2008). Følgende sitat fra LHL oppsummerer de ulike behandlingsmåtene som presenteres i mitt datamateriale:

«D(d)isse fire behandlingsmåtene er aktuelle: Medikamenter, ballongbehandling, operasjon og hjertevennlig levesett (LHL).

I tekstene mine nevnes i all hovedsak medikamentbehandling og operasjon først.

B(b)ehandles ved å gjenopprette eller bedre blodforsyningen til hjertemuskelene. Dette kan skje gjennom behandling med medisiner, ”utblokking” (ballongdilatasjon, PCI) eller ved bypassoperasjon. I tillegg er pasientens egeninnsats i form av endret livsstil en viktig forutsetning for et vellykket resultat (KN).

Hvordan medisinsk behandling og egeninnsats posisjoneres i forhold til hverandre er viktig i denne sammenheng. Dette med egeninnsats som et tillegg forsterket ved at det ikke ble nevnt under overskriften «Behandling»:

I tillegg til å ta i mot behandling og medisiner som legen foreskriver, kan alle forbedre sin helse ved å legge om livsstilen HN.

Disse utdragene representerer det gjennomgående inntrykket i materialet. I de generelle tekstene ble medisinsk behandling fremhevet til fordel for egeninnsats og i de kvinnespesifikke tekstene var det en større tendens til det motsatte forhold. Dette var det flere indikatorer på. For det første var det i de generelle tekstene viet mange sider til å omtale de ulike medikamentene som kan være aktuelle ved hjerteinfarkt, men dette var det ikke i de kvinnespesifikke tekstene. For det andre var det visse unntak fra det allerede nevnte dominerende trekk ved tekstene at medikamenter og operasjoner ble nevnt først under «behandling», og disse unntakene var alle tilknyttet kampanjen hjertelig hilsen:

Medisiner er i hovedsak laget for menn og virker annerledes på kvinner (HH).

Og under overskriften «Slik får du et friskt hjerte» følges det på:

1. La deg sjekke regelmessig 2. Opp av sofaen 3. Stump røyken 4. Spis hjertevennlig (HH).

Her er inntrykket at medisinene virker dårligere på kvinner, iallfall at det er en usikkerhet knyttet til medikamentbehandling på kvinner. Det kan tolkes som at dermed er det egeninnsats som presenteres som den sikreste behandlingsformen.

Når det er snakk om medikamentbehandling blir menn igjen gjort til normen, og kvinner unntaket eller avviket. De generelle tekstene vektlegger medisiner uten å henvise til kjønn. Når det snakkes om kjønn og medisiner er det kvinner, og hvordan eksisterende hjertemedisiner ikke nødvendigvis vil gjøre samme nytten hos kvinnelige hjertepasienter.

Det er ikke bare ved å vektlegge egeninnsats at det er mer langsiktige behandlingsformer som fremheves i de kvinnespesifikke tekstene:

Forskning har vist at hjerterehabilitering minsker faren for nye hendelser og reduserer dødelighet. Kvinner som deltar på hjerterehabilitering, har minst like godt utbytte som menn (KN).

Beskrivelsene av rehabilitering står i kontrast til beskrivelsene av behandling i ambulansen og operasjoner av ulikt slag. Behandling i ambulansen gir assosiasjoner til en svært akutt sykdom, mens rehabilitering ofte forbindes med noe varig eller til og med kronisk.

Gjennom å analysere det som skrives om diagnostisering og behandlingsform fremkommer det nok en gang et splittet bilde av hvilken sykdom hjerteinfarkt er. Hjerteinfarkt fremstår som mer akutt når menn rammes. Diagnostisering haster slik at man fortrest mulig kan komme i gang med medisinsk behandling, gjerne i form av operasjon. Hos den kvinnelige hjerteinfarktpasienten derimot er diagnostisering en mer krevende og langvarig prosess. Egeninnsats som behandling og vektleggelse av den store nytten man kan ha av et lengre rehabiliteringsopphold, gir et inntrykk i retning av kronisk, heller enn en akutt sykdom. En sykdoms behandlingstid er med å påvirke dens prestisje. Lang behandlingstid er negativt for sykdommens prestisje, mens rask behandling er positivt (Album og Westin 2008: 186).

4.4 Helbredelse, leveutsikter og dødelighet.

Dødelige sykdommer har høyere prestisje enn de som er mindre farlige, men i størst grad om det er snakk om en dødelig sykdom der man har de medisinske hjelpemidler som må til for å redde pasienten (Album og Westin 2008: 187). Når det kommer til død og overlevelse i mitt datamateriale, er alle tekstene preget av optimisme. Det skrives lite om dødelighet, stort sett kun i sammenhenger der budskapet er at man må være klar over at også kvinner kan dø. Men det skrives en del om overlevelse:

Ikke glem at dersom du tar de nødvendige forholdsreglene, er hjerteinfarkt en sykdom du blir frisk av. Har du først kommet deg gjennom den akutte hjerteinfarktfasen er leveutsiktene gode (HN).

Med god innsats fra deg selv, kan hjertesykdom bli en tilstand du kontrollerer, og ikke en tilstand som kontrollerer deg (KN).

Disse to sitatene er hentet fra henholdsvis en kjønnsnøytral og en kvinnespesifikk tekst og er illustrerende for vinklingen i resten av datamaterialet. Begge viser til en alvorlig sykdom som man kan bekjempe, men ordvalgene er derimot svært forskjellig når det snakkes om *hvor* bra

man kan bli. I det første eksempelet omtales hjerteinfarkt som «en sykdom du blir frisk av», mens det i det andre eksempelet snakkes om hjertesykdom generelt som «en tilstand du kontrollerer». I de kjønnsnøytrale tekstene, fremstår altså hjerteinfarkt som en sykdom man kan kureres for, man blir helt frisk. Mens i de kvinnespesifikke tekstene kan man ikke, selv med god egeninnsats, forvente mer enn å kontrollere sykdommen. Den blir beskrevet som en tilstand, og antyder dermed noe mer varig.

4.5 Oppsummering: sykdommen.

Ved å gå systematisk gjennom alle tekstene som hver og en tilbyr, iallfall deler av, sannheten om hjerteinfarkt fremkommer det ikke et enhetlig bilde. Det blir tydelig at i de kjønnsnøytrale tekstene gjøres mannen til normen og kvinner til avviket. På den måten er det som om to ulike varianter av hjerteinfarkt beskrives: det mannlige og det kvinnelige hjerteinfarkt. Det mannlige hjerteinfarkt fremstår som svært dramatisk og akutt, med distinkte symptomer. Det må møtes med rask diagnostisering og behandling. Til tross for alvorlighetsgraden er likevel dette en sykdom man kan bli helt frisk av ved hjelp av medisinsk behandling og egeninnsats. Det kvinnelige hjerteinfarkt er også alvorlig, men ikke like akutt, dramatisk og tydelig. Til tross for at sykdommen fremstår som mindre alvorlig i denne henseende er det likevel ikke en sykdom man nødvendigvis kan forvente å bli helt frisk fra. Dette på sin side igjen antyder det kvinnelige hjerteinfarkt som en langvarig, nærmest kronisk, tilstand. Disse beskrivelsene på sin side sammenfaller i høy grad med Album og Westins (2008) beskrivelser av henholdsvis en sykdom med høy prestisje og en sykdom med lav prestisje.

5 Den typiske hjerteinfarktpasienten.

I tekstmaterialet beskrives også hjerteinfarktpasienten. Målet med denne delen av analysen er å avdekke hvordan den typiske hjerteinfarktpasienten forstås, og å vise hvor tett forestillinger om kjønn og sykdom er knyttet, også i mitt datamateriale. Forståelsen av den typiske pasienten er også med på å si noe om hvilken type sykdom hjerteinfarkt forstås som. I analysens forrige del avdekket jeg et kjønnsbasert skille i hvordan hjerteinfarkt oppfattes eller konstrueres som sykdom i offentlig informasjonsmateriell. Det er dermed nærliggende å forvente at bildet av den typiske hjerteinfarktpasienten også er splittet. Album og Westin (2008) identifiserer sykdommens typiske pasient som én av faktorene som er med på å skape en sykdoms prestisje. Relevante trekk ved pasienten knyttes til generelle trekk som alder, sosial posisjon og kjønn, men også til hva selve sykdommen gjør med pasienten. Det vil for eksempel si om man blir invalid eller deformert på noe vis, og i hvilken grad man blir hjelpeløs og avhengig av langvarig pleie.

Den typiske pasientens kjønn vil bli den sentrale faktoren her, og de andre forholdene vil inngå som deler av analysen av den typiske pasientens kjønn, heller enn å representere selvstendige kategorier. Dette er fordi den typiske pasientens kjønn er et mer komplekst spørsmål i dette tilfellet enn for eksempel ved brystkreft, som er kjønnnet som kvinnesykdom både i biologi, epidemiologi og symbolsk betydning. Som allerede gjort rede for er hjerteinfarkt biologisk, epidemiologisk og etiologisk en nærmest kjønnsnøytral sykdom, men den blir likevel i hovedsak oppfattet som mannesykdom.

Gjennom informasjonsmaterialet som retter seg mot hjerteinfarktpasienter og potensielle hjerteinfarktpasienter, fortelles det nærmest en historie om opplevelsen av sykdomsforløpet og hvem pasienten er. Historien dekker forhold ved pasienten før han/hun blir pasient, under sykdomsepisoden og i etterkant av hjerteinfarkt. Jeg har valgt å organisere denne delen av analysen etter tre temaer: fysiske-, emosjonelle-, og relasjonelle forhold. Dette valget er basert på en sammenholdelse av empiri og teori. Dette er de kategoriene som syntes mest talende for å få dekket all omtale av hjerteinfarktpasienten som finnes i mitt materiale. Samtidig er dette teoretisk meningsfylte kategorier når det kommer til å analysere kjønnsforskjeller. Det er nok en gang viktig å presisere at dette er utelukkende analytiske kategorier. Det er tette

sammenhenger og tidvis direkte overlapp mellom disse. Sex er for eksempel et slikt undertema som rommer både det fysiske, emosjonelle og relasjonelle i det foreliggende datamaterialet. Dette temaet vil derfor bli behandlet i alle kategoriene.

5.1 Fysiske forhold.

Fysiske forhold ved pasienten har jeg definert til å omfatte atferdskategorier som kosthold, fysisk aktivitet, røyking og sex, men også vekt, smerter, deformering og andre kroppslige forhold.

5.1.1 Sunn livsstil og overvekt.

Fysisk aktivitet og kosthold vies mye omtale i datamaterialet, og det fremgår klart og tydelig at dette er ting som er en viktig del av forståelsen av hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten. Dette er faktorer som omtales både i forebyggings-, behandlings- og årsakskontekst. I denne sammenheng er det mest relevante hva som kan sies om den typiske hjerteinfarktpasienten utfra disse beskrivelsene, uavhengig om det er snakk om pasienten før, under eller etter hjerteinfarkt.

Det er gjennomgående de samme rådene som gis til hjerteinfarktpasienten, eller den potensielle hjerteinfarktpasienten, i datamaterialet. Det oppfordres til et sunt kosthold og det gis helt konkrete råd til hvilke matvarer som er de beste for hjertet. Det samme gjelder fysisk aktivitet, der det særlig oppfordres til økt hverdagsaktivitet. Det jeg merket meg som interessant var begrunnelsene for disse rådene. Kosthold og aktivitet knyttes gjerne direkte til helse, men også til en slank kropp. En slank kropp på sin side knyttes både til en sunn kropp og til en pen kropp. Disse koblingene finner jeg også i mitt datamateriale. Nedenfor følger et par illustrerende sitat, henholdsvis fra en kjønnsnøytral brosjyre og en brosjyre rettet mot kvinner:

Fysisk aktivitet legger mange år til livet ditt og virker gunstig på alle risikofaktorene for hjerte- og karsykdom. I tillegg til å senke blodtrykket, blir blodfett- og blodsukkerreguleringen bedre. Det blir også lettere å holde vekten (HN).

Det er ikke helseskadelig å være litt lubben. Noen få kilo ekstra på lårene og baken øker ikke risikoen for sykdom. Men hvis blodtrykket er høyt og en har mange kilo ekstra, bør en få vekten ned, spesielt hvis overvekten er konsentrert rundt livet, såkalt eplefasong (KN).

Det første utdraget kan lett beskrives som nøktern og relativt objektiv informasjon om hvilke effekter fysisk aktivitet har på biologiske prosesser i kroppen. Videre er det disse biologiske prosesser, som blodtrykk og blodsukker, som står ut som de sentrale fordeler, mens vekt blir som et tillegg. Det andre utdraget skaper flere assosiasjoner og bilder. Ord som «lubben», «eplefasong» og «bukfedme» viser i større grad til ytre kroppslige forhold enn de indre biologiske, usynlige, prosesser. Det er relativt etablert kunnskap at visse kroppsfasonger i større grad er knyttet til hjertesykdom enn andre, men det er også slik at eksempelvis denne «eplefasongen», som innebærer en større mage i forhold til bryst, hofter og lår, er også ansett å være en mindre feminin og attraktiv kvinnekropp. Et unntak fra denne generelle tendensen i datamaterialet finnes hos Hjertelig hilsen. Der skrives det om overvekt og risiko for hjertesykdom, uten å trekke på kulturelle idealer om kvinnekroppen. Her er det objektive mål som får tale:

Er du overvektig og har midjemål over det anbefalte øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Anbefalt midjemål for kvinner er 80 til 88 centimeter og måles omtrent rundt navlen, mellom nederste ribbein og øverste spiss på hoftebeinet (HH).

Hovedinntrykket er likevel at det er et større fokus på de estetiske enn helsemessige sider ved overvekt når det kommer til kvinner. Dette understrekes ytterligere ved at vekt trekkes inn i andre sammenhenger enn kosthold og fysisk aktivitet i det informasjonsmaterialet som retter seg mot kvinner. For eksempel i forbindelse med røyking, som er en risikofaktor som særlig blir vektlagt som sentral i det kvinnespesifikke datamaterialet.

De fleste legger på seg litt ved røykeslutt... Ikke et helseproblem, men for den enkelte kan problemet være stort (KN).

Her understrekes det at vektoppgang ikke trenger å være et helseproblem, men at det likevel kan være et stort problem. Det er heller ikke snakk om overvekt, men å «legge på seg litt». Det mest nærliggende er da å tro at det «store problemet» det siktes til er knyttet til kvinners utseende og kroppsbilde.

Det er to parallelle forhold som stikker seg ut som interessante når det kommer til vekt og overvekt. Det er for det første at det i så stor grad fokuseres på dette ovenfor kvinner, samt måten det vinkles på. Og for det andre at det i så *liten* grad fokuseres på vekt og overvekt i det

kjønnsnøytrale informasjonsmaterialet. Det er nærliggende å tolke denne ulike vektleggelsen i lys av noen kulturelle verdier knyttet til kvinnekroppen og skjønnhetsideal. Den typiske kvinnelige hjerteinfarktpasienten er ufeminin i ren kroppslig forstand. Den ufeminine kvinnekroppen, den med større mage enn bryster, er den syke kroppen. Ved å trekke inn slike ikke-medisinske forhold i denne sammenheng gis fokus til Kvinnen som ideal, heller enn til sykdommen. Den typiske (kjønnsnøytrale) pasient derimot, er ikke opptatt av vekt og utseende, men av helse. Riska (2006: 33) skriver at på 50-tallet var «mannen på slankekur» et kulturelt konsept som vanskelig fikk gjennomslag fordi bildet på slanking var så nært forbundet med feminine verdier. Studier viser at det nok er noe av dette som henger igjen i vår tid. Blant annet viser en britisk undersøkelse av lekfolks oppfatninger av helse at menn har større tendens til å tenke helse som kroppslig funksjon heller enn utseende (Robertson 2007: 76). Andre studier igjen viser at det er stadig mer sosialt og kulturelt akseptert for en mann å være opptatt av egen kropp og utseende. Robertson (2007: 76) konkluderer i sin kvalitative studie om menn og helse at menn føler en spenning mellom ønsket om å ha en «bra» kropp, utseendemessig, og det å ikke fremstå som opptatt av eget utseende.

5.1.2 Sex.

Sex er som sagt en kategori som inngår både i det fysiske, emosjonelle og relasjonelle, også i mitt datamateriale. Når det kommer til de fysiske aspektene er sex omtalt i forbindelse med mosjon, prestasjon og fysisk belastning.

Andronormativiteten som jeg avdekket i analysens første del, kommer klart til uttrykk igjen når det skrives om sex. Videre er det en åpenbar tendens til å vektlegge de fysiske aspekter ved sex når budskapet rettes mot menn, og de mer emosjonelle og relasjonelle sidene når det er kvinner som er leseren. Utdraget nedfor er beskrivende for datamaterialet som et hele:

Hos noen er det rent fysiske årsaker: røyking og åreforkalkning påvirker blodforsyningen til penis. Det kan også være psykiske årsaker, som angst for å ikke få det til. Noen medikamenter, for eksempel betablokkere, kan nedsette ereksjonsevnen eller gjøre at det tar lengre tid å få utløsning.... Hos kvinnelige hjertepasienter kan medikamentene gi plagsomme bivirkninger som f.eks tørre slimhinner. Dessuten kan operasjonsarr bidra til at hun føler seg mindre attraktiv enn før (LHL).

Det er ingen tvil om at «noen» i dette tilfellet egentlig er «noen menn», da det refereres til penis og ereksjonsevne både direkte og indirekte. «Å ikke få det til» knyttes til menns

seksuelle prestasjoner, og da særlig til ereksjonsevnen. Det er ikke bare faktisk ereksjonssvikt som representerer et problem, men også frykten for dette. Dette kobles videre opp til medikamenter, både for hjertet og for ereksjonssvikt. Andronormativiteten understrekes ved at det avslutningsvis refereres til kvinnelige hjertepasienter og de fysiske problemer de kan oppleve i forbindelse ned seksuallivet etter et hjerteinfarkt.

Og et annet sted:

Hjertekramper kan oppstå ved seksuell aktivitet. Da gjelder det å tilpasse tempo og stillinger slik at du unngår dette. Du kan eventuelt ta nitroglycerin på forhånd for å forebygge smerter (HN).

Når kvinnelige problemer omtales er det tørre slimhinner og selvbilde som nevnes, ikke hjertekramper og fysisk overanstrenging. Når teksten er rettet mot menn vektlegges prestasjonselementet ved at det tipses om medikamenter som kan tas for å kunne gjennomføre til tross for fysiske begrensninger. Tørre slimhinner kan være hindrende for et seksualliv, men er knyttet til en tilstand hos kvinnen uavhengige av hennes egen fysiske aktive deltakelse. Det er også et problem som lett kan bøtes på, men det nevnes ikke i teksten. Dette henviser til det klassiske kjønns skillet mellom den aktive og den passiv part i seksualakten. Det bygger også oppunder fortellingen om den ikke bare seksuelt aktive mannen, men også den nærmest ustoppelige mannlige seksualitet (Courtenay 2000: 1389). Det er ikke et alternativ å ikke fortsette et aktivt seksualliv, dersom du er mannlige hjerteinfarkt-pasient. For kvinner derimot tilbys det ikke noe løsning på eventuelle seksuelle problemer, bortsett fra på det emosjonelle plan, noe som blir behandlet nærmere når jeg straks skal gå gjennom de emosjonelle aspekter ved den typiske hjerteinfarkt-pasient.

Det er altså et stort fokus på fysisk aktivitet og sunt kosthold over hele linja i mitt datamateriale. Det er likevel kjønnede forskjeller hvordan disse faktorene blir omtalt og kontekstualisert. Når tekstene er rettet mot kvinnelige hjerteinfarktpasienter er det mer koblinger opp til vekt og overvekt. Og i en forlengelse av dette er det en langt tydelige estetisk komponent i disse tekstene, da kroppsfasong og selvbilde blir trukket inn. Når det kommer til de fysiske aspektene ved sex er det mannen som er mest synlig i omtalene av disse. Det snakkes om prestasjoner og fysiske anstrengelser, og mer direkte om ereksjonsproblemer og frykten for dette. Kvinnene er i svært liten grad tilstede i disse tekstutdragene, og jeg tolker henne inn i en passiv rolle i de tilfeller hun bli nevnt.

5.2 Emosjonelle forhold.

Det skrives mye om den psykologiske og emosjonelle innvirkningen et hjerteinfarkt kan ha på den enkelte. Det fremkommer tydelig av alt informasjonsmaterialet at et hjerteinfarkt er en betydelig hendelse i ens liv og at man gjerne blir forandret som person i ettertid. Emosjonene som beskrives vil da være en konsekvens av hjerteinfarkt. I noen av beskrivelsene er det også implisert en forhenværende tilstand hos den som rammes, og kan i noen tilfeller tolkes som årsaker til hjerteinfarkt.

5.2.1 Psykiske årsaker og konsekvenser

Etter et hjerteinfarkt kan du føle deg både trett og motløs. En eller annen form for følelsesmessig reaksjon etter et infarkt er helt normalt. (...) Mange pasienter strever med angst etter et infarkt. Enkelte er redde for tilbakefall, mens noen forneker sykdommen. Andre igjen blir søvnløse, deprimerte, passive eller engstelige. Alt dette er naturlige reaksjoner når du opplever alvorlig sykdom. (...) Det er viktig å forsøke å komme i normal gjenge igjen så snart du kan etter infarkt. (...) Etter et infarkt er tiden inne for å stoppe opp og tenke på hva som virkelig betyr noe (HN).

Her ramses det opp en rekke psykiske tilstander av varierende alvorlighetsgrad. Trett og motløs er ganske subjektive opplevelser, mens tilstander som angst og kanskje særlig depresjon er noe som brukes i dagligtale, men som også er medisinske diagnoser. Det vektlegges altså at både lettere negative følelser og psykiske lidelser er normale og naturlige følger av hjertesykdom. Videre blir hjerteinfarktpasienten oppfordret til «å stoppe opp og tenke på hva som virkelig betyr noe». Dette med å fokusere på de viktige tingene i livet, å gjøre det som er lystbetont og hyggelig, er gjennomgående råd i det kjønnsnøytrale informasjonsmaterialet, men så godt som fraværende i det som retter seg mot kvinner. Dette forstår jeg i sammenheng med hvordan hjerteinfarkt har blitt forstått de siste tiårene. Type-A personligheten forekom nærmest utelukkende hos menn, i følge denne forklaringsmodellen, og hjertelidelser ble knyttet til emosjonelt stress og overdreven kompetitiv driv (Riska 2006: 31). Selv om det skrives relativt lite og vagt om stress som risikofaktor i datamaterialet, finner jeg igjen en del av dette implisitt i andre ting som skrives, blant annet i sitatet over. Her refereres det til det velkjente kulturelle narrative om den overarbeidede, karrierejagene forretningsmannen, som er mer opptatt av suksess enn de nære verdier som familie og «det gode liv». Den klassiske hjerteinfarktkandidat i følge teorien om type-A-personligheten. Narrative videre vending er at mannen blir akutt syk av hjerteinfarkt, overlever og på den måten endelig forstår at han har prioritert feil, legger om livet som får en helt ny kvalitet.

Det at det nesten bare er menn som situeres i dette narrativet peker i retning av at kvinner antas å få hjerteinfarkt av andre grunner enn dette ytre presset i form av en krevende jobb, selv når det knyttes til psykiske årsaksfaktorer:

Kvinner er oftere deprimerte enn menn. Depresjon kan gi økt risiko for hjertesykdom, men hjertesykdom kan også forårsake en depresjon. Med stress og depresjon følger også ofte usunne levevaner som røyking, dårlig kosthold og inaktivitet, slik at det blir dobbel påvirkning på hjertet (KN).

Depresjon omtales i generelle termer, uten noen hentydninger til hva som kan ligge bak en eventuell depresjon. Det er dermed depresjonen i sin indre tilstand som gjøres til det sentrale her, ikke de ytre omstendigheter som kunne ha ligget bak.

Det synes altså som at når psykiske dimensjoner ved pasienten bli omtalt, er det ulike former for press som forstås som det sentrale, alt etter om pasienten er en mann eller en kvinne. Hos mannen oppstår farlig stress som et resultat av forventninger og press fra et stadig mer kompetitivt arbeidsliv, mens kvinnens stress kommer innenfra. Videre presiseres det i utdraget over at depresjon er farlig for hjertet både direkte og indirekte via dårlig livsstil. Mens det forrige utdraget spilte på narrativet om karrieremannen, bringer dette sitatet tankene over på klisjéen om den trøstespisende, kjederøykende, passive og deprimerte kvinnen.

Som en trolig bevisst motvekt til denne ganske polariserte fremstillingen skriver Hjertelighilsen på sine sider.

For mange mennesker er jobben faktisk det viktigste i livet. Å ha mye å gjøre gir status. Overtid er et bevis på at man er viktig og verdsatt. På mange arbeidsplasser innebærer bedriftskulturen mangfoldige kopper kaffe og wienerbrød i all hast på vei mellom møter (HH).

Her er det karrierekvinnen som kommer i til uttrykk. Hun er ikke helt som karrieremannen, selv om vi ser her at det vektlegges at hennes prioriterte verdier er å hente i arbeidet. Det fremstår som helt legitimt at noen kvinner finner livet i den offentlige sfære (jobb), viktigere enn livet i den private sfære (familie). Det skrives her utilslørt om status og selvfølelse tilknyttet suksess i arbeidslivet. Dette står i kontrast til narrativet om karrieremannen. Når det i det tidligere utdraget stod at man etter et hjerteinfarkt måtte tenke over hva som virkelig betyr noe, er ikke den «riktige» konklusjonen at jobben er det som betyr aller mest i hans liv. Karrierekvinnen lever dermed ikke på langt nær så «feil» eller helsemessig farlig som karrieremannen.

Man blir ikke et menneske med bedre verdier og livsprioriteringer utelukkende ved å få hjerteinfarkt. Man er nødt til å ta noen grep på det emosjonelle og mentale plan selv. Man må gå gjennom en sorgprosess og dette er eneste måten man kan komme styrket ut fra sykdomsepisoden:

Tillat deg selv å sørge, tillat deg å være sint på skjebnen. Du må gjennom en slik sorgreaksjon og krise for at du skal klare å se det positive. Ikke skyv de vonde tankene bort, men la dem komme fram og prøv å bearbeide dem, for eksempel ved å snakke med andre. Å skrive ned tankene sine kan også hjelpe. Selv om du undertrykker de vonde tankene og ikke snakker om sykdommen, er du likevel påvirket av det som har skjedd. (...) Din sinnstilstand påvirker både deg selv og dine nærmeste (LHL).

Det er litt ulike fremstillinger av hvordan denne prosessen *bør* takles og hvordan den antas å *faktisk* takles. Igjen kommer kjønnsforskjellene til syne. Kvinner, til tross for sin antatte deprimerte natur, beskrives som flinkere til å takle denne typen utfordringer. De har et nærere nettverk av venninner, de er flinke å snakke om det som plager dem og de er vant til at livet går i faser. Dette er gjennomgående i datamaterialet, men blir presisert i den ene brosjyren der en hjertelege blir intervjuet:

Mange menn finner ut at livet er mer verdifullt etter et hjerteinfarkt. En ser ting i et annet lys. Gjelder dette kvinner også? - Ja, jeg synes kvinner mestrer denne situasjonen vel så bra som menn, sier Anne Larsen. - Kvinner har ofte gode venninner og er vant til å snakke om følelser. Kanskje spiller det også inn at kvinner er vant med at livet har faser og at en må omstille seg (HG).

Det skrives lite om menns forhold til denne typen utfordringer, men ofte er det som ikke sies vel så talende som det som faktisk sies. Her impliseres det at menn ikke har fortrolige venner, har vanskeligere for å snakke ut om vonde ting og ikke er vant til å måtte tilpasse seg. Som jeg blant annet viste i teorikapittelet mitt har det ofte vært slik at menn blir knyttet til rasjonalitet og kvinner til emosjoner. Robertson (2007: 94) sier at derfor er menn uvillige eller uten evne til å oppleve eller gi uttrykk for sine følelser. Seidler på sin side forklarer dette med at menn er opplært til å leve på denne måten, som om deres emosjonelle liv ikke eksisterer (i Robertson 2007: 19). Altså menn forventes ikke å forholde seg mer rasjonelt til det som skjer med de, det reflekteres heller en oppfatning om at de har mindre evne, eller vilje, til å forholde seg emosjonelt til for eksempel et hjerteinfarkt. Å ta det inn over seg, bearbeide og gå videre.

5.2.2 Sex

Koblingen mellom kvinner og det emosjonelle kommer også til uttrykk i de delene av datamaterialet som omhandler sex etter hjerteinfarkt. Jeg har under tidligere overskrift vist hvordan det fysiske ble vektlagt i omtale av sex, når informasjonen rettet seg mot menn og nevnt at det derimot er det emosjonelle som står i fokus når det dreier seg om sex for kvinnelige hjerteinfarkt-pasienter.

Naturlig nok vil mange føle behov for en pause etter et hjerteinfarkt, for så å ta seksuallivet opp igjen. Det viktigste er å ha en god dialog med partneren og være åpen på angst og følelser som er forbundet med dette (KN).

Og:

Det viktigste er nok at det må være lov å si nei hvis en ikke orker eller føler for det (KG).

Siden kvinnens problemer med seksuallivet forstås som hovedsakelig emosjonelle, kan de heller ikke løses med medisiner, men må håndteres ved å snakke om det. Mens gjennomføring og prestasjon fremstod som det viktigste når det kom til menn og sex, synes her det viktigste budskapet å være at man har legitim grunn til å slippe sex. Operasjon som følge av hjerteinfarkt kan også føre til skader på kvinnens selvbilde, noe som igjen kan få følger for hennes seksualliv.

Dessuten kan operasjonsarr bidra til at hun føler seg mindre attraktiv enn før (LHL).

Deforming som en konsekvens av sykdommen, er med på å trekke ned en sykdoms prestisje (Album og Westin 2008). Det vil ikke være noen kjønnsbasert forskjell i hvordan arrene fysisk ser ut. Forskjellen består i hvordan dette arret passer inn med det rådende kjønnede skjønnhetsidealet. Arr er generelt ansett som langt mindre skjemmende på menn enn på kvinner, kanskje til og med direkte attraktivt på menn. I tillegg vil dette arret være plassert mellom kvinnens bryster, og vil dermed rokke ved selve kjernen i det kroppslig feminint vakre.

Emosjoner av ulikt slag trekkes inn både som årsaker og konsekvenser av hjerteinfarkt.

Hovedtendensen ved omtale av psykiske årsaker er at hos menn tillegges de ytre press, mens hos kvinner tilskrives de indre stress, stress som igjen kan føre til en passiv og usunn livsstil.

Hjertelig hilsen representerer en motvekt i denne sammenheng, da de omtaler en aktiv kvinne – karrierekvinnen. Å være drevet av jobb og karriere fremstilles ikke som noe negativt i seg

selv, men det påpekes at det kan føre til et usunt spisemønster. Videre antas kvinner å oftere være deprimert, men samtidig bedre i stand til å takle en slik krise et hjerteinfarkt er, da de har venninner å snakke med. Selv om det «tillates» for mannen å ha, og påvirkes av, emosjoner i disse tekstene, synes koblingen mellom kvinner og emosjoner å være sterkest. Dette underbygges i beskrivelsene av hjerteinfarktpasientens seksualliv. Her er det særlig kvinner emosjonelle eller psykiske problemer som omtales – særlig i form av manglende sexlyst og følelsen av å være uattraktiv for sin partner.

5.3 Relasjonelle forhold.

Det er ikke bare emosjonelle traumer, med tilhørende omstillinger som skisseres som en mulig konsekvens av å få et hjerteinfarkt. Også pasientens nære relasjoner vil kunne endres. Igjen er det opp til hjerteinfarkt-pasienten å foreta visse grep for å sikre at endringene blir positive og ikke negative.

5.3.1 Familielev.

Hjertesykdom rammer hele familien. Men sjelden er det noen som spør hvordan partneres eller de nærmeste har det. Hvis ikke hjertepasienten får bearbeidet sinnet, angsten og sorgen kan familiemedlemmene bli sittende på hver sin tue og lide. Hjertepasienten kan bli familiens troll som kjefter for bagateller, som blir irritabel og oppfarende (...)... Å lide i taushet fører bare til at du syns enda mer synd på deg selv» (LHL).

Beskrivelsene av hjerteinfarktpasienten her som oppfarende, aggressiv eller tause er karakteristikk som ofte knyttes til visse maskuline atferdsmønstre. Disse har også, kanskje særlig aggresjonen, vært en type mannlig atferd som har blitt knyttet til hjerteinfarkt opp i gjennom sykdommens historie. Type-A mannens forhold til familien er preget av utålmodighet skriver Riska (2006: 36). Rådet som gis for å unngå denne typen reaksjonsmønster er å snakke om det som er vanskelig. Som nevnt i analysens foregående del antas det at kvinner er flinkere til å snakke med partner eller venner om det som er vondt og vanskelig, mens menn antas å ha en mangelfull emosjonell kapasitet. Det er dermed hovedsakelig kvinner som sitter med nøkkelen for å komme sterkere ut av en sykdomsepisode. Samtidig kan sykdommen være med på å endre en persons verdier og prioriteringer, og dette igjen kan dermed føre til at man får et bedre forhold til de nærmeste.

Mange oppdaget at en slik sykdom kan gi en ny start når det gjelder forholdet til ektefelle, barn og nære venner. Man har lært hvilke verdier man setter høyest, og kan bestemme seg for å prioritere disse bedre enn før (HG).

5.3.2 Sex.

Også innenfor seksuallivet kan man oppleve forbedringer etter et hjerteinfarkt. Dette som et resultat av at både pasienten og hans/hennes nærmeste pårørende får en slags oppvåkning. Problemene som det refereres til i utdraget nedenfor er nedsatt seksuell aktivitet av fysiske og psykiske årsaker:

Å takle slike problemer krever klokskap og evne til nærhet hos partnere, og noen par opplever at dette faktisk kan føre dem nærmere hverandre. Ingen opplever evig ungdom, og en hjertesykdom er en påminnelse om at vi ikke kan ta hverandre for gitt (LHL).

5.3.3 Oppsummering: pasienten.

Det enkle svaret på hvem den typiske hjerteinfarktpasient er, er at han er en mann. Videre er han gjerne en mann med høyt aktivitetsnivå og ytre press, gjerne i form av et kompetitivt arbeidsliv. Dette samsvarer bra med hvordan Album (1991: 236) beskriver «idealpasienten»: «R(a)mmer tilfeldig... middelaldrende menn fra gode kår». Selv om den mannlige hjerteinfarktpasienten fremstår som normen i mitt materiale, skisseres også en typisk kvinnelig hjerteinfarktpasient. Hun fremstår generelt, med unntak av Hjertelig hilsens fokus på karrierekvinnen, som en overvektig, deprimert og passiv eldre kvinne. Dette er også beskrivelser man kjenner igjen fra Albums (1991: 236) definisjon av den typiske pasient som trekker ned en sykdomsprestisje: «E(e)ldre mennesker, mest kvinner fra lavere sosiale lag...». Karakteristikkene av den mannlige hjerteinfarktpasienten er pasientkarakteristikk som normalt vil være med på å trekke opp en sykdoms prestisje. Når det kommer til den typiske kvinnelige hjerteinfarktpasienten er forholdet omvendt.

6 Diskusjon.

Gjennom den foregående analysen har jeg vist at hjerteinfarkt, både sykdommen og dens bærer, i all hovedsak er maskulint kjønn. Men det betyr ikke at kvinnen er fraværende. Hun er tilstede i både det kjønnsnøytrale datamaterialet og det som er spesifikt rettet mot den kvinnelige pasienten, men som oftest som et avvik eller en negasjon. Selv når det kvinnelige hjerteinfarkt er i fokus, fremstilles det som annerledes fra det typiske hjerteinfarkt, som er det mannlige hjerteinfarkt. I analysens første del, som omhandler hvordan sykdommen hjerteinfarkt fremstilles, viste jeg hvordan beskrivelsene av sykdommen var forskjellige etter hvorvidt pasienten var antatt å være kvinne eller mann. Videre viste jeg at beskrivelsene rettet mot menn portretterte en sykdom der de fleste karakteristikker sammenfaller med de som oppfattes som positivt for en sykdoms prestisje. Og motsatt, at beskrivelsene av hjerteinfarkt som var rettet mot kvinner viser til en sykdom hvis karakteristikker vanligvis vil trekke ned en sykdoms prestisje. I analysens andre del, som omhandler hvordan hjerteinfarktpasienten forstås i materialet, peker jeg på et par forhold. For det første at den typiske hjerteinfarktpasienten forstås som en mann. Videre er han en mann med høyt aktivitetsnivå og ytre press, gjerne i form av et kompetitivt arbeidsliv. Dette er typiske statusmarkører i vårt samfunn. Det er også et trekk ved sykdommens typiske pasient som vil være med å trekke opp dens prestisje. For det andre viste jeg at den typiske kvinnelige hjerteinfarktpasienten i hovedsak fremstår som en overvektig, deprimert og passiv eldre kvinne. Dette er karakteristikker som peker i retning av selvforskyldt sykdom, psykiske årsaksforklaringer og geriatri. Alle disse er faktorer ved den typiske pasient som trekker ned en sykdoms prestisje

6.1 Sykdomskompleksiteter.

I den foregående analysen har jeg vist at hjerteinfarkt i aller høyeste grad er en sykdom som er sosialt konstruert og som er ladet med kulturell mening. Jeg har i så måte bidratt til å «smusse til» bildet av hjerteinfarkt som en enkel og veldefinert sykdom. Jeg har vist at det inngår en rekke kompleksiteter i definisjonen og forståelsen av hjerteinfarkt og hjerteinfarktpasienten.

Aronowitz' sykdomsdefinisjon og det sosialkonstruksjonistiske perspektivet som ligger til grunn i dette prosjektet slår fast at sykdomsdefinisjoner ikke er så enkle og enhetlige som de gjerne kan fremstå. Uten å vektlegge sitt teoretiske utgangspunkt, men med en detaljorientert

og nærmest praktisk tilnærming til sykdom, faller Annemarie Mol (2002) innenfor et sosialkonstruksjonistisk perspektiv i sin empiridrevne studie av behandlingsformer for røykebein. Målet med studien er å vise hvor kompleks en tilsynelatende enkel sykdomsdefinisjon kan være. Med de ulike anbefalte behandlingsformene, gåtning eller operasjon, medfølger også to ulike sykdomsforståelser. Hun skriver at gåtning og operasjon behandler forskjellige objekt: førstnevnte griper direkte an pasientens gåevne, mens sistnevnte involverer et inngrep i arteriene med et mål om å bedre gåevnen. Og selv om de som fremmer gåterapi forklarer pasientens smerter som forårsaket av tette blodårer, er det ikke tette blodårer som blir løst ved gåterapi. Videre tar hun for seg hva som teller som medisinsk behandling og hvordan vurderinger av en behandlings suksess kommer an på måleparameterne. Hun mener at variasjonene hun avdekker gjennom sin analyse antyder at sykdommen ikke er «et enkelt objekt» (Mol 2002: 247). I praksis vil forholdet mellom en rekke ulike elementer som er tilknyttet en sykdom være langt mer komplekst. Hun konkluderer blant annet med at sykdomsentiteter «ikke er én, men heller ikke mange» (Mol 2002: 247).

Det er et poeng med denne redegjørelsen av en tilsynelatende urelatert studie. Med et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt er dens funn lett overførbare til andre sykdommer, for eksempel hjerteinfarkt. Selv om symptomer og behandlingsformer gjør at samme sykdom får forskjellig uttrykk, fordrer ulike medisinske tiltak og medfører ulike subjektive sykdomsopplevelser, er disse elementene likevel knyttet til den biomedisinske prosessen som foregår i en kropp ved en gitt sykdom. Mange av de samme kompleksitetene i årsakssammenheng, behandling og forståelse av hvilken type sykdom finner man også i hjerteinfarkt. Det er kanskje særlig innen symptombeskrivelsene at forskjellene kommer tydeligst til uttrykk. Sterke brystmerter og urofølelse er distinkt forskjellige fornemmelser som i mange tilfeller vil peke i retning av forskjellige sykdommer. Men også de anbefalte behandlingsformer og -forløp spriker i så stor grad, at løsrevet fra de biomedisinske prosesser synes å vise til vesensforskjellige sykdommer. Vektleggelsen av operasjon og medikamentbehandling i de kjønnsnøytrale tekstene, mot fokus på langsiktig rehabilitering og livsstilsendring i det kvinnespesifikke materialet, viser denne forskjellen. Videre fremkommer det, gjennom min analyse, ytterligere kompleksiteter i forståelsen av hjerteinfarkt når det kommer til kjønn og prestisje. Disse vil jeg gjøre rede for og kommentere i det følgende.

Ved noen sykdommer vil det være slik at de ulike prestisjeindikatorerne peker i begge retninger, både oppover og nedover i hierarkiet. Ved å analysere sykdommens ulike karakteristikk kan man dermed relativt lett få øye på kompleksiteten i en sykdoms prestisje.

I tilfellet med hjerteinfarkt peker nesten alle indikatorer i retning av økt prestisje. Noe av det som er spesielt med hjerteinfarkt i denne sammenheng, er at den økte kunnskapen om at livsstilsfaktorer er sentrale i utviklingen av sykdommen, ikke ser ut til å rokke ved sykdommens prestisje. En ytterligere, og mer omfattende komplikasjon, har jeg vist i den foregående analysen: hvordan kjønn rokker ved det enhetlige inntrykket. Bildet av hjerteinfarkt på toppen av prestisjehierarkiet er dermed et svært forenklet et. Den høye prestisjen tilskrevet hjerteinfarkt kan se ut til å delvis skyldes kjønnsblindhet. Denne kjønnsblindheten innebærer at en rekke kjønnede trekk ved sykdommen ikke inkluderes i vurderingen til respondentene fra den medisinske kulturen. Det overses for det første at kvinner utgjør halve pasientgruppen, som generelt representerer en mindre prestisjefylt pasientgruppe enn menn, og dermed vil trekke ned en sykdoms prestisje. For det andre overses det at denne pasientgruppen oftere stiller med sykdomstegn, for eksempel diffuse symptomer, som også trekker ned prestisjen. Når jeg hevder at kjønn ikke har inngått i vurderingene blant dem som har vurdert sykdommens prestisje, mener jeg kjønn som i *kvinneskjønn*. Det er grunn til å tro at også respondentene i prestisjeundersøkelsene også innehar kjønnede oppfatninger om hjerteinfarkt, og at disse ligger til grunn for de vurderingene av sykdomsprestisje som er gjort. Hjerteinfarkt oppfattes altså som en mannssykdom, noe som skulle tilsi at kjønn dermed *er* en del av sykdomsforståelsen. Men det mannlige kjønn betyr som oftest intet kjønn, da mannen, både i medisinen og i samfunnet forøvrig, stort sett blir tatt som normen (eks. Ortner (1974), Hølge-Hazelton og Malterud (2009)). Det er dette jeg tidligere har omtalt som andronormativitet. Når man introduserer kjønn til prestisjeteorien avdekkes dermed større kompleksiteter innenfor en sykdomskategori. Om man ser på det kvinnelige hjerteinfarkt som om det skulle vært en separat sykdom og analyserer tegnene knyttet til denne, uttrykt gjennom datamaterialet, danner det seg et bilde av en sykdom der de fleste prestisjeindikatorer er negative. Når man introduserer kjønn ser man altså at en og samme sykdom kan tillegges både høy og lav prestisje, både være mye og lite sykdom. På den måten kan man kanskje si, med Mols ord, at hjerteinfarkt ikke er én sykdom, men heller ikke flere.

Disse kompleksitetene har åpnet for å analysere det kjønnede innholdet i hjerteinfarkt, og de avdekker noen vanskeligheter rundt forståelsen av hva som kan forstås som likt og som forskjellig. Sistnevnte distinksjon kan knyttes både til syk/frisk, kvinne/mann, mannlige hjerteinfarkt/kvinnelige hjerteinfarkt. Den videre diskusjonen vil avdekke ytterligere kompleksiteter ved sykdomsforståelsen av hjerteinfarkt.

6.2 Hjerteinfarkt – en uverdige kvinnesykdom?

I oppgavens innledning og teorikapittel gjorde jeg meg noen betraktninger rundt noen manns- og kvinnesykdommer, i relasjon til prestisje og legitimitet. Hjerteinfarkt fremstår som en verdig manns sykdom. Med forståelsen av hjerteinfarkt som en komplekst sammensatt sykdom som bakteppe, vil jeg nå diskutere hvordan hjerteinfarkt forstås *som kvinnesykdom* når det kommer til prestisje og verdighet.

6.2.1 Sykdomstrekk

Jeg har allerede vist, og flere ganger bemerket, at det kvinnelige hjerteinfarkt er kjennetegnet av negative prestisjeindikatorer, slik det fremstår i mine data. Med utgangspunkt i dette er det lett å slutte at det kvinnelige hjerteinfarkt ville fått en plassering langt nede i prestisjehierarkiet. For å illustrere dette bedre vil jeg sammenligne det kvinnelige hjerteinfarkt med to andre kvinnerelaterte sykdommer, som ble omtalt i teorikapittelet: fibromyalgi og brystkreft. Tatt i betraktning alvorlighetsgrad og organ/kroppsdeler som rammes har det kvinnelige hjerteinfarkt mer til felles med brystkreft enn med fibromyalgi. De to førstnevnte sykdommer kan være dødelige og de rammer spesifikke organer, mens sistnevnte kjennetegnes nettopp av å være en kronisk sykdom, uten sete i et spesifikt organ. Videre er både hjertet og bryst, på hver sin måte, sentrale organer. Hjertet er et viktigere organ, rent biologisk, men både hjertet og brystet har stor symbolsk og kulturell verdi. Der stanser imidlertid de mest opplagte likhetene mellom sykdommene. Brystkreft har klarere sykdomstegn og behandlingsformer som både innebærer inngrep i form av operasjon og relativt høy overlevelse. Begge deler er ansett som positive prestisjeindikatorer. Videre er dette også en sykdom som i større grad rammer yngre kvinner, noe som gjør sykdomstilfellene mindre naturlige og mer oppsiktsvekkende, enn ved eldre kvinnene som rammes av hjerteinfarkt (som er slik den kvinnelige hjerteinfarktpasienten i hovedsak oppfattes). Sykdommens arvelighet blir vektlagt, og den er dermed i svært lav grad ansett som selvforskyldt.

Jeg har vist gjennom analysen at det kvinnelige hjerteinfarkt er kjennetegnet av diffuse og uspesifikke symptomer, knyttet til psykiske årsaksforklaringer, vanskelig diagnostisering og at det fremstår som kronisk, heller en akutt. Dette er de samme karakteristikker som Album og Westin (2008) gir sykdommen fibromyalgi. Jeg er ikke alene om å trekke disse parallellene,

det er studier som har vist at hjerteinfarkt hos kvinner innimellom blir feiltolket av leger som fibromyalgi (Helsenytt for alle 2004). Det viser at sykdommene har noen direkte likhetstrekk også, i at symptomene kan ha samme karakter. Ut fra omtalene av sykdomstegnene vil jeg konkludere med at hjerteinfarkt som kvinnesykdom er mer lik fibromyalgi, en lite legitim sykdom, enn brystkreft i sine karakteristikk. Den viktigste forskjellen i *oppfatningen* av disse sykdommene er organet, og *faktisk alvorlighetsgrad* når riktig diagnose knyttes til sykdommen. Hjerteinfarkt forstås som akutt og dødelig når det sammenlignes med fibromyalgi, men det kvinnelige hjerteinfarkt forstås som mindre akutt og dødelig når det sammenlignes med det mannlige. For å utdype denne sammenligningen vil jeg diskutere nærmere hvordan det kvinnelige hjerteinfarktets typiske pasient forstås.

6.2.2 Trekk ved pasienten

Tidligere studier, som jeg allerede har referert til (Jordanova 1989, Duerden-Comeau 2007, Johannisson 1994 og Riska 2005) har vist hvordan en tids oppfattelser av femininitet eller maskulinitet har passet sammen med oppfattelser av ulike sykdommer. I denne delen av diskusjonen vil jeg ta for meg på hvilke måter hjerteinfarkt representerer et *brudd* på vår tids forståelse av det feminine og i større grad samsvarer med slik vi forstår maskulinitet.

Som nevnt i denne oppgavens innledning er brystkrefts kulturelle gjennomslag formidabel. «Alle» engasjerer seg i denne kvinnesykdommen. Dette kan tenkes, som jeg har argumentert for, å skyldes at karakteristikkene ved både sykdommen og pasientene trekker opp dens prestisje og verdighet. Brystkreft fremstår ut fra disse karakteristikkene som en av de mer verdige kreftsykdommer, og også som en av de mer verdige kvinnesykdommer. Brystkreft kan imidlertid ikke utelukkende forstås i slike vendinger. Kvinner med brystkreft får ofte fjernet et eller begge bryster, noe som rammer det fysiske feminine uttrykket. Bryster er genuint kvinnelig og en kvinne uten bryster forstås generelt som mindre kvinne. Det at sykdommen rammer kvinnens bryster er noe som, i følge Pollock (2010), gjør at denne sykdommen får såpass mye oppmerksomhet både i, og utenfor medisinen. I teorikapittelet var jeg inne på brystets symbolikk på 1700- og 1800-tallet. Pollock argumenterer for at kvinners bryster fremdeles er av stor kulturell betydning i vårt samfunn. Hun skriver at kvinner ofte ser seg selv gjennom sine relasjoner til andre, ikke bare i kraft av egen identitet. Brystene reflekter en rekke feminine «nyttverdier»: seksuell tilgjengelighet, skjønnhet og ernæring av barn. På denne måten er ikke kvinners bryster bare deres egne, de tilhører også deres menn og

barn, og samfunnet forøvrig med sine synlighet. På den måten vil brystkreft tillate kvinnen å fortsatt definere seg i relasjon til andre (Pollock 2010: 90).

Den typiske kvinnelige hjerteinfarktpasienten slik jeg har analysert henne frem er en eldre kvinne, gjerne med en sykdomshistorie. Hun er deprimert, urolig og passiv, og hun røyker. Hun er overvektig, med en ufeminin kroppsfasong. Sykdommen forstås dels som selvforskyldt og hun må selv ta grep for å kunne bli bra. I tillegg til, eller kanskje i sammenheng med, at disse karakteristikkene er trekk ved en sykdoms typiske pasient som normalt vil trekke ned dens prestisje, bryter beskrivelsen av den kvinnelige hjerteinfarktpasienten med det rådende femininitetsidealet.

Bordo siterer Susan Brownmiller på at «femininitet er i sin kjerne en tradisjon av påførte begrensninger» (Bordo 1989: 25). Videre skriver hun at «reglene for denne konstruksjonen av femininitet krever at kvinnen lærer å fore andre, ikke selvet, og å anse ethvert behov for selv-omsorg og selv-foring som grådig og overdrevent» (Bordo 1989: 18). Dette skriver hun som en del av sin analyse av anoreksi som inkarnasjonen av kvinnelighet og vår tids hysteri, men dette perspektivet kan absolutt anvendes til å se nærmere på hjerteinfarkt og femininitet. Mens Bordo i sin analyse viser hvordan anorektikeren innfrir disse femininitetskravene til det sykelige, kan den kvinnelige hjerteinfarktpasienten forstås motsatt. Den kvinnelige hjerteinfarktpasienten har ikke begrenset seg. Hun har en livsstil som har ført til overvekt og en lubben kroppsfasong i strid med det rådende skjønnhetsideal. Videre røyker den typiske kvinnelige hjerteinfarktpasienten, noe som i dagens samfunn er stadig mer stigmatisert, og som blir ansett som lite feminint. Både handlingene bak overvekten, og selve overvekten strider mot det kvinnelige. Dette står i kontrast til hvordan for eksempel Pollock (2010) forstår brystkreft. Brystkreft bryter *ikke* med kvinners relasjonelle varen og sentrale rolle som omsorgsperson.

I forlengelsen av dette skriver Bordo at vår tids femininitetsideal fremdeles fremmer den «domestiserte femininitet» og at kvinnen er «påkrevd å utvikle en totalt andreorientert emosjonell økonomi» (Bordo 1989: 18). Karrierekvinnen, som var en alternativ kvinnelig pasient i mine data, setter gjerne suksess og avansement i arbeidslivet, over tradisjonelle feminine verdier som hus og hjem. Karrierekvinnen bryter altså med dette femininitetsidealet og den kvinnelige hjerteinfarktpasienten kan dermed ses som et resultat av dette bruddet.

Mens det i Bordos eksempel med anoreksi vises til hvordan kvinnens forsøk på å imøtekomme, men samtidig gjøre motstand mot, femininitetskravene fører til en sykdom som igjen forstås som gjennomsyret kvinnelig, er det nærmest det motsatte som kan leses ut av den hjertesyke karrierekvinnen. Hennes forsøk på å overskride (og kanskje protestere mot?) femininiteten, og å omfavne verdier og handlingsmønstre som oppfattes tradisjonelt som maskuline får utslag i en sykdom som ytterligere fjerner henne fra det feminine. Men det kan også argumenteres for at karrierekvinnen som konstruksjon tilhører et mer moderne femininitetsideal, og at hennes tilstedeværelse i forståelsen av den typiske hjerteinfarktpasienten kan være med å verdiggjøre hjerteinfarkt som kvinnesykdom. Denne problemstillingen vil jeg komme tilbake til i neste delkapittel.

Begge de kvinnelige pasienttypene kan sies å vise mangel på begrensninger. Den overvektige, deprimerte, røykende kvinnen gjennom sin dårlige livsstil, manglende evne til å leve et sunt og nøysomt liv. Karrierekvinnen ved å ikke begrense seg til den domestiserte femininitet, men heller søke en maskulin og kompetitiv livsstil uten tanke på å være til for andre. Denne mangelen på begrensninger hvor enkeltindivider ikke handler i tråd med normen for kvinner, peker i retning av en selvforskyldt sykdom. Jeg har allerede vært inne på hvordan vår tids kunnskap om hvordan ulike risikofaktorer er sentrale for utviklingen av hjerteinfarkt, *ikke* har påvirket hjerteinfarktets prestisje i nevneverdig grad. Det kan synes som dette er tilfelle på generell basis fordi denne helseskadelige atferden reflekterer en hegemonisk maskulinitet (eks Robertson 2007, Riska 2006). Når det gjelder det kvinnelige hjerteinfarkt er det altså mulig å argumentere for at elementet av noe selvforskyldt gjør seg gjeldende i større grad. Våre femininitets- og maskulinitetsforståelser bærer preg av naturalisering, og den helseskadelige atferden synes dermed som mer naturlig, eller passende, for menn, mens den for kvinner er en overskridelse. Dette med hvorvidt hjerteinfarkt forstås som selvforskyldt er ikke entydig i materialet. Som påpekt i analysen, var det de samme risikofaktorene som gikk igjen, men de ble presentert og vektlagt på forskjellige måter, slik at totalinntrykket var at hjerteinfarkt var for menn var en noe mer uunngåelig sykdom. Dette kan også henge sammen med nevnte naturalisering av maskulinitet og maskulin atferd.

En mulig tolkning av forskjellen, i det man kanskje kan kalle symbolsk verdi, mellom brystkreft og hjerteinfarkt er i så måte at mens brystkreft forstås som en sykdom som tar fra kvinner deres femininitet, forstås det kvinnelige hjerteinfarkt som forårsaket av kvinners manglende femininitet. Denne symbolske forskjellen blir tydelig det skrives i

informasjonsmaterialet at det kvinnelige kjønnshormonet østrogen fungerer beskyttende mot hjerteinfarkt, det kvinnelige beskytter mot denne sykdommen.

Både beskrivelser av sykdommen (det kvinnelige hjerteinfarkt) og pasienten (den kvinnelige hjerteinfarktpasienten) peker i retning av lav prestisje og brudd med de gjeldende feminitetsidealer.

Hjerteinfarkt som kvinnesykdom fremstår som en uverdigg sykdom, både på bakgrunn av forståelsen av sykdommens karakter og på det ufeminine ved de som rammes.

6.3 Hjertelig hilsen – en kjønnings- og verdiggjøringskampanje?

Et gjennomgående funn i mitt datamateriale er at informasjonen tilknyttet kampanjen Hjertelig hilsen skiller seg ut fra de generelle tendensene i det resterende materialet. Dette anser jeg som en naturlig følge av at dette er en bevissthetskampanje som har som mål å gjøre kjent, både blant lekfolk og medisinsk personell, at hjertesykdom ikke er uvanlig blant kvinner. Dette kan forstås som et bevisst forsøk på (om)kjønning av hjerteinfarkt. Med dette mener jeg at Hjertelig hilsen har, som de selv skriver, tatt innover seg at hjerteinfarkt hovedsakelig oppfattes som en mannssykdom, og går bevisst inn for å posisjonere sykdommen som noe som også i like stor grad rammer kvinner. De fokuserer dermed på hjerteinfarkt som kvinnesykdom, både ved å spre informasjon, være bevisst sitt språk, og å ramme det hele inn i en feminin kontekst. I tillegg til at Hjertelig hilsen er en kjønningskampanje, tolker jeg også kampanjen som et forsøk på verdiggjøring av hjerteinfarkt som kvinnesykdom. Det er i datamaterialet jeg hentet fra Hjertelig hilsens nettside at karrierekvinnen er mest synlig. Ved å henvende seg til yrkesaktive kvinner, retter de oppmerksomheten litt bort fra den eldre kvinnen og mot det som kanskje kan forstås som en mer verdig lidende – karrierekvinnen.

Hjerteinfarkt *generelt* forstås altså som en verdig sykdom, og plasseres øverst i prestisjehierarkiet, dels fordi den kan ses som et resultat av maskulin, og samfunnsnyttig, atferd. Sykdommen vil, for en mann, ofte skyldes deres deltakelse i et kompetitivt arbeidsmarked. Dette er langt mer legitime grunner til å pådra seg sykdom enn for eksempel overdreven alkoholbruk eller passivitet. Selv om det lett kan argumenteres for at hjerteinfarkt, også som et resultat av karrierejag, stort ansvar og høyt ambisjonsnivå, i hovedsak er en selvpåført sykdom, er dette likevel høyt ansette dyder, snarere enn risikofaktorer, i vårt

kapitalistiske samfunn (Riska 2006). Det er et poeng i denne sammenheng at hjerteinfarkt på denne måten likevel blir forstått som påført *utenfra*, i motsetning til å påføre seg selv, gjennom et ytre press.

Som allerede nevnt kan man tolke framskrivningen av karrierekvinnen som potensiell hjerteinfarktpasient, som et forsøk på å verdiggjøre det kvinnelige hjerteinfarkt. Bildet av den kvinnelige hjertepasienten flyttes bort fra den sykelige eldre kvinnen, og over til en verdig samfunnsdeltaker som ikke har fått sykdommen av å ikke bry seg om egen helse, eller av å ikke klare å begrense seg. Selv om det også her selvsagt er fokus på risikofaktorer som kosthold og fysisk aktivitet vises det i større grad til hvordan kvinners travle hverdag, som et resultat av ytre forventninger, *hindrer dem* i å ha den riktige atferd.

Karrierekvinnen er i følge Bordo (1989) en del av det moderne femininitetsidealet. Hun skriver at:

D(d)e oppover-mobile unge kvinner i dag lærer fremdeles tradisjonelle kvinnelige dyder, men de må også lære seg å tilegne seg det maskuline språk og de verdier som tilhører karrierelivet – selvkontroll, besluttsomhet, cool, emosjonell disiplin og så videre (Bordo 1989: 19).

Man kan utfra dette spørre seg hvem eller hva som verdiggjøres ved å sette den kvinnelige hjerteinfarktpasienten inn i karrierekonteksten. En kritikk som lett kan vinkles mot denne posisjoneringen er at det reflekterer en middelklassefeminisme, der de kvinnene som faller utenfor dette segmentet usynliggjøres. Dette er en vanlig kritikk mot mye feministisk forskning og aktivisme generelt. Dette kan skape ytterligere inndelinger og hierarkiseringer av de ulike pasientene, og dermed de ulike «variantene» av hjerteinfarkt.

Innfor det medisinske feltet har Johannisson (1994) omtalt klorose, som et av mange eksempler på klasserelatert sykdomsfortolkning. I teorikapittelet kom det frem at når kvinnene fra de øvre klasser ble diagnostisert med klorose, ble dette forstått som «utslag av omverdenens press på en sårbar sjel», mens når kvinnene fra arbeider- og underklassen fikk samme sykdom anså man dette som et resultat av «utsvevelser, kaffedriking, dårlige vaner og slett hygiene» (Johannisson 1994: 85). Kvinnene fra de lavere klasser ble ansett å *skape* sykdom: «Bar de ikke sykdommene innvendig, som arv, smitte eller skittenferdighet, så pådro de seg dem gjennom dårlige vaner» (Johannisson 1994: 84). Det er ganske åpenbart at det første tilfellet beskriver en mer verdig sykdom enn det andre. På samme måte kan det tenkes at nok en distinksjon oppstår i forståelsen av det kvinnelige hjerteinfarkt. På den ene siden:

det *uverdige* kvinnelige hjerteinfarkt, som rammer kvinnene fra de lavere sosiale sjikt. De uten karriere, som ikke har begrenset seg, og selv kan beskyldes for sin sykdom. Og på den andre siden: det *verdige* kvinnelige hjerteinfarkt. Det som kan ramme de kvinner som omfavner de tradisjonelt maskuline verdier og middelklassekulturen.

Jeg viste i analysen min at karrierekvinnen ikke er som karrieremannen. Gjennom tekstene hentet fra Hjertelig hilsen fremstår det som helt naturlig og plausibelt at kvinner velger tradisjonelt *maskuline* verdier. Samtidig får man inntrykket gjennom det øvrige datamaterialet at menn *ikke* bør omfavne den tradisjonelle maskulinitet, men heller søke etter det «som virkelig betyr noe» - implisitt de mer tradisjonelle feminine verdier: familien og de nære ting. Selv om resultatet for begge kan være alvorlig sykdom, blir selve karrierekvinnen (altså når hun er utenfor pasientrollen) fremstilt som mer verdig enn karrieremannen. Det synes som at både kvinner og menn settes i et mer positivt lys når de har en atferd som fjerner de fra henholdsvis det tradisjonelt feminine og det tradisjonelt maskuline. Dette kan tolkes som en vridning mot de mer moderne forståelser av maskulinitet og feminitet. Videre er det motsetninger innad i konstruksjonen karrierekvinnen. I karrierekvinnen finner jeg både elementer av en kvinne som overskrider de gjeldende normer for kvinner, og av en kvinne som omfavner høyt holdte verdier i vårt samfunn. Jeg skal ikke gå inn på ytterligere fragmenteringer av hjerteinfarktpasienten, men jeg synes dette spennet viser godt hva som skjer når man introduserer kjønn og klasse inn i en etablert sykdomsforståelse.

Det er interessant å se hvordan dette med forskjell og likhet kommer til uttrykk i de kvinnerettede tekstene, særlig de fra Hjertelig hilsen. Ved å knytte an til kvinners adopsjon av tradisjonelle maskuline verdier opererer man innenfor en likestillingsdiskurs. Menns og kvinners likhet når det kommer til atferdsmønstre og verdier skrives frem. Samtidig understrekes kvinners annerledes biologi og sykdomsopplevelse. Det eksemplifiseres som en av de bakenforliggende motivasjonene bak kampanjene og det nevnes gjentatte ganger. Ordet «kvinnehjertet» brukes, som om det skulle være distinkt forskjellig fra menns. Her kommer det til uttrykk et ganske klart skille mellom sosialt og biologisk kjønn. Disse dimensjonene holdes atskilt og forståelsen av kjønnene som like og som forskjellige formidles parallelt gjennom tekstene.

6.4 Endring av oppfattelsene av hjerteinfarkt?

I innledningen til denne oppgaven viste jeg, ved hjelp av en rekke studier, at disse

forestillingene finnes overalt. Det kom også frem at det er en motstridighet i å endre oppfattelsen av hjerteinfarkt som mannssykdom. Med dette, og med et syn på kampanjene som en slags endringsstrategi som bakteppe, vil jeg i det følgende diskutere hva noe av denne tregheten kan skyldes. Jeg vil drøfte hvilke hindringer som står i veien for Hjertelig hilsen og andre aktører som måtte ønske å endre den kulturelle oppfatningen av hjerteinfarkt.

6.4.1 Grunnleggende hierarkisering.

Hjertelig hilsen tar øyensynlig avstand fra andronormativiteten som preger resten av materialet og forsøker å synliggjøre de kjønnede dimensjonene i forståelsen av hjerteinfarkt. De fremmer en likhetsforståelse, på den måten at de fremhever at hjerteinfarkt er en sykdom som i like stor grad både rammer og dreper kvinner og menn. Ved å samtidig fokusere på dette elementet av likhet og å understreke kvinners egenartede biologi forsøker de å synliggjøre det kvinnelige hjerteinfarkt. Å fokusere på kjønnsforskjell resulterer ofte i konstruksjonen av en binær opposisjon av kjønnene, som befester den sosiale konstruksjonen av kjønn som uunnngåelig, skriver Hølge-Hazelton og Malterud (2009: 142). Videre skriver de at det å forsøke å kjønne en sykdom, oftest synliggjøring av kvinner, ofte vil gi den merkelappen avvikende eller underordnet (Hølge-Hazelton og Malterud 2009: 142). Selv i det kvinnespesifikke datamaterialet avdekket jeg, i analysen min, den andronormative forståelsen som lå til grunn. Når kvinners symptomer og sykdomsopplevelse blir gjennomgående omtalt som «annerledes enn menns», posisjoneres de mannlige symptomer som normalen, som de kvinnelige avviker fra. Og som Pollock (2010) også bemerker, er det talende at man etter så lang tid og så mye kunnskap om kvinner og hjerteinfarkt fremdeles må påpeke at kvinner får hjerteinfarkt *også*. Dette «også» er et ord som impliserer et element av overraskelse, noe utover normalen.

Denne dikotomiserte hierarkiseringen innebærer et forhold mellom kjønn der hver av dem defineres ut fra å ikke være det andre. Forholdet mellom kjønnene kan ses som relasjonelt og motsetningsfylt. Det kvinnelige defineres ofte som en negasjon – det relateres til noe annet, som det *ikke* er, skriver Haavind (2000: 173). Det mannlige på sin side kan både være nøytralt og det ikke-kvinnelige. Derfor kan det som er mannlig kjønn, som for eksempel hjerteinfarkt, likevel fremstå som kjønnsnøytral (Haavind 2000: 213).

Den nærmest automatiske underordningen av det kvinnelige henger sammen med den

historiske forbindelsen mellom kvinner og natur, og menn og kultur. Dette er en forskjell og en inndeling som ikke representerer to likestilte kategorier, men der kultur rangeres over naturen (Hølge-Hazelton og Malterud 2009: 142). Jeg mener å vise at kvinnen, og det kvinnelige hjerteinfarkt, gjøres til avvik i mitt datamateriale. Og da mener jeg både i det kjønnsnøytrale og det kvinnespesifikke. Uavhengig av hvorvidt man kan snakke om en biomedisinsk virkelighet preget av kjønnsforskjeller eller ikke, finnes det ikke noe naturgitt eller selvfølgelig ved at man hierarkiserer ved å posisjonere kvinner som annerledes enn mannen.

Det er utenfor min målsetning med denne teksten å gå noe dypere inn på bakgrunnen for denne koblingen mellom kvinner og natur, og menn og kultur. Relevansen for min problemstilling er poenget med hvordan slike kjønnede dikotomier alltid inntar et hierarkisk forhold til hverandre. Ved å koble prestisjeteorien med kjønnssteori har jeg vist at ikke bare forstås det kvinnelige hjerteinfarkt som annerledes enn menns, det forstås også som avvikende og underordnet. Det mannlige hjerteinfarkt troner som kjent øverst i prestisjehierarkiet, mens jeg har argumentert for at hjerteinfarkt som *kvinnesykdom*, ville fått en langt lavere plassering om det hadde inngått i spørreundersøkelsen som en *egen sykdom*.

Hvordan er det så disse dikotome og hierarkiserte kjønnsforestillingerne setter seg, opprettholdes og legitimeres? Spørsmålet er stort og svaret vil nok være komplekst og uuttømmelig og strekke seg langt utenfor denne oppgavens rammer. Likevel vil jeg vie resten av denne diskusjonen til å, ganske kort, ta opp to punkter jeg ser som avgjørende når det kommer til hvordan disse forestillingene farger forståelsen av hjerteinfarkt.

6.4.2 Common sense og vitenskap.

I oppgavens innledning var jeg kort inne på at også medisinsk forskning er med å skape et feilaktig bilde av hjerteinfarkt som mannesykdom, og *ikke* som kvinnesykdom, da det i stor grad kun har vært menn som er inkludert i de kliniske studiene. Utelukkelsen av kvinner i disse studiene er som oftest grunnlagt med at kvinner er *annerledes* (Emslie et al 2001: 225) og at de er *vanskelige* å inkludere i studiene grunnet forandringer i hormonnivået gjennom menstruasjonssyklusen (Emslie og Hunt 2009: 156). Det kan også tenkes at noe av denne ekskluderingen skyldes de grunnleggende oppfatninger om hjerteinfarkt som manns sykdom.

Ovenfor viste jeg at forestillingene vi har om kjønn er med oss overalt. De er dyptsittende og de fungerer som et grunnleggende organiseringsprinsipp. Kjønnforståelsen vår inngår i våre *commonsensiske antakelser* om verden. Common sense er det samme som det man kan kalle for lek-kunnskap (Moscovici i Figari og Skogen 2011: 320). I kontrast til denne typen kunnskap forstås ofte vitenskapen, særlig naturvitenskapen og dermed medisinen, til å lykkes i å produsere objektiv og verdifri kunnskap om sine forskningsobjekter (Jordanova 1989: 17). Dette er ikke tilfelle. Ingen samfunnsområder er fritt for det politiske, økonomiske, ideologiske eller sosiale, heller ikke vitenskapen (Jordanova 1989: 18). Selv om leger og annet helsepersonell må tilskrives en medisinsk kunnskap utover det vanlige folk besitter, styrer heller ikke de klar fra commonsensiske forståelser om for eksempel kjønn.

Duerden-Comeaus (2007) gjennomgang av kreftens diskursive historie viste at selv om man går gjennom kunnskapsmessige skifter der man stadig får mer innsikt i de biomedisinske sidene ved en sykdom, kan det være slik at de opprinnelige oppfattelsene av sykdommen vedvarer. I dette tilfellet handlet det om hvordan kreft alltid har blitt så nært knyttet til kvinner, hele tiden med en biologisk forklaring. En grunn til at de kjønnede oppfattelsene vedvarer er at kunnskapsprodusentene selv har disse oppfattelsene og tar dem derfor med seg inn i utviklingen av nye sykdoms- og forklaringsmodeller.

Riska (2006: 89) viser til en lignende historie, fra nyere tid, om hjerteinfarkt. Hun skriver at utviklingen av forklaringsmodeller som type-A-personligheten hvilte tungt på lekfolkdiskursen om maskulinitet. Oppfattelsene av maskulinitet ble på sin side integrert i ulike måleinstrumenter. Disse måleinstrumentene reproduiserte oppfattelsene som psykologiske og medisinske fakta. I den vitenskapelige diskursen ble så disse forståelsene bekreftet som naturlige kategorier, og dermed utenfor de maktstrukturer som organiserer hierarkier ut fra klasse, etnisitet og kjønn. Disse måleinstrumentene var tilsynelatende laget for å kartlegge et generelt fenomen, men maskuliniteten som var iboende modellene, samt et utvalg kun bestående av hvite menn, gjorde både måleinstrumentene og funnene både kjønnede og rasialiserte. Dette eksempelet illustrerer tydelig hvordan den offentlige diskurs og den medisinske diskurs gjensidig trekker på og forsterker hverandre. Sosiokulturell kontekst påvirker vitenskapelig kunnskapsproduksjon og vitenskapelig diskurs konstruerer virkeligheten skriver Riska (2006: 98).

Også Albums prestisjestudier antyder en kobling av oppfattelser og medisinsk kunnskap. Som

jeg skrev tidligere i dette kapittelet, anser jeg den høye prestisjen tilskrevet hjerteinfarkt delvis som et resultat av kjønnsblindhet blant respondentene i undersøkelsen. I tillegg til å forholde seg til etablert biologisk, etiologisk og epidemiologisk kunnskap i sin vurdering av sykdommen og den typiske pasient, kan det synes som at de kulturelle oppfattelsene også var avgjørende. Som nevnt i teorikapittelet eksisterer sykdomsprestisjen som en skjult kunnskap i den medisinske kultur (Album 1991). Denne kunnskapen videreføres til nye generasjoner deltakere gjennom en sosialiseringssprosess. Som Album skriver selv vet vi for lite på dette tidspunktet om hvordan denne sosialiseringssprosessen foregår, om den for eksempel i hovedsak foregår gjennom praktisk virksomhet eller gjennom uformell pauseprat (Album 2010: 263). Uansett er det trolig en ganske implisitt overføring. Siden kjønn har en annen karakter enn prestisje, for eksempel i at det har en fysisk og biomedisinsk dimensjon, er det nok mer legitimt å snakke om kjønn som en relevant faktor, i den medisinske kulturen. Likevel er det mye som tyder på at det som læres bort (overføres) om kjønn delvis er basert på oppfatninger om kjønn og sykdom, heller enn medisinske fakta. Dermed er det nærliggende å tro at også kjønnede antakelser om sykdom blir overført på samme måten, som en del av den implisitte, uuttalte kunnskapen.

Disse eksemplene viser hvordan visse innsikter og kunnskap «blokkeres» av de oppfatninger og forestillinger vi allerede har om noe. De viser også sirkelvirkningen mellom lek-kunnskap og vitenskapelig kunnskap. Forestillinger om kjønn og sykdom som er innbakt i den medisinske diskursen, og i aktører i den medisinske kulturen, former kunnskapsproduksjonen og blir dermed også en del av de commonsensiske antakelsene som både lekfolk og deltakere i den medisinske kulturen innehar når det kommer til sykdom og kjønn (Fairclough 2001: 76).

Noen ville kalle disse forestillingene om kjønn og sykdom, som både inngår som en faktor i vitenskapsproduksjon og som et resultat, for ideologi. Ideologi har ofte blitt forstått som falsk bevissthet, som forståelser som tilslører *sannheten* (Wodak og Meyer 2009: 8). Både Duerden-Comaeu (2007) og Johannisson (1994) bruker dette begrepet, uten at de spesifiserer hva de legger i det. Andre igjen ønsker ikke å bruke dette begrepet på grunn av dets negative konnotasjoner. Jordanova sier at hun selv om hun egentlig snakker om akkurat det samme som de som snakker om ideologi, velger hun å det for *medieringer* (mediations). «De taler til og inneholder implikasjoner som strekker seg bredere enn deres eksplisitte innhold» (Jordanova 1989: 2). En mulig måte å forstå ideologi på, uten å ta stilling til hva som er *sant* eller ikke, eller om det overhodet finnes en sannhet, er å se det som de mer «latente og skjulte typer av hverdagsforståelser, som ofte er forkledd som metaforer og ideologier» (Wodak og

Meyer 2009: 8). Denne definisjonen inkluderer ikke makt som et element, men slike naturaliseringsprosesser av kjønnsforståelser kan lett forstås i en maktkontekst. Når det snakkes om makt og kjønn er det lett å tolke det som at det er menn som gruppe, som undertrykker kvinner som gruppe. Dette blir feil i denne sammenheng.

Foucaults maktbegrep er mer passende her. Han skriver at selv om makt nødvendigvis må utøves med hensikter og mål er den ikke et resultat av enkeltindivider eller -gruppers valg og beslutninger (Foucault 1999: 99, 106). Han forstår makt som «mangfoldet av de styrkeforholdene som er immanente i det feltet hvor de utøves og som er konstitutive for deres organisering. Den er det spillet av uopphørlige kamper og sammenstøt som transformerer, bestyrker eller omvelter styrkeforholdene» (Foucault 1999: 103). I denne sammenheng kan dette dreie seg om de definisjonskamper som foregår mellom lek-kunnskap og vitenskap, og innad i disse feltene. Hvordan skal kjønn forstås? Og sykdom? Hvilke faktorer gjøres irrelevante og relevante? Det vil foregå slike «kamper og sammenstøt» overalt i samfunnet, da makten er overalt, og «der det er makt er det motstand» (Foucault 1999: 106). Et viktig trekk med makten, ifølge Foucault, er at den er virksom bare i den grad den er skjult, «dens suksess er proporsjonal med i hvilken grad den lykkes i å skjule sine mekanismer» (1999: 97). Fairclough (2001), som delvis adopterer Foucaults maktforståelse, skriver at usynlighet er oppnådd når man ikke bringer ideologiene eksplisitt inn i diskursene ved å sette direkte ord på dem. Det er heller slik at de bygges på som commonsensiske bakgrunnsantakelser. Dersom det blir synlig at visse aspekter ved disse antakelsene opprettholder maktulikheter, er det ikke lenger «common sense» og det mister sin effekt. Ideologisk common sense må derfor bli satt i forgrunnen for at folk skal bli selvbevisste rundt det de tar for gitt (Fairclough 2001: 88). Dette er med andre ord en motstandsstrategi som Fairclough anbefaler. Bevisstgjøring er også en motstandsstrategi som har blitt omfavnet av feminister og som ligger bak opplysningsarbeid av den typen jeg har analysert i denne oppgaven. Kampanjen Hjertelig hilsen, og deler av det andre informasjonsmaterialet, prøver på akkurat dette, nemlig å synliggjøre det usynlige i den commonsensiske oppfattelsen av hjerteinfarkt – kvinnene. Gjennom analysen min har jeg vist at de så langt ikke har lyktes helt i dette. Jeg har avdekket at det fremdeles råder noen innebygde «ideologier» i språket de bruker. Selv når de prøver å ta avstand fra den rådende forestillingen om hjerteinfarkt som utelukkende en mannssykdom, og som noe nærmest unormalt i en kvinne, reproducerer de en del av den andronormativiteten og de kjønnsstereotypier de prøver å opponere mot. La meg nok en gang her poengtere at jeg ikke tillegger noen aktører bak tekstene intensjoner i denne retning. Poenget er snarere at kulturelle forståelser av forbindelsen mellom kjønn og sykdom, samt deres naturalisering, er

nærmest total og inngår som en allestedsværende, skjult, underliggende enighet. Som et utgangspunkt for, for eksempel informasjonsarbeid. Det understreker mitt poeng at alle ligger under for disse forestillingene. Lekfolk, medisinsk personell, kunnskapsprodusenter og kunnskapsformidlere.

6.4.3 Praksis og reproduksjon.

I det foregående har jeg argumentert for at oppfatninger, overbevisninger og commonsensiske antakelsene om kjønn, inngår i kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling. De legger også føringer for våre handlinger.

Foucault er opptatt av at praksis er viktigere enn ideologi (Bordo 1989: 14). Med det mener han at motstand i form av tekst og ord, reartikulering av allment aksepterte fenomener, ikke er nok for å oppnå endring. Gjennom organisering og regulering av tid, rom og bevegelser i vårt daglige liv, blir våre kropper formet og innprentet med de dominerende former av maskulinitet og femininitet (Bordo 1989: 14). Bordo slutter seg til dette og skriver «... studien av kulturelle representasjoner alene, atskilt fra vurderinger av deres relasjoner til kroppenes praktiske liv, kan forvri og villed» (Bordo 1989: 27).

Å *gjøre kjønn* er et velkjent begrep innenfor feministisk teori. Simone de Beauvoirs (ref.), med sitt berømte uttrykk «Man fødes ikke til kvinne, man blir det», er en pioner innenfor denne tankegangen. Det var Candace West og Don H. Zimmerman, inspirert av Erving Goffmans begrep «gender display», som først tok i bruk dette perspektivet og publiserte i 1987 en artikkel som het «Doing Gender». Hovedmålet med denne artikkelen var å argumentere for et nytt syn på kjønn, noe som gikk utover distinksjonen mellom biologisk og sosialt kjønn. «Vi argumenterer også for at kjønn (gender) ikke er et sett med trekk, heller ikke en variabel, eller en rolle, men produktet av sosial gjøren (social doing) av et slag.... Vi hevder at kjønn (gender) er konstituert gjennom handling» (West og Zimmerman 1987: 129). Kjønn er altså noe som gjøres og som dermed skapes gjennom sosial interaksjon med andre. Ved å *gjøre kjønn* riktig opprettholder, reproducerer og legitimerer man samtidig de institusjonelle ordningene som er basert på *biologisk kjønn* (sex) (West og Zimmerman 1987: 146). Mennesker i et gitt samfunn oppdras og oppfordres til å handle i tråd med de kjønnsstereotypiske normer for maskulinitet og femininitet (Courtenay 2000: 1387). Også helse- og sykdomsatferd, er etter dette synet, med på å gjøre kjønn. Denne atferden kan også ses på som «midler for å demonstrere femininiteter og maskuliniteter» (Courtenay 2000: 1385). Ved å demonstrere disse maskulinitetene og og femininitetene gjennom vår praksis

oppretholder, forsterker og reproduserer vi de også.

Flere av studiene jeg har referert til i innledningskapittelet viser også dette. Emslie og Hunt (2009) konkluderer med at menn gjør kjønn når de gir inntrykket av å *ikke gjøre* helse. De mener at hegemonisk, tradisjonell maskulinitet, i deres studie, begrenset mulige former for helseatferd for noen menn (Emslie og Hunt 2009: 181). Helse generelt blir oppfattet som noe kvinner oftere er opptatt av enn menn. De skriver videre at flere studier har vist at kvinner på sin side, ofte prioriterer helsen til andre familiemedlemmer over sin egen (2009:183).

Samtidig rapporteres det at kvinner, gjennom et liv, oftere er hos lege eller på andre måter er i kontakt med helsevesenet. Dette blir tidvis omtalt som kvinners overforbruk av helsetjenester, mens andre stiller spørsmål ved om det heller er et tegn på menns underforbruk (f eks Pollock 2010, Schei og Bakketeig 2007). Dette er uansett handlingsmønstre som skaper og opprettholder bildet av kvinner som sykelige. Dette igjen preger både pasienter og legers handlinger knyttet til plager, symptomer og tilstedeværende risikofaktorer. Slik blir forbindelsene mellom kjønn og sykdom opprettholdt gjennom både pasienter og legers praksis.

På lik linje med andre kjønnede normer, finnes det altså normer for kvinnelig og mannlig helseatferd som vi som kultur enes om. Dette kommer også til uttrykk i mitt datamateriale. Den kvinnelige hjerteinfarktpasienten gjør ikke kjønn på riktig måte når hun gjør helse og sykdom, og hjerteinfarkt kan dermed ikke bli knyttet til det ideelle kvinnelige. Jeg har også vist at en av grunnene til at hjerteinfarkt holder seg på toppen av prestisjehierarkiet, til tross for økt kunnskap om livsstilsfaktorer i utviklingen av sykdommen, er fordi den er så tett knyttet opp til mannlige. Når mannens atferd er av en slik karakter at den kan føre til hjerteinfarkt, gjør han maskulinitet.

Praksis' forrang over artikulasjon er altså en annen faktor som vanskeliggjør strategisk omkønning av en sykdom, via tekst til folket.

7 Konklusjon.

I denne oppgaven har jeg hatt et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Det har tillatt meg å avdekke kulturelle og sosiale byggesteiner som inngår i konstruksjonen av hjerteinfarkt. Ved å analysere offentlig informasjonsmateriell om hjerteinfarkt har jeg avdekket hjerteinfarkt som en kompleks sykdomsentitet.

For det første viste jeg, gjennom å analysere sykdomstegn, diagnostisering og behandling, slik de ble omtalt i datamaterialet, at hjerteinfarkt nærmest kan forstås som to sykdommer. Jeg identifiserte et *mannlig* og et *kvinnelig* hjerteinfarkt. Det mannlige er kjennetegnet av at det er dramatisk, akutt, og med distinkte symptomer. Det må møtes med rask og effektiv behandling, og man kan bli frisk av det. Det kvinnelige hjerteinfarkt på sin side er mindre dramatisk og akutt, men likevel en sykdom man ikke kan forvente å bli helt frisk av. Det er nærmere en kronisk sykdom enn det mannlige hjerteinfarkt er.

For det andre viste jeg at det var et distinkt skille mellom den typiske hjerteinfarktpasienten, som viste seg å være mann, og den kvinnelige hjerteinfarktpasienten. Den mannlige hjerteinfarktpasienten er kjennetegnet av karakteristikk, fokus på karriere og utsatt for et sterkt ytre press, som er høyt ansett i vårt samfunn, og som derfor er med på å trekke opp en sykdoms prestisje. Den kvinnelige hjerteinfarktpasienten fremstår som motstykket, og er den typiske pasienten tilhørende en sykdom med lav prestisje. På bakgrunn av dette diskuterte jeg hvorvidt det tenkte kvinnelige hjerteinfarkt var en verdig sykdom eller ikke. Her konkluderte jeg med at det kvinnelige hjerteinfarkt, i sitt uttrykk, fremstod som likere fibromyalgi enn brystkreft, og at det dermed måtte anses som en uverdig sykdom, i motsetning til det mannlige hjerteinfarkt.

Ytterligere kompleksiteter ble avdekket da jeg for det tredje viste at Hjertelig hilsen kunne forstås som både en kjønnings- og en verdiggjøringskampanje, men at de, etter min mening, ikke lyktes helt med dette. Jeg argumenterte for at deres forsøk på å synlig- og verdiggjøre kvinnen i forståelsen av hjerteinfarkt i stor grad er med på å bekrefte og reproducere forestillingen om det kvinnelig hjerteinfarkt, og den kvinnelige hjerteinfarktpasienten, som

et avvik. Videre kan den føre til en enda mer fragmentert sykdom, der ulike «varianter» av den blir målt opp mot hverandre og hierarkisert. Dette fordi det er et sentralt trekk både ved hvordan kjønn og prestisje fungerer som kategoriseringsprinsipper – de er begge relasjonelle fenomener, som distingverer og hierarkiserer.

For det fjerde argumenterte jeg for at akkurat disse mekanismene sørget for at hjerteinfarkt på toppen av sykdommenes prestisjehierarki, kan forstås som det *mannlige hjerteinfarkt*. Det kvinnelige, dersom det var en *egen* sykdom, ville fått en langt lavere plassering.

Jeg avsluttet med å peke på to forhold som vanskeliggjør en omkjønning av hjerteinfarkt, eller andre sykdommer, gjennom tekst til folket. Dette er for det første hvordan commonsensiske antakelser, om både kjønn og sykdom, er iboende vitenskapelig kunnskap og forklaringsmodeller. For det andre hvordan disse commonsensiske antakelsene også informerer våre handlinger, og at pasienter og legers praksis er mer avgjørende enn tekst, for å oppnå endring.

Jeg spurte innledningsvis i denne oppgaven om det kunne tenkes at det var noe med forestillingene om kvinner eller kvinnesykdommer som ikke lot seg forene med forståelsen av hjerteinfarkt som sykdom. Å svare på dette har vært hovedformålet med oppgaven. Hierarkiseringen av kjønn og det kjønne fungerer slik at særlig det mannlige avviser det kvinnelige (Haavind 2000: 213). Det kan synes som at den sterke og vedvarende assosiasjonen mellom hjerteinfarkt og det maskuline, avviser muligheten til å knytte feminine assosiasjoner til sykdommen. Haavind (2003) påpeker at kjønnskoden er et reguleringsverktøy som har to viktige funksjoner: makt og splittelse. Splittelsen handler om å identifisere forskjeller og å gjøre disse gjensidig utelukkende. Makten rangerer, som oftest det mannlige over det kvinnelige (2003: 213). Det kvinnelige hjerteinfarkt som en tenkt konstruksjon, vil altså uansett bli rangert lavere. Dette har jeg også vist ved å trekke prestisjeteorien inn i analysen og diskusjonen. Det dikotomiske og hierarkiserte forholdet mellom kjønnene sitter dypt, og en konklusjon utfra dette er at det kvinneliges naturlige underordning forhindrer prestisje. Det vil si at kvinnesykdommer alltid vil ha minst ett, relativt stort, element ved seg som trekker ned den gitte sykdommens prestisje. Både det

mannlige og det prestisjefylte, som må antas å henge sammen, «blokkerer» for at kvinner og femininitet kan ses som en del av forståelsen av hjertinfarkt. Det kvinnelige hjerteinfarkt blir dermed et avvik, og underordnet *det ekte hjerteinfarkt*.

Når man snakker om prestisje er det lett å kun tenke på anseelsen, som en verdi i seg selv. Men iallfall når det kommer til sykdom, må man ikke miste syne av hvilke konsekvenser denne ulike fordelingen av prestisje kan ha. Og av at både sykdomsvurderinger og prestisjevurderingen også er *kjønnsavhengig*. I denne oppgavens innledning refererte jeg til en rekke studier som viste hvordan forestillinger om sykdom kan få alvorlige konsekvenser. Innenfor prestisjeforskningen er ikke mulige konsekvenser studert enda. Det er likevel grunn til å tro at slike uformelle prestisjevurderinger vil kunne påvirke beslutninger og handlinger på alle nivå i helsevesenet, og dermed få utstrakte konsekvenser både når det kommer til langsiktig ressursfordeling og raske medisinske avgjørelser i akutte situasjoner.

I denne oppgaven tilbyr jeg ingen løsninger. Det er fordi det ikke har vært formålet med denne oppgaven. Det overordnede formålet var å bidra til forståelsen av to kulturelle og sosiale fenomener, sykdomskjønning og sykdomsprestisje, og gjennom det åpne opp for å kunne stille flere spørsmål.

8 Litteraturliste

Album, Dag. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*. Vol 106(8-9) (s. 232-236).

Album, Dag og Steinar Westin. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. Vol 66(1) (s. 182-188).

Album, Dag. (2010). «Den ene undersøkelsen etter den andre», i Dag Album, Marianne Nordli Hansen og Karin Widerberg (red.): *Metodene våre*. Oslo. Universitetsforlaget.

Aronowitz, Robert A. (1999). *Making sense of illness*. Cambridge. Cambridge University Press.

Bondevik, Hilde. (2007). La Donna é mobile – om hysteridagnosen i Norge på 1800-tallet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol. 127 (s. 3254-3258).

Bondevik, Hilde. (2009). Om klorose og blodfattige jenter på slutten av 1800-tallet. *Tidsskrift for norsk legeforening*. Vol. 24(129) (s. 2647-2652).

Bordo, Susan R. (1989). «The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault», i Alison M. Jaggard og Susan R. Bordo (red.): *Gender/body/knowledge. Feminist reconstructions og being and knowing*. New Jersey. Rutgers University Press.

Burr, Vivien (2003): *Social constructionism*. Second edition. Routledge. East Sussex.

Clarke, Juane, Gudrun van Amerom, og Jeannine Binns. (2007). Gender and Heart Disease in Mass Print Media: 1991, 1996, 2001. *Women & Health*. Vol. 45(1) (s. 17-35).

Conrad, Peter og Karen Barker. (2010). Social construction of Illness: Key insights and policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 51(S) (s 67-79).

Courtenay, Will H. (2000). Constructions of masculinity and their influence in men's well-

being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. Vol 50 (s. 1385-1401).

Curry, Phillip og Marita O'Brien. (2006). The male heart and the female mind: A study in the gendering of antidepressants and cardiovascular drugs in advertisements in Irish medical publication. *Social Science & Medicine*. Vol. 62(8) (s. 1970-1977).

Denzin, Norman K. Og Yvonna S. Lincoln. (2005). «Introduction. The discipline and practice of qualitative research», i Norman K. Denzin og Yvonna S. Lincoln (red.): *The Sage handbook of qualitative research*. London. Sage Publications.

Duerden-Comeau, Tammy. (2007). Gender ideology and Disease Theory: Classifying Cancer in Nineteenth Century Britain. *Journal of Historical Sociology*. Vol. 20(1-2) (s.158-181).

Emslie, Carol, Kate Hunt og Graham Watt. (2001). Invisible Women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 23 (2) (s. 203-233).

Emslie, Carol. (2005). Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 51(4) (s. 382-95).

Emslie, Carol og Kate Hunt. (2009). Men, masculinities and Heart disease. A systematic review of the qualitative literature. *Current Sociology*. Vol 57(2) (s. 155-191).

Elvebakken, Kari Tove og Dag Stensvoll. (2008). Reisen til helseland. Propaganda i folkehelsens tjeneste. Bergen. Fagbokforlaget.

Figari, Helene og Ketil Skogen. (2011). Social representations of the wolf. *Acta Sociologica*. Vol 54(4) (317-332).

Foucault, Michel. (1999). Seksualitetens historie. Viljen til viten. Oslo. EXIL.

Frich, Jan C, Kirsti Malterud og Per Fugelli. (2006). Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol 24(1) (s. 38-43).

Frich, Jan C., Kirsti Malterud og Per Fugelli. (2007). How do patients at risk portray candidates for coronary heart disease? A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol 25(2) (s. 112-116).

Gergen, Kenneth J. (2009). *An invitation to social constructionism*. Los Angeles. Sage.

Graue, Elisabeth og Daniel J. Walsh. (1998). *Studying children in context. Theories, methods and ethics*. London. Sage Publications.

Halvorsen, Sigrun. (2008). Koronarsykdom hos unge kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol. 2(128) (188).

Halvorsen, Sigrun og Cecilie Risøe. (2008). Symptomer og diagnostikk av koronarsykdom hos kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol. 18(129) (1853-1857).

Hofmann, Bjørn. (2008). *Hva er sykdom?* Oslo. Gyldendal Akademisk.

Hølge-Hazelton, Bibi og Kristi Malterud. (2009). Gender in medicine – does it matter?. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol 37 (2) (s. 139-145).

Haavind, Hanne. (2000). «På jakt etter kjønnede betydninger», i Haavind Hanne (red.): *Kjønn og fortolkende metod. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Haavind, Hanne. (2000). «Analytiske retningslinjer ved empiriske studier av kjønnede betydninger», i Haavind Hanne (red.): *Kjønn og fortolkende metod. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Johannisson, Karin. (1994). *Det mørke kontinentet. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo. Grøndahl og Dreyers Forlag AS.

Johannisson, Karin. (1996). «Kön och ohälsa – ett historiskt-kulturellt perspektiv», i Östlin et al (red.): *Kön och ohälsa*. Lund. Studentlitteratur.

Jordanova, Ludmilla. (1989). *Sexual visions. Images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*. New York. Harvester Wheatsheaf.

Kvinnerns helse i Norge. (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. (NOU 1999: 13).

- Laqueur, Thomas. (1990). *Making sex. Body and gender from the greeks to Freud*. Cambridge. Harvard University Press.
- Mol, Annemarie. (2002). «Cutting surgeons, walking patients: some complexities involved i comparing», i Law, John og Annemarie Mol (red.): *Complexities: social studies of knowledge practices (Science and cultural theory)*. London. Duke University Press.
- Ortner, Sherry B. (1974). «Is female to male as nature is to culture?», i Lemphere, Louise og Michelle Zimbalist Rosaldo (red.): *Woman, culture and society*. Palo Alto. Stanford University Press.
- Pollock, Anne. (2010). Reading Friedan: Toward a Feminist Articulation of Heart Disease. *Body & Society*. Vol 16(4) (s. 77-97).
- Riska, Elianne. (2006). *Masculinity and men's health. Coronary heart disease in medical and public discourse*. New York. Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Robertson, Steve. (2007) *Understanding Men and health. Masculinities, identity and well-being*. Birkshire. Open University Press.
- Schei, Berit og Leif S. Bakketeig (2007). *Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Selmer, R., A. S. Lindman, A. Tverdal, J. I. Pedersen, I. Njølstad og M. B. Veierød. (2008). Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol. 128 (s. 286-290).
- Silverman, David. (2010). *Doing qualitative research*. London. Sage Publications.
- Smirthwaite, Goldina. (2010). «Mellan biologism och diskursfundamentalism», i Barbro Wijma, Smirthwaite, Goldina og Swahnberg, Katarina (red.): *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund. Studentlitteratur.
- Sontag, Susan. (1996). *Sykdom som metafor*. Oslo. Gyldendal.
- Swahn, Eva (2010). «Kön og genus inom hjärtvården», i Barbro Wijma, Goldina Smirthwaite og Katarina Swahnberg (red.): *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund. Studentlitteratur.

Thagaard, Tove. (2003). Systematikk og innlevelse. Bergen. Fagbokforlaget.

Widerberg, Karin. (2005). Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt. Oslo. Universitetsforlaget.

Wodak, Ruth og Meyer, Michael. (2009). «Critical Discourse Analysis: History, Agenda, Theory and Methodology», i Wodak, Ruth og Meyer, Michael (red.): *Methods of Critical Discourse Analysis*. London. Sage.

8.1 Elektroniske kilder.

Folkehelseinstituttet. (2011). Helsetilstanden i Norge: Hjerte- og karsykdommer. URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806> (Lesedato 23.01.2012).

Folkehelseinstituttet. (2011b). Hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom: forebygging, behandling og forskning. URL <http://www.fhi.no/artikler/?id=41609> (Lesedato 23.02.2012).

Helsenytt for alle. (2004). Kvinner og hjerte- og karsykdommer. URL: http://www.sinnetshelse.no/helsenyttarkivet/artikler/kvinner_hjertekar.htm

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2012). Din helse – vår hjertesak. URL: http://www.nasjonalforeningen.no/no/Om_oss/ (29.06.2012).

Norsk helseinformatikk. (2010). Brystkreft, noen faktaopplysninger. URL: <http://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-noen-fakta-16139.html> (Lesedato 07.11.2012)

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2012). Om LHL. URL: <http://www.lhl.no/no/om-lhl/> (29.06.12).

8.2 Datamaterialet.

Hjertelig hilsen. (2011/2012). URL: <http://www.lhl.no/no/hjertelig-hilsen/>

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2012). Å leve med hjertesykdom. Kan åpnes i pdf her: http://nettbutikk.lhl.no/epages/lhl.preview/no_NO/

ObjectPath=/Shops/LHL/Products/2015

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2011). Kvinner og hjerte- og karsykdommer. Kan åpnes i pdf her: http://www.nasjonalforeningen.no/Kvinner+og+hjerte-+og+karsykdom.9SVTFII56n_d2Z-0ow_j1X9f3TP9D6CJ1IYL.ips?template=product

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2011). Hjerteinfarkt. Kan åpnes i pdf her: http://www.nasjonalforeningen.no/Hjerteinfarkt.E2x2VLXC9g_H7z_AhlFK64-I720-U9or64K.ips?template=product

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 36 700.

Hjelp oss å hjelpe andre!

Hjerte- og karsykdommer er årsak til nesten halvparten av alle dødsfall i Norge. Nasjonalforeningen for folkehelsen finansierer en betydelig del av norsk hjerteforskning for å:

- lære mer om sykdomsårsaker
- utvikle bedre behandlingstilbud
- drive forebyggende tiltak i befolkningen

Ditt bidrag kan redde liv!

Din helse - vår hertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon som arbeider for å bedre folkehelsen gjennom forskning, opplysning og praktiske tiltak. Organisasjonen ble stiftet i 1910.

75 000 frivillige arbeider gjennom 1 000 helselag for å forebygge sykdom og ulykker og fremme folkehelsen gjennom opplysnings-, omsorgs- og trivselstiltak.

Norges fremste fagfolk er representert i organisasjonens råd og utvalg. Våre virkeområder er hjerte- og karsykdommer, eldreasken, demenssykdommer, barn og familie, tuberkulose og belastningslidelser.

Nasjonalforeningens arbeid finansieres av innsamlede midler og STRAX-lotteriet.

Du støtter vårt arbeid ved å bli medlem og gjøre en innsats i ditt nærmiljø. Du kan også gi et økonomisk bidrag eller kjøpe våre STRAX lodd.

Nasjonalforeningen utgir «Helsenytt - for alle», med gode helserråd fra landets fremste leger, psykologer og ernæringseksperter.

Testamentér til hjerteforskningen

En testamentarisk gave er en gave til dine etterkommere. De fleste norske familier er på en eller annen måte berørt av hjerte- og karsykdommer.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en betydelig bidragsyter til hjerteforskningen. Vi vet at det nyter!

Det er viktig at de strenge formkravene til testament blir fulgt. Vi kan kostnadsfritt hjelpe deg å sette opp et testament. Der det ikke er barn eller andre slektsarvinger er det spesielt viktig å sette opp et testamente. Formuen vil ellers tilfalle staten.

Nasjonalforeningen er fritatt for arveavgift. En testamentarisk gave kommer derfor hjerteforskningen ubeskåret til gode.

Minne- gave

En slektning eller god venn som er gått bort, kan hedres med en gave til hjerteforskningen. Vi sender et vakker minnekort til de pårørende hvor det fremgår at vi har mottatt din gave til minne om avdøde. Selv får du et takkebrev. Husk å oppgi avdødes navn, pårørendes navn, samt eget navn og adresse på innbetalingsblanketten. Bankgiro 8200 01 80285.

Skattefri gave til hjerteforskningen

Det kan kreves skattefradrag for pengegaver til hjerteforskning. Bidrag inntil kroner 10 000 kan trekkes fra uansett inntekts størrelse.

Hjerteinfarkt



NASJONALFORENINGEN

DET NORSKE RÅD FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Våre hjertebrosjyrer:

Informasjonshefte	nr. 1 –	Angina Pectoris
Informasjonshefte	nr. 2 –	Hjerteinfarkt
Informasjonshefte	nr. 3 –	Høyt blodtrykk
Informasjonshefte	nr. 4 –	Hjerneslag
Informasjonshefte	nr. 5 –	Hjerteoperasjon
Informasjonshefte	nr. 6 –	Kvinner og hjerte- og karsykdommer
Informasjonshefte	nr. 7 –	Kosthold og hjerte- og karsykdommer
Informasjonshefte	nr. 8 –	Hvordan unngå å gå opp i vekt når du slutter å røyke
Informasjonshefte	nr. 9 –	Hjertesvikt
Informasjonshefte	nr. 10 –	Hjerteleksikon

Brosjyren er utarbeidet av professor Knut Rasmussen og revidert av professor Per Omvik.

Produksjon: Jan-Erik Austrad, Nasjonalforeningen for folkehelsen

Forside: Tor Berglie Grafisk Design a.s.

Trykk: Falch a.s.

Foto og illustrasjoner: Nasjonalforeningen for folkehelsen, Sjøberg Bildebyrå ©
© Nasjonalforeningen for folkehelsen 2000

Brosjyren er utarbeidet av
Nasjonalforeningen Det norske råd for hjerte- og karsykdommer
Postboks 7139 Majorstua, 0307 Oslo
Telefon 23 12 00 00, faks 23 12 00 01
E-post: post@nasjonalforeningen.no
Internett: www.nasjonalforeningen.no
www.helsenytt.no



NASJONALFORENINGEN

DET NORSKE RÅD FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Informasjon og råd til pasienter med hjerteinfarkt

FORORD

Dette heftet er først og fremst beregnet på pasienter som nettopp er innlagt for et akutt hjerteinfarkt eller som skal utskrives fra sykehuset. Vi håper at denne informasjonen kan være en støtte i den vanskelige tiden etter hjemkomsten fra sykehuset. Hefet er også rettet mot pasienter som har hatt hjerteinfarkt tidligere og mor pårørende til pasienter med hjerteinfarkt. Et hjerteinfarkt kan være alt fra en liten episode til en katastrofe i den enkeltes liv. Problemene som oppstår er derfor svært individuelle. Dette heftet kan derfor bare dekke de mest alminnelige forhold. Hver enkelt pasient har også krav på munnlig og individuell informasjon. Hvis du har problemer som ikke er dekket i heftet, bør du spørre legen direkte. Det er da ofte praktisk å ha skrrevet med spørsmålene på forhånd. Hefet er utarbeidet av professor Knut Rasmussen ved Regionsykehuset i Tromsø, på oppdrag fra Nasjonalforeningen Det norske råd for hjerte- og karsykdommer. Den er senere revidert av professor Per Omvik ved Haukeland sykehus.

Terte Skjærpe

Rådleder

Nasjonalforeningen

Det norske råd for hjerte- og karsykdommer

Kjell Bjartveit

Leider

Nasjonalforeningen for folkehelsen

Hva er et hjerteinfarkt?

Hjertet er en hul muskel som trekker seg sammen og utvider seg igjen omtrent én gang hvert sekund, og virker som en pumpe som sender blod ut til alle blodårer i kroppen. Har vi bruk for det, kan taktet (puls) øke til både to og tre hjerteslag per sekund, slik at mengden blod som pumpes ut øker. Når en del av hjertemuskelen blir ødelagt fordi blodtilførselen til denne delen stopper opp, kaller vi dette et hjerteinfarkt. Noe medisende brukes ofte uttrykket «sår på hjertet». En slik skade skjer når en større eller mindre åre i hjertet går tett på grunn av åreforkalkning og blodproppdannelse. I løpet av ca. en time etter at blodtilførselen er stoppet dør hjertemuskelfibrene i området. Denne del av hjertemuskelen kan ikke få sin muskelfunksjon (det vil si evnen til å trekke seg sammen og utvide seg igjen) tilbake. I ukene som følger etter skaden skrumper området, muskelvev blir erstattet av bindevev, og det dannes et arr. Resten av hjertemuskelen kan i løpet av noen måneder vokse i tykkelse og styrke og dermed delvis erstatte funksjonen i den skadede del. Hvor store følger et hjerteinfarkt vil ha avhenger derfor av hvor stort det har vært.

Hva er årsaken til hjersteinfarkt?

Alle organer i kroppen trenger stadig tilførsel av blod for å få dekket sitt behov for oksygen (surstoff). Hjertermuskelen selv får blod fra egne pulsårer, de såkalte kranspulsårer, som forgrener seg utover hjerrets overflate og inn i selve hjerterveggen. Et infarkt oppstår nesten bestandig der det er åreforkalkning i disse kranspulsårene. Årsaken til hjersteinfarkt er dermed den samme som årsaken til åreforkalkning. Årefor-

Ekspertene er ikke enige på alle punkter, men enigheten er langt større enn det debatten i masse-media kan ryde på. Som det fremgår av denne er de viktigste kjente årsaksfaktorer fettinnholdet i blodet, tobakksrøyking og høyt blodtrykk. Heldigvis er noen av faktorene slik at vi kan gjøre noe med dem (f.eks. slutte å røyke), mens andre ikke kan behandles (f.eks. arv).

Det finnes en rekke forskjellige fettsorter i blodet, og disse virker i forskjellige grad på åreforkalkningen. Det viktigste er kolesterol, et fettstoff som



Bildet viser hvordan forkalkning av blodårene kan føre til hjersteinfarkt. (aterosklerose er det samme som åreforkalkning)

Kalkningen begynner hos de fleste i ung alder og tiltar gradvis med årene. Det dannet seg avleiringer i åreveggen som fører til at den innvendige åpning i årene blir mindre. Avleiringene inneholder i tidlig fase mest fett. Det har i en årrekke foregått mye forskning rundt årsaksforholdene til åreforkalkning.

dels produseres i kroppen og som dels kommer fra det vi spiser. Er kolesterolinnholdet i blodet lavt, er risikoen for infarkt liten. Er innholdet høyt er risikoen større. Med diett kan man senke kolesterolinnholdet i blodet noe og dermed forebygge åreforkalkning. Denne dietten bør starte i ung alder.

Personer som røyker, får oftere hjersteinfarkt enn andre. Dess mer de røyker, dess større er risikoen. De som slutter å røyke reduserer risikoen, slik at de etter noen år ikke er særlig mer utsatt enn

Sikre årsaksfaktorer:

1. Fettinnholdet i blodet
2. Røyking
3. Blodtrykket

Usikre årsaksfaktorer:

1. Arv
2. Stress
3. Mangel på mosjon

personer som aldri har røykt. Et høyt blodtrykk (høyt trykk inne i pulsårene) øker også åreforkalkningen. Derfor gir et høyt blodtrykk økt risiko for infarkt. Denne faktor kan vanligvis reguleres gunstig med medisiner. Åreforkalknings sykdommene opptrer hyppigere i noen familier enn i andre. Dette kommer delvis av at både fettmengden i blodet og blodtrykket påvirkes av arv. Det er mulig at det også finnes arvelige faktorer som kan øke risikoen for hjersteinfarkt uavhengig av om blodtrykk og fettmengde i blodet er øket. En pasient som har fått et infarkt grubler ofte over årsaken i sitt tilfelle. Mange tror å finne holdpunkter i den livssituasjon de hadde akkurat da infarkt kom eller i månedene før. I de fleste tilfelle er det riktignok å analysere levestret de siste 20 år før infarkt, særlig med tanke på de tre nevnte hovedfaktorer. En forebygging av hjersteinfarkt må derfor begynne i ung alder, men selv når et infarkt er oppstått er det ikke for sent å starte et program for å forebygge nye infarkter.

Symptomer og komplikasjoner ved hjersteinfarkt

En moderat åreforkalkning i kranspulsårene kan føre til at hjertermuskelen får nok oksygen i hvile, men at blodstrømmen gjennom det trange partiet blir for dårlig når behovet for oksygen øker under fysisk arbeid. Den oksygenmangel som da oppstår i hjertermuskelen, gir en karakteristisk smerte i brystet som kalles hjerte-krampe eller angina pectoris. Denne smerten ligner helt på den man har ved hjersteinfarkt, fordi mekanismen er den samme. Smerten kommer typisk under anstrengelse og lindres raskt når man stopper opp. Smerten kan også komme i forbindelse med andre forhold som øker hjertets arbeid, som for eksempel kulde og vind, store måltider, psykisk stress og ubalanse, spennende kriminalfilmer eller sportsbegivenheter på TV. Noen får smerter om natten, og må da sitte opp. Hvis pulsåren blir så trang at tilførselen av blod og oksygen blir for liten også i hvile, oppstår et hjersteinfarkt. Som regel er åren gått helt tett på grunn av en plutselig oppstått blodpropp i det trangeste partiet (se side fire). Infarktsmerten er kraftigere enn ved angina pectoris, den varer lengre og den kan komme selv i ro. Dette tar vanligvis noen timer. Noen få pasienter kan få hjersteinfarkt uten brystsmerte (stumt infarkt). Andre symptomer som kan oppstå ved hjersteinfarkt er kvalme og oppkast. Noen blir plutselig meget tunge i pusten. Andre kan merke langsom, rask eller uregelmessig hjerterytme. Besvimelser er ikke så uvanlig ved akutt hjersteinfarkt, enten på grunn av meget sterke smerter eller på grunn av hjerterytmeforstyrrelse.

innleggelsen og 8-10 % under sykehusoppholder. Risikoen er størst de første timene. De som kommer så langt at de får denne brosjyren i hendene er vanligvis allerede på trygg grunn.

Diagnosen av hjerteinfarkt

Sykehistorien vekker vanligvis legenes mistanke om diagnosen. For å bevise at mistanken er korrekt må det registreres utslag i elektrokardiogrammet (EKG) eller i blodprøver som måler utslipp av enzymer fra den skadete delen av hjertet. Helt akutt og de første timene etter infarkt kan det være vanskelig å slå fast om det virkelig dreier seg om et hjerteinfarkt eller ikke. Heldigvis er vi i løpet av et par dager nesten alltid i stand



Legen stiller diagnosen ved å spørre pasienten og lytte til hans fremstilling av symptomene.

til å si om det har vært et infarkt eller ikke. Mange pasienter spør hvor stort hjerteinfarkt er. Dessverre har vi ingen metode som samtidig både er enkel og nøyaktig for å fastslå infarktstørrelsen. Ut fra EKG og blodprøver kan legen likevel i mange tilfeller gi et grovt anslag, som for eksempel at infarkt er «lite», «middels» eller «stort». Ved hjelp av undersøkelse med ultralyd (ekko) er det ofte mulig å gi litt mer presis angivelse av infarkt, både hvor stort det er, hvor i hjertet det sitter og hvilken effekt det har på hjertepumpefunksjonen.

Behandling av det akutte infarkt

Behandlingen i de første dagene etter et hjerteinfarkt har følgende mål:

1. Straks diagnosen er klar: oppløse blodproppen som førte til fullstendig tilstopping av blodåren.
2. Bedre oksygentilførselen til hjertet og redusere oksygenforbruket.
3. Forhindre og behandle forstyrrelser i hjertets rytme.
4. Lindre smerte og kvalme.
5. Forhindre eller behandle andre komplikasjoner, som f.eks. hjertesvikt.

Behovet for hvert av disse tiltakene avhenger av hvor lang tid det har gått etter infarkt. For å få behandlingen iverksatt så fort som mulig er det viktig at pasienten raskest mulig kommer under legebehandling og sendes til sykehus. Under ambulansetransport bør komplikasjoner kunne behandles og det må være kyndig personale med. For at medikamenter skal kunne settes så fort og kontrollert som mulig får de fleste lagt inn et plaster i en blodåre med en gang legen kommer til. I løpet

av de siste årene er det blitt mulig å åpne opp igjen den (eller de) blodåren(e) som ble tett og forårsaket infarkt. Derfor anbefales nå å gi en tablett hurtigvirkende Aspirin (Albyl, Dispril, Globoid) som tygges og svelges med vann allerede i ambulansen på vei til sykehuset. Så snart mistanken om hjerteinfarkt er bekreftet med EKG og eventuelt blodprøver, vil pasienten etter ankomst til sykehuset bli tilført et blodpropp-oppløsende stoff gjennom plasteret i blodåren på armen. Denne behandlingen (trombolyse) bedrer levestikrene. Dessverre kan slik behandling hos enkelte pasienter medføre alvorlige komplikasjoner (f.eks. blødninger).

En alternativ metode for å åpne opp tette blodårer er akutt ballongblokkering (se nærmere om metoden på s. 16). Hos pasienter med akutt hjerteinfarkt er denne behandling foreløpig på forsøksstadiet og tilgjengelig på noen få sykehus. Behandlingen er mest effektiv når den kan igangsettes i løpet av de første fire-seks timene etter infarkt-tidspunktet. Det er derfor viktig at pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt får kontakt med lege så snart som mulig. Når det har gått mer enn 12 timer etter infarkt anses behandlingen å være uten effekt. Alle landets sykehus har i dag såkalte overvåkingsavdelinger for hjerteinfarktpasienter. Her kan pasienten få øyeblikkelig behandling dersom det opptrer forstyrrelser i hjerterytmen, f.eks. elektrisk sjokkbehandling. Personaler på overvåkingsavdelingene har spesialopplæring for å kunne ta seg av pasienter med infarkt og rytme-forstyrrelser, og forholdene er lagt til rette for at kontakten mellom pasient og personale er god. De fleste pasientene oppholder seg en - to dager i

overvåkingsavdelingen og overføres deretter til vanlig senge-avdeling. Alt etter en- tre dager får de fleste lov til å sitte oppe og utskrivning kan vanligvis skje etter ca fire- sju dager. I løpet av denne perioden får pasienten gradvis oppretning til et rolig oppgående liv. Ved komplikasjoner blir sykehusoppholdet lenger.

Leveregler for pasienter som har hatt hjerteinfarkt

- Reglene tar utgangspunkt i tre spørsmål:
- Hvordan kan vi hindre ny årefor- kalkning og blodproppdannelse?
 - Hvordan kan vi hindre rytme- forstyrrelser og hjertesvikt på lengre sikt?
 - Hvordan ønsker vi at et godt liv skal være?

De to første spørsmålene er medisinske, det siste er mer filosofisk. Hvor viktig er det for eksempel for den enkelte å være i arbeid eller å drive kraftig mosjon? Selvfølgelig er det pasientens egen livsholdning som må være avgjørende i slike spørsmål. Det er bare pasienten som kan velge hva slags liv han eller hun vil leve. Likevel bør pasienten huske at også legens holdning til det filosofiske spørsmål kan være avgjørende for hvilke råd som gis.

Kosthold

Den maten hjerteinfarttpasientene bør spise avviker ikke særlig fra den vi anbefaler til andre. Det er vanligvis ingen grunn til å pålegge seg et asketisk kosthold. Tvert imot er det viktig å påse at kosten ikke blir for ensidig. Det er også viktig å være oppmerksom på at det er det gjen- nomsnittlige forbruk som betyr noe. Å spise litt ekstra ved festlige anledninger behøver man vanligvis ikke

være redd for. Overvekt bør unngås etter et hjerteinfarkt. Særlig for pasienter med tendens til hjertekrampe eller hjertesvikt kan plagene bli betydelig bedre hvis man går ned i vekt. Fordi den fysiske aktiviteten ofte reduseres den første perioden etter et infarkt, må matinntaket reduseres desto mer.

De viktigste regler for å unngå overvekt er:

1. Spis deg aldri overmett.
2. Spis fiberrik kost (brød, grønnsaker, frukt, poteter) fremfor mat som er rik på konsentrerte kalorier (fett og sukker).
3. Vei deg regelmessig.

De fleste nordmenn spiser i dag en kost som inneholder for mye fett. Vi bør derfor bruke mindre margarin, smør etc. i matlagingen og på brødmaten. Melken kan være skummet. Fett kjøtt kan erstattes av magert kjøtt, og kjøtt kan erstattes av fisk. Magert fisk erstattes av fet fisk. Flerumetter fett (som bl.a. finnes i fisk) har sannsynligvis en beskyttende evne hos hjertepasienter. Et slikt kosthold kan redusere fettinn- holder i blodet, og kan derivet forsinke den videre utvikling av åreforkalkningen noe. Et fornuftig kosthold er imidlertid minst like viktig for mennesker som ikke har hatt infarkt, og som ønsker å forhindre dette så lenge som mulig. En viktig bihensikt med å legge om kost- holder er derfor at også familie-

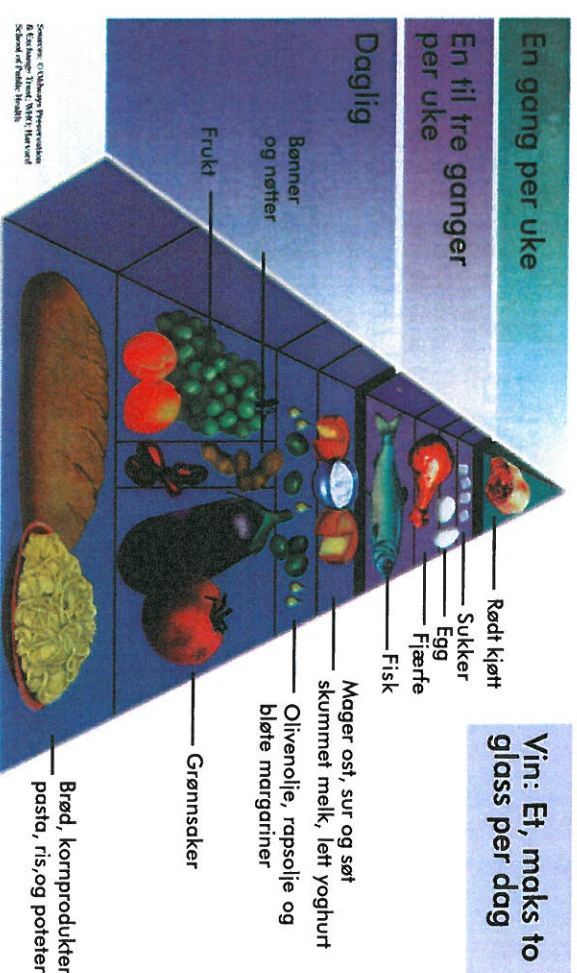
medlemmer, og særlig neste generasjon, kan lære bedre kostvaner. For de fleste pasienter som har hatt hjerteinfarkt er det ingen spesiell grunn til å frykte salter. Pasienter med høyt blodtrykk, og særlig pasienter med tendens til hjerte- svikt, bør imidlertid ikke spise for store saltmengder. Det er viktig å unngå for- stoppelse, særlig den første tiden etter hjemkomsten.

Alkohol

Heller ikke når det gjelder alkohol er det vesentlig forskjellig på de råd vi vil gi til pasienter og til andre. Moderat bruk av

alkohol tåles vanligvis godt av hjerte- pasienter. Det er til og med noen rapporter som tyder på at et moderat alkoholforbruk, f.eks. et eller maksimalt to glass vin per dag, kan være med på å beskytte mot åreforkalkning og infarkt. Derimot er overforbruk av det onde, for hjerte-pasienter som for andre. Pasienter som har et svakt hjerte eller har hatt hjertesvikt tilrådes å være mer forsiktige med alkohol. Hos disse kan alkohol redusere hjertets pumpefunksjon, og selv en moderat mengde øker hjertets arbeide. Alkohol kan forandre kroppens omsetning av medikamenter (Marevan), som skal hindre blodproppdannelse.

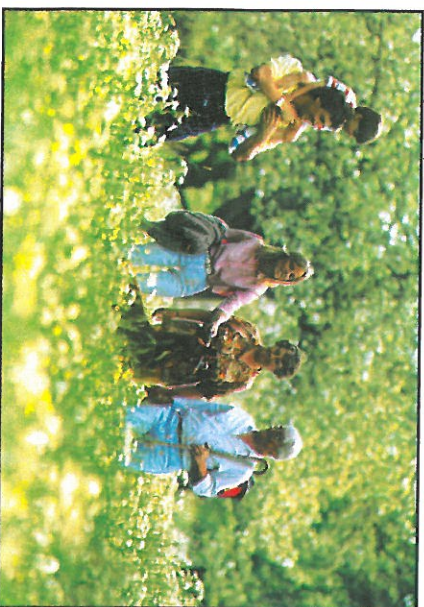
Kostholdspyramiden



Mosjon

Ved det akutte infarkt er hjertets pumpefunksjon redusert. I løpet av de neste ukene gjenopprettes imidlertid i de fleste tilfelle normal funksjon. Mange

Foto: Spjøberg Bildebyrå



Med litt trening kan mange komme i bedre form enn de var før de ble syke.

kan derfor bli like spreke som de var før sykdommen inntrådte. Et mindretall vil imidlertid fortsatt ha tegn til at hjertet ikke klarer pumpearbeidet tilfredsstillende. Rådene som blir gitt med hensyn til mosjon må derfor tilpasses den enkelte. De avgjørende faktorene er hvor stort hjerteinfarkt har vært, hvilke komplikasjoner som har tiltrådt, pasientens alder og eventuelle andre sykdommer. Spørsmålet må drøftes med legen før utskrivning fra sykehuset.

Når pasienten skrives ut fra sykehuset, er hjerteinfarktet som regel ikke helt leget. Fysisk aktivitet bør derfor økes gradvis. Den første uken kan man f.eks. gå korte spaserturer et par ganger om dagen. Etter et par uker kan turene gjøres lengre og tempoet settes opp. Man kan begynne å bevege seg i mer

kupert terreng, i brattere bakke, ta frem ski og sykkel. Som hovedregel kan det sies at man må prøve seg forsiktig frem og finne sine grenser. Stort sett tåles alt som føles behagelig. Oppstår det brystsmertter eller betydelig tungpustenhet er dette et signal fra hjertet, og

man må ta det litt roligere. Den mest alminnelige feil er kanskje at man er for lite aktiv de første månedene etter hjemkomsten fra sykehuset. For noen kan derfor et spesielt treningsprogram være nyttig. Slik trening kan skje hjemme etter instruks fra lege og fysioterapeut eller i noen tilfelle på spesielle kurs for hjertepasienter. De fleste pasienter som har hatt et infarkt og som ikke får hjertekrampe, vil kunne bygge opp en helt normal fysisk yteevne igjen. De fleste typer sport og friluftsliv kan dyrkes uten noen ekstra risiko. Trening er tvert imot gunstig både for kroppen som helhet og for hjertet. Enten det gjelder arbeid eller sport bør man starte forsiktig og varme opp først. Aktiviteter som gir jevn belastning, for eksempel spaserturer, sykling, skiløping og svømming er å foretrekke. Særlig til å begynne med bør man være forsiktig med plutselige tunge tak. «Kraftøvelser» som vektløfting bør unngås. I hvert fall bør en avstå fra de tyngste løftene. Pulshastigheten er et godt uttrykk for hvor mye en anstrengelse belastet hjertet. Så lenge pulsen er under 100 slag per minutt er belastningen lett, er den mellom 100 og 120 er belastningen moderat. Men tell for all del ikke pulsen til stadighet.

Hjelp oss å hjelpe andre!

Hjerte- og karsykdommer er årsak til nesten halyparten av alle dødsfall i Norge. Nasjonalforeningen finansierer en betydelig del av norsk hjerteforskning for å:

- lære mer om sykdomsårsaker
- utvikle bedre behandlingstilbud
- drive forebyggende tiltak i befolkningen

Ditt bidrag kan redde liv!

Benytt gironen og send en gave til hjerteforskningen.

**Din helse-
vår hjertesak!**

Nasjonalforeningen for folkehelsens hovedmål er å bedre folkehelsen gjennom forskning, opplysning og praktiske tiltak. 75 000 frivillige arbeider gjennom 1 000 helselag for å forebygge sykdom og ulykker og fremme helse gjennom opplysnings-, omsorgs- og trivselstiltak.

Nasjonalforeningen for folkehelsen
Postboks 7139 Majorstua, 0307 Oslo
Tlf: 23 12 00 00, faks: 23 12 00 01
E-post: post@nasjonalforeningen.no
www.nasjonalforeningen.no
www.helsenytt.no

re yrkes-
arbeidet.
beid kan
, kan det
beider er
me at de
rtig for å
bak om
melding.

t infarkt,
å tenke



rt når det
i mosjon.

llegg til å
n, kost,
ar mange
i gi en ny
: til ekte-
n har lært
t; og kan

Ved det pumpefun neste uken fleste tilfe

Foto: Sjøberg Bill



Med litt tre var før de l

kan derfor sykdomme imidlertid ikke klare stillende. hensyn til den enkelte hvor stort komplikas pasientens dommer. legem før u Når pasie er hjertein leget. Fysi: gradvis. De gå korte sf dagen. Ert gjøres len Man kan l

Kundidentifikasjon (KID)

Kroner

Øre

Til konto

> 82000180285

< 6302204745

Blankettnummer

Belast

Konto

Fødselsnr. (11 siffer)

For å få fradrag på selvangivelsen må fødselsnr. registreres.

Skattefri gave til hjerteforskningen

Betalingsinformasjon

GIRO

Underskrift ved giring

Betalingsfrist

NASJONALFORENINGEN
for folkehelsen
Pb. 7139 Majorstua, 0307 OSLO



Kvittering Innbetalt til konto 8200 0180285

Beløp

Betalersens kontonummer

6302204745

Blankettnummer

Seksuelliv

Pasienter som skrives ut fra sykehuset nøler ofte med å spørre om hvordan de skal forholde seg til seksuelliv. Det er fortsatt undersøkelser som viser at pasienter som har hatt hjerteinfarkt i alminnelighet kan gjenoppta et helt normalt samliv. Belastningen for hjertet i forbindelse med seksuell aktivitet har vist seg å være mindre enn man har trodd. Avholdenhet er derfor vanligvis ikke nødvendig. Pasienter som får hjertekrampe under samleie kan forsøke å bruke stillinger som er mindre anstrengende, og kan forsøke nitroglycerintabletter på forhånd. Ofte kan det hjelpe om partneren spiller en aktiv rolle. Bruk av medikamenter av typen Viagra kan være direkte farlig.

Røyking

Enten det gjelder mennesker som har hatt hjerteinfarkt eller andre er det bare ett råd en ansvarlig lege kan gi når det gjelder tobakk: Slutt å røyke! Det er klart vist at det går bedre med hjerteinfartspasienter etter at de har sluttet å røyke. Det oppstår færre nye infarkter og færre dødsfall hos dem som har sluttet. I tillegg til at det å slutte å røyke hjelper hjertet, reduserer det sjansen også for en rekke andre sykdommer. Særlig viktig er det at lungenes funksjon bedres. Siden lungenes og hjertets funksjon henger nøye sammen, er det spesielt viktig for en hjertepasient å ha gode lunger.

Arbeid

Pasienter som var i arbeid da de fikk sitt infarkt bør satse på å komme tilbake til

arbeidet. Over 80% av tidligere yrkesaktive kommer tilbake til arbeidet. Mens en som har hatt et lett arbeid kan være i virksomhet etter få uker, kan det gå to-tre måneder før en tungarbeider er i funksjon. En må ikke glemme at de sosiale bånd arbeidet gir er viktig for å bevare helsen. I avsnittet bak om trygderettigheter omtales sykemelding, artføring og uførepensjon.

Livsstil

Tiden etter at man har hatt et infarkt, kan være en anledning til å tenke



Foto: Sjøberg Bildebyrå

Sykdommen blir for mange en ny start når det gjelder både forholdet til ektefelle og mosjon.

gjennom sin livssituasjon. I tillegg til å justere arbeidsrytme, mosjon, kost, tobakk- og alkoholforbruk, har mange oppdaget at en slik sykdom kan gi en ny start når det gjelder forholdet til ektefelle, barn og nære venner. Man har lært hvilke verdier man setter høyest, og kan

bestemme seg for å prioritere disse bedre enn før. Man må imidlertid vokte seg for å legge «skylden» for sykdommen på en eller annen omstendighet som tilfeldigvis var tilstede like før man ble syk. Åssakene er sjelden å finne i denne fasen, men i en årlang forutgående prosess.

Hvilke plager kan oppstå etter et hjerteinfarkt

- Hjertekrampe (angina pectoris)
- Brystveggsmarter
- Hjertesvikt
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Angst

Hjertekrampe (angina pectoris)

Flere pasienter som får infarkt, har tidligere hatt hjertekrampe. Noen pasienter får imidlertid dette for første gang etter infarkt. Smerten er beskrevet på side fem. Det viktigste for en pasient med hjertekrampe er å lære sine egne grenser å kjenne, og å utnytte situasjonen best mulig innenfor disse. Stort sett bør man forsøke å unngå smerteanfall. Anfallene er imidlertid sjelden farlige, og man behøver ikke unngå dem for enhver pris. Det finnes effektive medisiner som kan lindre og forebygge. (Se side 13 eller Nasjonalforeningens brosjyre om angina pectoris). Pasienter som får mye smerter i ukene etter et hjerteinfarkt, er ofte truet av et nytt infarkt. Det har vist seg at dette er en gruppe som ofte har god nytte av en tidlig hjerteoperasjon, og det kan derfor være viktig at disse pasientene raskt kommer til en innvendig undersøkelse av kranårene, såkalt hjertekarterisering.

Brystveggsmarter

Mange pasienter får smerter i brystet som ikke har noe med hjertekrampe å gjøre. Disse er ofte mere stikkende og sitter gjerne ut til venstre i brystkassen. De kommer vanligvis ikke under en anstrengelse, men etterpå. Hvis man har hatt en litt hard dag kommer de ofte utover kvelden. Ofte kommer smertene av at man har begynt å tenke for mye på hjertet, slik at man spenner muskulaturen i brystkassen. Ofte ligger det engstelse bak smertene, og smertene blir ofte bedre etter en grundig medisinsk undersøkelse. Denne typen smerte behøver man vanligvis ikke bekymre seg over, litt avspennings-gymnastikk kan ofte hjelpe.

Hjertesvikt

Med hjertesvikt mener vi at pasienten har symptomer eller at legen kan finne tegn som taler for at hjertet ikke arbeider så mye som det skal. Slik svikt opptrer som nevnt i det akutte forløp av infarkt hos noen pasienter. Hos enkelte vil denne svikt vedvare, vanligvis som et tegn på at hjerteskadene er relativt store. Dette vil merkes ved tungpustenhet ved små anstrengelser og tungpustenhet om natten når man ligger for flatt med hodet. Det kan også komme hevelser i beina. Disse symptomer kan også komme av andre ting og må derfor diskuteres med legen og undersøkes nærmere. Det finnes meget effektive medikamenter som kan forebygge og motvirke slike plager.

Hjerterytmeforstyrrelser

Hjerterytmeforstyrrelser kan arte seg på mange vis. Noen pasienter merker at hjertet «hopper over» et slag, vanligvis er dette et såkalt ekstraslåg. Dette er noe

som også de fleste friske mennesker kan ha og behøver derfor ikke være alarmrende. Ekstraslag som oppstår under belastning kan være alvorligere enn de som kommer når man er i ro. Symptomer bør drøftes med kontrollerende lege. Ekstraslag alene krever vanligvis ingen behandling. Mer alvorlige hjerterytmeforstyrrelser kan også opppe etter et hjerteinfarkt. De kan arte seg ved at hjertet raser av gårde i jevn takt eller som anfall med besvimelser eller besvimelsetendens. Dette kan bety at det dreier seg om livstruende anfall som bør behandles meget aktivt. Anfallene skrives seg ofte fra at den elektriske impuls i hjertet går i ring i arvevet etter infarkter. Slike alvorlige anfall kan behandles med medikamenter hos noen, andre trenger operasjon eller innleggelse av en såkalt defibrillator, et apparat som gir elektrisk sjokk.

Angst

Det er normalt at man blir nedfor og redd for fremtiden under og etter en alvorlig sykdom. Angsten kan gjelde risikoen for å dø, for familien eller økonomien. Det klokeste er å diskutere problemet så åpent som mulig med lege og pårørende. Man må ikke la angsten lamme seg, men forsøke gradvis å ta opp den vanlige virksomheten. Etter hvert som den akutte episoden kommer på avstand, finner de fleste tilbake til sitt gamle jeg. Man bør forsøke å få noe ut av livet, gjøre det som er morsomt og som man har lyst til. Det verste er å bli sittende i en stol og tenke på hjertet sitt. Best er det å akseptere sykdommen, lære seg å leve med den, men ikke la den lamme verken ens eget eller familiens liv. I mange tilfelle er det ikke pasienten selv som er den mest engstelige, men ektefellen. Ektefellen kan derfor ofte

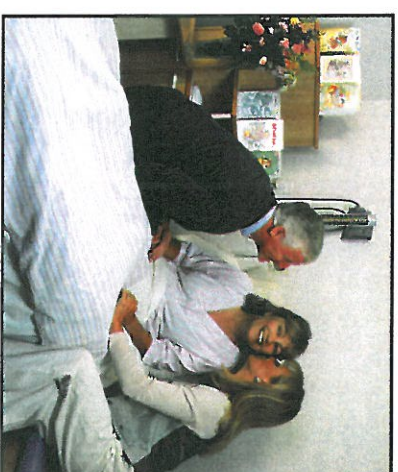


Foto: Sjøberg Bildebyrå

Alvorlig sykdom gjør en nedfor og redd for fremtiden. Familie og venner er derfor viktige støttespillere.

holde pasienten igjen når det gjelder gjenoppretning, og kan skape angst ved stadig sykdomssnakk. Også dette kan det være nyttig å diskutere med legen.

Kontroll og behandling etter et hjerteinfarkt

- Legjekontroll
- Medikamenter

Legjekontroll

Alle infarktpasienter som reiser fra et sykehus, bør få et program for kontroll. Noen greier seg med kontroll hos lege et par ganger, for andre kan det være nødvendig med regelmessige kontroller resten av livet. Noen må kontrolleres ved sykehuset, men de fleste kan gå til allmennpraktiserende lege. Det er vanlig å prøve den fysiske arbeidskapasitet på ergometersykel etter ca to

måneder, før pasienten friskmeldes. Det er viktig å få etablert et tillisforhold til en bestemt lege som kan følge en videre, hvis det er nødvendig. Dette kan det være vanskelig å realisere mange steder der det er knapphet på leger. Det viktigste ved legkontrollene er den rapport pasienten gir legen om hvilke plager han har. I tillegg vil legen kontrollere blodtrykket for å se om dette bør justeres og eventuelt se etter tegn til annen sykdom. Han vil kontrollere hjerterytmen, eventuelt ved hjelp av et elektrokardiogram, og se etter tegn til hjertesvikt.

Medikamenter

- **Acetylsalisylsyre**
- **Nitroglycerin**
- **Langtidsnitrater**
- **Betablokkere**
- **Angiotensin hemmere**
- **Vanndrivende midler**
- **Digitalis**
- **Midler mot blodpropp-dannelse**
- **Midler mot hjerterytmeforstyrrelser**
- **Kalsiumantagonister**

Etter et hjertefarkt bruker vi en rekke medikamenter. Hensikten med dette er dels å behandle komplikasjoner eller symptomer som pasienten har, og dels å beskytte pasienten mot nytt infarkt og mot plutselig død. For alle medikamentene gjelder at de har bivirkninger. Det er meget viktig at pasienten registrerer forandringer som kommer

etter at man har startet med nye medikamenter eller dosen er endret. For mange pasienter kan det bli svært mye medikamenter like etter infarktet. På apoteket kan man få kjøpt en grei boks (doser) som kan hjelpe en med å holde greie på medisinene. Nedenfor følger en omtale av de viktigste medikamentene:

Acetylsalisylsyre

(F.eks. Albyl, Dispril, Aspirin, Globoid).

Dette vanlige medikamentet har fått en stor plass i behandlingen av mange typer åresykdom og hjertesykdom. Det er klart vist at å starte med acetylsalisylsyre så tidlig som mulig under hjertefarktet beskytter en i den akutte fase og også i månedene etter infarktet. Hovedeffekten er hemning av de såkalte blodplater som bidrar sterkt til å lage blodpropp. Blodproppdannelsen i alle årene går derfor betydelig ned. Medikamentets viktigste bivirkning er irritasjon av tarmslimhinnen. Vanligvis brukes det derfor i en form som først suges opp langt nede i tarmen (Albyl E). Noen pasienter med magesår vil likevel ikke klare å bruke medikamentet. En måte å øke toleransen for acetylsyrepreparater er å bruke et medikament som hemmer produksjonen av magesyre (f.eks. Losec). Vanligvis regner vi 160-300 mg per dag som tilstrekkelig dose acetylsalisylsyre. Acetylsalisylsyre brukes også til å forhindre blodproppdannelse i venstre hjerte-forkammer som igjen kan løse og føre til blodpropp i hodet.

Nitroglycerin

Dette middelet hjelper vanligvis meget godt mot hjertekrampe. En halv til en tablett legges under tungen og skal suges opp der. Medikamentet kan tas under smerteanfall eller før en anstrengelse for å unngå smerter. Virkningen varer

bare få minutter. Man må diskutere nøyaktig med legen hvorledes midlet skal brukes. Tar man tablettens mens man står, kan man av og til bli svimmel og kanskje også besvime. Dosen må da reduseres og

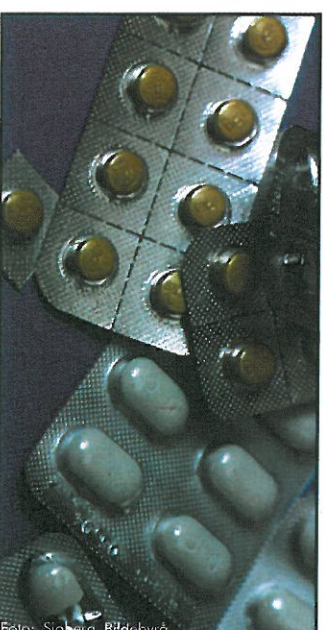


Foto: Sjöberg Bildbyrå

Etter et hjertefarkt bruker man en rekke medikamenter. Hensikten med dette er dels å behandle komplikasjoner eller symptomer som pasienten har, og dels å beskytte pasienten mot nytt infarkt og mot plutselig død.

tablettens må ras i sittende eller liggende stilling. Hodepine etter Nitroglycerin er vanlig, men forsvinner vanligvis etter hvert som man blir vant til medikamentet.

Langtidsnitrater

Dette er nitroglycerinlignende medikamenter som virker på samme måte som nitroglycerin, men med en langt-virkende effekt. I motsetning til vanlig nitroglycerin kan man derfor bruke langtidsnitrater til å forebygge anfall. Langtidsnitrater kan gis i form av medikamenter (f.eks. Sorbangel, Ismo) eller som plaster eller nesespray. Bivirkningene er i prinsippet de samme som for nitroglycerin. Det er viktig å bruke langtidsnitrater på den tid av døgn et intervall uten medikament på være et intervall uten medikament på den tiden man vanligvis har det best.

Betablokkere

Dette er en stor gruppe medikamenter

med mange forskjellige navn (f.eks. Inderal, Pranolol, Seloken, Selo-Zok, Atenolol, Tenormin, Uniloc). Disse medikamentene demper pulsfrekvens og blodtrykk, og forebygger dermed anfall med angina

pectoris. Medikamenterne kan også virke gunstig ved hjerterytmeforstyrrelser, og det er vist at betablokkere reduserer hyppigheten av nytt infarkt og plutselig død det første året etter infarktet. Bivirkninger er særlig generell tretthet og tung pust. Har man tendens til astma, bør man være forsiktig med betablokkere. Pasienter med trange blodårer i bena («røykbeben») kan også få økt sine plager av betablokkere.

Angiotensin hemmere

Dette er medikamenter som hindrer dannelsen av det kraftige karsammen-trekkende stoff angiotensin. Medikamentene virker dermed med blodtrykks-nedsetterende. Det har vist seg at angiotensin hemmere (f.eks. Captopril, Renitec) bedrer levertsikrene hos pasienter som har hjertesvikt eller som har en betydelig redusert hjerte-funksjon etter infarkt. Pasienter med hjertesvikt føler seg også mye bedre og klarer en større arbeidsbelastning. Hvis pasienten får bivirkning i form av kile-hoste, kan en såkalt angiotensin reseptor blokkerer nyttes (f.eks. Cozaar).

Vanndrivende midler

(F.eks. Fluitran, Lasix, Diural). Disse medikamentene brukes ved hjertesvikt,

særlig når det er væskeansamling i bena eller lungene.

Digitalis

(F.eks. Digitrin, Lanoxin). Dette er medikamenter som styrker hjertets pumpekraft og kan regulere hjerterytmen hos pasienter som har arrie-flimmer («hjerreflimmer»). Hvis man tar for mye av disse kan det bli alvorlige bivirkninger, og man må derfor følge legens anvisning meget nøyaktig.

Midler mot blodproppdannelse

I tillegg til acetylsalisylsyre kan man bruke det enda sterkere stoffet warfarin (Marevan) til å hindre blodpropper. Problemet er at medikamentet derved også øker tendensen til blødning. Bruken av Marevan krever derfor en spesielt god kontroll ved hjelp av en såkalt INR-prøve.

Den INR-verdien legen vil tilstrebe å oppnå ved Marevanbehandling er avhengig av hvilken hjertesykdom pasienten har. Men for flertallet av pasienter som bruker Marevan skal INR-verdien ligge mellom 2,0 og 3,5. Fram til 31. oktober 1999 brukte vi her i Norge TT-prøven for å kontrollere graden av «blodfortynnning» med Marevan. Fra 1. november 1999 har alle sykehus i landet gått over til INR-måling. Sammenhengen mellom de to måleenhetene er vist i en tabell bakerst i dette heftet.

Det er vist at pasienter som bruker warfarin etter et infarkt klarer seg bedre enn de som ikke bruker det. Det vi imidlertid ennå ikke vet er om det er en større effekt av warfarin enn av acetylsalisylsyre.

Midler mot hjerterytmeforstyrrelser

En lang rekke medikamenter kan brukes til dette formålet (f.eks. Systodin, Durbis, Isoprin, Cordarone, Soracor). I hovedsak

bør man være meget forsiktig med bruk av slike medikamenter, og de må eventuelt brukes meget nøyaktig. Mange av disse medikamentene har alvorlige bivirkninger. Hos enkelte pasienter kan imidlertid disse medikamentene være livreddende.

«Kalsiumantagonister»

(F.eks. Isoprin, Cardizem, Adalat, Norvasc). Disse medikamentene brukes både til å behandle angina pectoris og forhøyet blodtrykk.

Operasjon eller ballongblokkering av blodåren

Som nevnt er den skadete del av hjertet ødelagt for bestandig, og kan ikke få tilbake sin funksjon. Hensikten med en operasjon må derfor være å bedre blod-



Bildet viser ballongblokkering av en blodåre.

tilførselen til resten av hjertemuskelen. Dette kan gjøres ved å flytte samleåter fra benet til hjertet slik at trange partier i kranspulsårene «forbi-passeres». I tillegg kan man bruke den innvendige bryspulsåren til å forsyne hjertet med nytt blod. Denne typen operasjon er blitt stadig vanligere og resultatene er gode. Pasienter med spesielt alvorlig sykdom kan leve lenger etter operasjon enn de ellers ville gjort. Operasjonen har en meget god effekt på angina pectoris. Den nyeste metoden er å

bruke en ballong som føres opp fra lysken til å urvide («blokke») blodårene i hjertet. Metoden egner seg best ved lettgradig åresykdom i hjertet, og de fleste pasientene som har hatt et hjerteinfarkt egner seg dessverre dårlig. Metoden er enklere enn operasjon, men har også sine komplikasjoner. Effekten på hjertekrampe er god, men vi vet lite om en eventuell livreddende effekt. Forøvrig vises det til Nasjonalforeningens brosjyre for pasienter som skal hjerteopereres.

Trygderettigheter

De aller fleste pasienter som var i arbeid da de fikk sitt infarkt kommer tilbake til jobb. Sykemeldingsstiden vil variere med hvor alvorlig infarktet har vært og hva slags arbeid en skal gå tilbake til. Noen vil være i arbeid etter få uker, andre etter to-tre måneder. På grunn av sikkerhetsbestemmelser vil noen yrker være utelukket for en som har hatt hjerteinfarkt, for eksempel bussjåfør (persontransport). De kan omskoleres til annet yrke. Det er mulig å være sykmeldt og gjennomføre arbeidstrening eller bedriftsintern artføring. Arbeidsgiver, behandlende lege, trygdekontor og arbeidskontor skal tilrettelegge dette i samarbeid med pasienten. Dersom en ikke greier full jobb er det adgang til delvis sykemelding (helt ned til 20%). Overgangen tilbake til arbeid fra å være fullt sykmeldt på grunn av hjerteinfarkt kan ofte være vanskelig, og det kan da være nyttig å bruke delvis sykemelding i en periode. Når sykepengeperioden er gått ut etter ett år, og en fortsatt ikke kan gå inn i noe slags arbeid på grunn av sykdommen, kommer rettighetene til artføringsspenner (som er litt lavere enn sykepenger), eventuelt må en varig uføretrygd vurderes. Det er

pasienten sammen med behandlende lege som må komme frem til hva som er best å gjøre. Pasienten selv må fremsette krav om artføringsspenner eller uførepensjon. Trygdekontoret hjelper med alt praktisk omkring dette og behandler saken videre. Selv om det ikke skulle være mulig å fortsette i noe inntektsgivende arbeid etter et hjerteinfarkt, er det viktig å beholde de sosiale kontakter og være så aktiv en kan innenfor familie og samfunnsniv. En uførepensjon er ikke til hinder for det!

Leveutsikter?

Pasienter som har overlevd et hjerteinfarkt har noe dårligere leveutsikter enn



Foto: Sjøberg Bildebyrå

Bruk tiden på noen du er glad i. Mange har hatt både 20 og 30 års meningsfull tilværelse etter et gjennomgått infarkt.

personer av samme alder og kjønn som aldri har hatt denne sykdommen. Har man først kommet gjennom den akutte fasen er imidlertid ikke leveysiktene så mye forverret av denne sykdommen som mange tror. Mange har hatt både 20 og 30 års meningsfull tilværelse etter et gjennomgått infarkt. Jo lengre tid som er gått etter et infarkt desto mer

normalisert er leveysiktene. De viktigste ting som påvirker leveysiktene er som nevnt størrelsen av det gjennomgåtte hjerteinfarkt og hvorvidt det etter infarkt oppstår betydelig hjertesvikt og hjerterytmeforstyrrelser. Med god medisinsk behandling kan utsiktene for mange pasienter bedres betydelig.

Sammenfattende råd for infarktpasienter

1. Lær deg å leve med din sykdom, og la den ikke hindre deg i å glede deg over livet.
2. Gi ikke uten videre opp yrkeslivet. Et aktivt liv øker vanligvis både fysisk og psykisk velvære og er ikke farlig.
3. Slutt å røyke.
4. Hold vekten nede og kontroller den regelmessig. Unngå for mye fett.
5. Etter et infarkt bør du i samarbeid med legen forsøke å bygge opp den fysiske formen gradvis.
6. Følg legens anvisning om medikamenter nøyaktig, og lær deg de viktigste fakta om disse medikamentene.

INR-verdi erstattet TT-prosent som mål på effekten av Marevan fra 1. november 1999

Hensikten med Marevan-behandling er å hindre blodpropp ved å redusere blodets evne til å koagulere. Dette er en viktig og nyttig behandling, men hvis du får for mye Marevan, kan resultatet bli blødning. Det er derfor av stor betydning at behandlingseffekten måles regelmessig. Tidligere har effekten blitt oppgitt som TT-prosent, for eksempel som prosentall (8%, 12%, 15% og så videre) eller tilsvarende med desimaler: 0,08 - 0,12 - 0,15 og så videre.

Internasjonalt har det vært mange slike prosentskalaer i bruk, og dette er et problem for eksempel ved utenlandsreiser. Statens helseilsyn anbefalte derfor at vi også i Norge skulle gå over til å oppgi behandlingseffekten i INR-verdier. Denne skalaen er tatt i bruk over store deler av verden.

INR-skalaen har flere fordelere:

- den er velkjent i de fleste andre land, slik at leger der kan justere behandlingen
- den er mer logisk, fordi økende behandlingseffekter gir høyere INR-verdi
- den er lett å lære, og det er lettere å huske hvilke INR-verdier du bør ha.

Sammenheng mellom TT% og INR er slik:
(Du vil finne tilsvarende oversikt på mange doseringskort.)

TT%	25	20	17	12	10	9	8	7	6	5	4
INR	1,6	1,8	2,0	2,5	2,8	3,0	3,3	3,5	4,2	4,8	5,9

De aller fleste som bruker Marevan, skal ha INR-verdier mellom 2,0 og 3,0.

Noen hjertepasienter har bruk for sterkere effekt av Marevan, og INR skal i så fall være mellom 2,5 og 3,5 (i enkelte tilfeller enda litt høyere). Når INR er 4,5 eller høyere, er det fare for blødninger.

De INR-verdier du bør holde deg innenfor, skrives inn i doseringskortet ditt.

Doseringskortet bør også inneholde grunnen til at du bruker Marevan (diagnosen er tilstrekkelig) og varighet av behandlingen både på norsk og engelsk.

For å gjøre deg fortroelig med den nye skalaen, kan du be legen din føre på svarene både som TT% og INR-verdi en tid framover, men du bør venne deg til å bruke bare INR-verdier.

Hjelp oss å hjelpe andre!

Hjerte- og karsykdommer er årsak til nesten halvparten av alle dødstrill i Norge. Nasjonalforeningen for folkehelsen finansierer en betydelig del av norsk hjerteforskning for å:

- lære mer om sykdomsårsaker
- utvikle bedre behandlingstilbud
- drive forebyggende tiltak i befolkningen

Ditt bidrag kan redde liv!

Din helse - vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon som arbeider for å bedre folkehelsen gjennom forskning, opplysning og praktiske tiltak. Organisasjonen ble stiftet i 1910.

75 000 frivillige arbeider gjennom 1 000 helselag for å forebygge sykdom og ulykker og fremme folkehelsen gjennom opplysnings-, omsorgs- og trivselsiltak.

Norges fremste fagfolk er representert i organisasjonens råd og utvalg. Våre virkeområder er hjerte- og karsykdommer, eldresaken, demenssykdommer, barn og familie, tuberkulose og belastningsskidelser.

Nasjonalforeningens arbeid finansieres av innsamlende midler og STRAX lottoret.

Du støtter vårt arbeid ved å bli medlem og gjøre en innsats i ditt nærmiljø. Du kan også gi et økonomisk bidrag eller kjøpe våre STRAX lodd.

Nasjonalforeningen utgir «Helsenytt - for alle», med gode helselråd fra landets fremste leger, psykologer og ernæringssekspertter.

Testamenter til hjerteforskningen

En testamentarisk gave er en gave til dine etterkommere. De fleste norske familier er på en eller annen måte berørt av hjerte- og karsykdommer.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en betydelig bidragsyter til hjerteforskningen. Vi vet at det nyter!

Det er viktig at de strenge formkravene til testamente blir fulgt. Vi kan kostnadsfritt hjelpe deg å sette opp et testamente. Der det ikke er barn eller andre slektsvinger er det spesielt viktig å sette opp et testamente. Formuen vil ellers tilfalle staten.

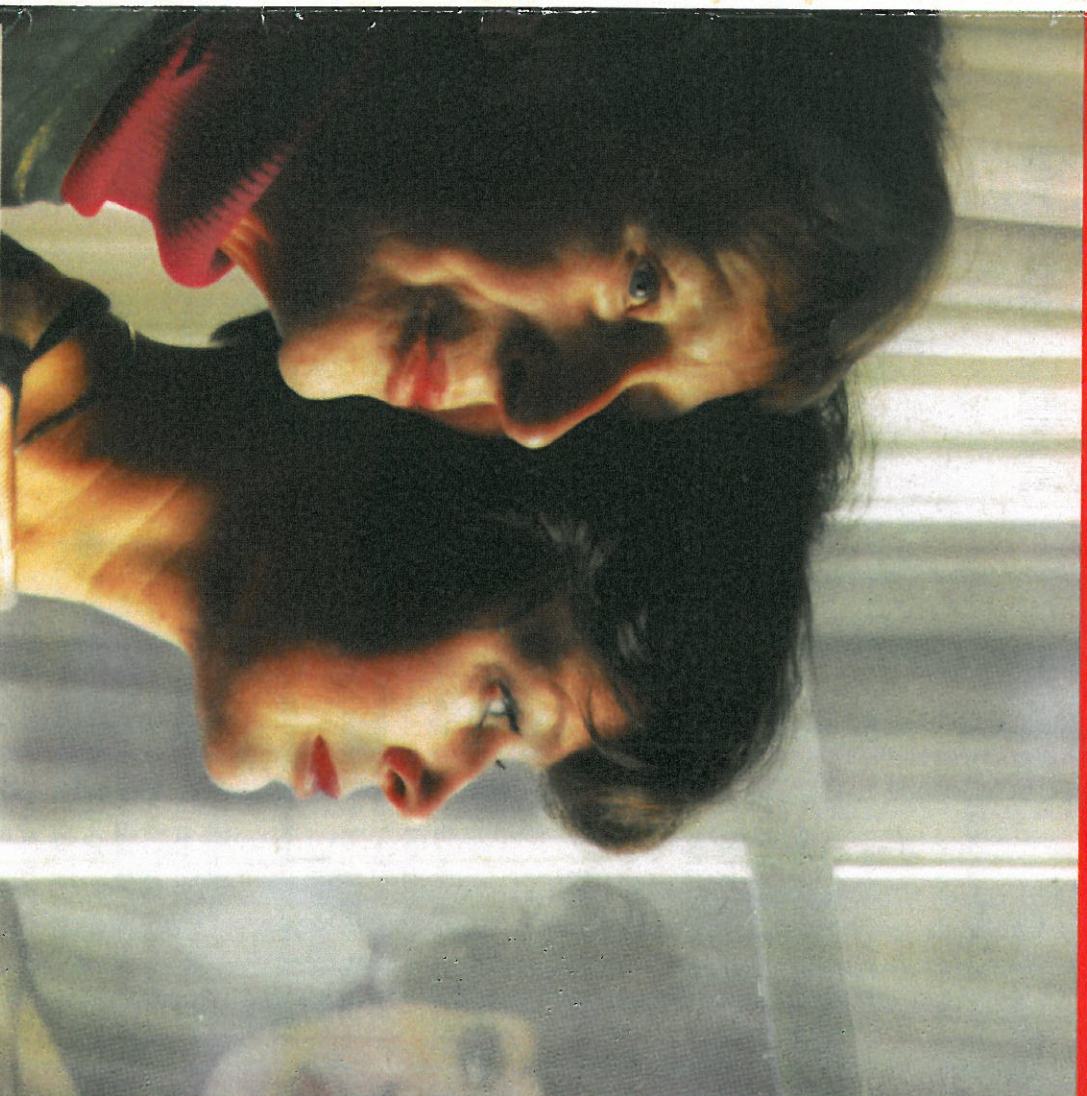
Nasjonalforeningen er fritatt for arveavgift. En testamentarisk gave kommer derfor hjerteforskningen ubeskåret til gode.

Minne- gave

En slektning eller god venn som er gått bort, kan hedres med en gave til hjerteforskningen. Vi sender et vakker minnekort til de pårørende hvor det fremgår at vi har mottatt din gave til minne om avdøde. Selv får du et takkebrev. Husk å oppgi avdødes navn, pårørendes navn, samt eget navn og adresse på innbetalingsblanketten. Bankgiro 8200 01 80285.

Skattefri gave til hjerteforskningen

Det kan kreves skattefradrag for pengegaver til hjerteforskning. Bidrag inn til kroner 10 000 kan trekkes fra uansett inntekts størrelse.



*Kvinner og
hjerte- og karsykdommer*



NASJONALFORENINGEN

DET NORSKE RÅD FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Våre Hjertebrosjyrer:

Informasjonshefte	nr. 1 –	Angina Pectoris
Informasjonshefte	nr. 2 –	Hjerteinfarkt
Informasjonshefte	nr. 3 –	Høyt blodtrykk
Informasjonshefte	nr. 4 –	Hjerneslag
Informasjonshefte	nr. 5 –	Hjerteoperasjon
Informasjonshefte	nr. 6 –	Kvinner og hjerte- og karsykdommer
Informasjonshefte	nr. 7 –	Kosthold og hjerte- og karsykdommer
Informasjonshefte	nr. 8 –	Hvordan unngå å gå opp i vekt når du slutter å røyke
Informasjonshefte	nr. 9 –	Hjertesvikt
Informasjonshefte	nr. 10 –	Hjertekslikon

Brosjyren er revidert av fagsjef Sidsel Graff-Iversen, Statens helseundersøkelser (SHUS)

Produksjon: Jan-Erik Austrad, Nasjonalforeningen for folkehelsen

Forside: Tor Berglie Grafisk Design a.s.

Trykk: Falch a.s.

Foto og illustrasjoner: Nasjonalforeningen for folkehelsen, Sjøberg Bildebyrå ©

Brosjyren er utarbeidet av

Nasjonalforeningen Det norske råd for hjerte- og karsykdommer i samarbeid med Statens helseundersøkelser.

Postboks 7139 Majorstua, 0307 Oslo

Telefon 23 12 00 00, faks 23 12 00 01

E-post: post@nasjonalforeningen.no

Internett: www.nasjonalforeningen.no

www.helsenytt.no



NASJONALFORENINGEN

DET NORSKE RÅD FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Informasjon og råd til kvinner med hjerte- og karsykdommer

FORORD

Forskning og erfaring viser at mange forhold ved hjerte- og karsykdommene er spesielle for kvinner. Det er forskjeller knyttet til biologisk kjønn og til det sosiale kjønnsrollemønsteret. Fordi det er kjent at langt flere menn enn kvinner rammes tidlig av hjerteinfarkt, kan det ha vokst fram en myte om at hjerte- og karsykdom hos kvinner er en sjeldenhet. Dette kan føre til at både kvinner selv og helse-tjenesten tar tegn til sykdom mindre alvorlig. Dette heftet er utarbeidet av fagsjef Sidsel Graff-Iversen, SHUS i samarbeid med overlege dr. med. Ingrid Os, overlege kardiolog Anne Larsen, professor dr. med Ulrich Abildgaard, psykolog Oddbjørn Sandvik og Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Terje Skjærpe

Rådsleder

Nasjonalforeningen

Det norske råd for hjerte- og karsykdommer

Kyell Bjartneit

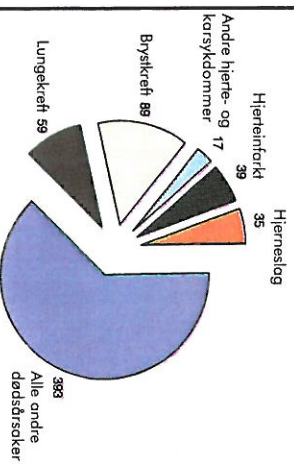
Leder

Nasjonalforeningen for folkehelsen

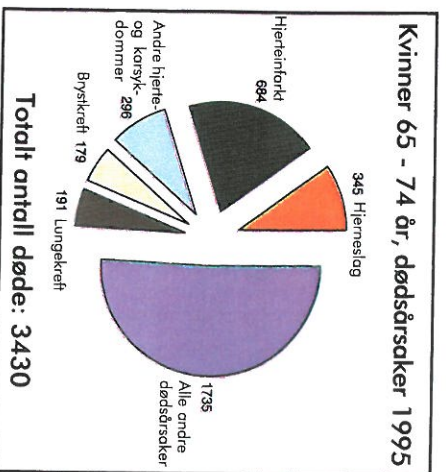
Rammer hjerte- og karsykdommer kvinner?

Kvinner er ganske godt beskyttet mot hjerte- og karsykdom frem til overgangsalderen, men mange rammes senere. I 1993 døde 1888 kvinner under 75 år av slike sykdommer. Kvinner og menn får omtrent like ofte hjerneslag. Ser vi på kvinner i alle aldersgrupper samlet, tar hjerte- og karsykdom nesten annethvert liv. Hvor mange kvinner lever med en kronisk hjerte- og karsykdom? En intervjuundersøkelse i 1995 viste at det gjaldt mer enn 40 prosent av den kvinnelige befolkningen over 67 år.

Kvinner 45 - 54 år, dødsårsaker 1995



Totalt antall døde: 632



Hjerte- og karsykdom angår kvinner også som pårørende. Langt flere blir enker på grunn av mannens hjertesykdom enn på grunn av noen annen dødsårsak hos menn.

I helseopplysning sies det oftest lite om den unge, friske kvinnens fordeling på hjertefronten. Det er heller ikke sagt stort om den økende risiko etter overgangsalderen. Mange kvinner har kanskje ikke brydd seg om de råd de har fått, men tenkt at «dette gjelder vel mest for menn». Andre kan ha blitt unødig engstelige. Helsesrådene har vært gitt som om hele befolkningen var menn. Dette hefter retter seg derfor spesielt til kvinner. Hvorfor rammes vi? Kan vi unngå hjerte- og karsykdom?

Hva er hjerte- og karsykdom?

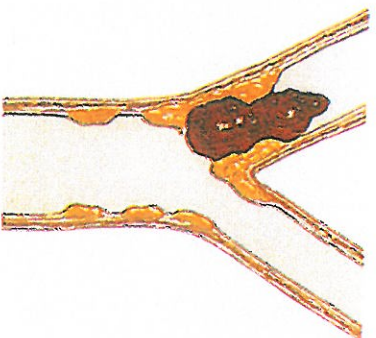
Med «hjertesykdom» menes først og fremst hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekrampe), plutselig død på grunn av hjertesykdom og såkalt hjertesvikt, som betyr at hjertets pumpekraft er svekket.

Disse hjertesykdommene oppstår fordi blodårene til hjertemuskelen blir

for trange. Blodet får passasje-problemer. Angina pectoris betyr tranghet i brystet, og skyldes at hjertemuskelen får for lite surstoff i forhold til det som trengs til hjertets arbeid. Hjerteinfarkt består i at muskelvev dør på grunn av mer langvarig surstoffmangel. Det finnes mange andre hjertesykdommer, men dette er de vanligste.

Med «karsykdom» menes først og fremst hjerneslag. Hjerneslag oppstår på grunn av sviktende blodtilførsel til en større eller mindre del av hjernen. Dette gir seg utslag i at funksjoner i nervesystemet svikter, ofte blir lammelser og talevansker resulteret. Av og til er det blødning som ligger bak, men oftest kommer slaget fordi en pulsåre blir tett.

Det finnes andre karsykdommer også, som for eksempel trange årer i bena, slik at en får smerter når en går.



Åren har tett seg på grunn av åreforkalkning og blodpropp.

Årsakene til hjerte- og karsykdommer er sammensatte. Noen av årsaksforholdene kan en påvirke selv, andre ikke. Vi vet mye om hvilke levevaner som øker eller minsker sjansen for å rammes. Disse vanene kalles risikofaktorer. Stort sett gjelder de samme risikofaktorene for både hjertesykdommene og karsykdommene.

Røykfrihet viktigst

Det er dessverre ingen tvil om at kvinner som røyker daglig, har to til tre ganger høyere risiko for hjertesykdom enn dem som ikke røyker. Dette gjelder selv om en bare røyker noen få sigaretter. Blant norske kvinner i 40-årsalderen røyker to av fem.

Røyking øker sjansen for at fett blir avleirt i åreveggen, slik at årene blir trangere. I tillegg øker tendensen til å danne blodpropper. For p-pillebrukere er det viktig å ikke røyke, fordi kombinasjonen øker risikoen for blodpropp. Blodpropper kan i noen tilfelle komme selv om årene ellers er normale og uten fettavleiringer. Røyking undertrykker kvinnens hormonproduksjon og frem-skynder overgangsalderen. Dette øker tendensen til fettavleiringer i årene.

Det er aldri for sent å slutte

Straks etter røykeslutt er risikoen lavere. Etter mindre enn fem år er den like lav som hos aldri-røykere. En 50-år gammel kvinne som har røykt siden hun var 20 år, har svært mye å hente ved å kutte ut røyken før det utvikles sykdom. Samme hvor ung eller gammel en er, vil sjansen for sykdom gå ned. Blant 40-åringene oppgir hver femte kvinne at hun har røykt daglig før, men ikke nå.

Passiv røyking

Forskning de aller siste årene har vist at også passiv røyking er skadelig for hjerte- og karsystemet. Mange kvinner røyker ikke selv, men puster inn andres røyk både på jobb og hjemme. Før var det en uskreven regel at ikke-røykere, oftest kvinner, måtte finne seg i dette.

Nå kan, og bør, en ta det opp med ektefelle og hjemmeboende barn som røyker. Det blir stadig mer vanlig at røykingen må skje utendørs eller i en form for røykerom.

Røyking og livskvalitet

Noen føler at de heller vil røyke enn å «leve noen år lengre». Tanken er at røyking er forbundet med høy livskvalitet så lenge en lever. Men mange velger å slutte nettopp på grunn av livskvaliteten, fordi røykingen fører til plager som forringer dagliglivet. Det kan for eksempel være flere plager i overgangsalderen, kronisk bronkitt, angina pectoris, dårlig form eller svekket luktesans.

Spis med glede

Et kosthold med mye brød og kornprodukter, mye frukt og grønnsaker, mye fisk og magert kjøtt, beskytter mot både hjerteinfarkt og hjerneslag. Dessuten blir sjansen mindre for å få andre sykdommer som rammer kvinner, spesielt sukkeresyke og gallestein. En trenger ikke gå over til eksotiske retter og dyr mat. Forandringene kan gjerne holdes innenfor norsk tradisjon. Norsk mat-tradisjon har vist at flere gamle gjengangere på frokost- og middagsbordet er enda bedre for hjertet enn vi visste fra før. Spesielt gjelder det tran, fisk, epler og løk. Andre typer frukt og grønnsaker er også bra. Kokekaffe viser seg å øke fettstoffene i blodet. Lite fett i kosten er særlig viktig for dem som har hjerte- eller karsykdommer, hjertesykdom i familien, høyt blodtrykk, høyt kolesterol eller sukkeresyke. Det er viktig å få allsidig kost, som en trives med. Snakk med lege eller ernæringsfysiolog.

Er dette hverdagen?

- Sjelden fersk fisk - vanskelig å skaffe, mye bein og mye jobbing
- Mange kopper kaffe hver dag
- Ost og salami er eneste hverdagspølegg
- Hard margarin og smør i matlagingen
- Kaker til kaffen

Prøv heller:

- Frossenfisk, beinfri filet eller fiskepudding litt oftere
- Filterkaffe eller te
- Mer syltetøy, fiskepølegg, banan, tomat og agurk. Halvfete typer ost, pølse og leverpostei
- Oljer og myke plantemargariner til steking og baking
- Gjørbakst, vaffer og lette formkaker

Hva er høyt blodtrykk

Ingrid Os er overlege ved nyre-medisinsk avdeling, Ullevål sykehus, og har forsket på hvordan høyt blodtrykk oppstår og behandles.

Hva er blodtrykk og hvordan måles det?

- Blodtrykket måles ved at en mansjett legges rundt armen og blåses opp. Trykket i mansjetten gjør at pulsåren klemmes sammen. Så slippes luften gradvis ut. Vi registrerer med stetoskop når det kommer lyd over pulsåren. Det trykket som er i mansjetten da, kalles systolisk blodtrykk (overtrykk). Dette svarer til trykket i blodåren når hjertet trekker seg sammen og sender blod ut. Blodtrykket i hjertets hvilefase kalles diastolisk trykk (undertrykk). Det registrerer vi ved at lyden over pulsåren forsvinner fordi åren er helt åpen. Vi skriver trykkene slik: 140/90 mmHg, som betyr overtrykk/undertrykk. Blodtrykket forteller oss noe om hjertets pumpeevne. Ved høyt blodtrykk er det oftest slik at mellomstore kar har trukket seg sammen, og da må hjertet

pumpe med større kraft for å få blodet ut i kroppen.

Så høyt blodtrykk betyr altså at trykket i hjertet og pulsårene er for høyt?

- Ja når overtrykket, undertrykket eller begge er over en viss grense, snakker vi om høyt blodtrykk. Omtrent 10-20 prosent av befolkningen har dette.

Hvorfor måle blodtrykk når man er frisk?

- For høyt blodtrykk trenger ikke å gi noen symptomer. I de aller fleste tilfeller vil blodtrykket være bare lett eller moderat forhøyet. Blodtrykksmåling inngår i rutinemessig helsekontroll nettopp fordi man ikke trenger å merke det selv. Men forkalkninger i årene kommer lettere når blodtrykket er høyt, og dette øker risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt. I tillegg kan nyrene og større pulsårer ta skade av et høyt trykk.

Har du råd til dem som får vite at trykket er høyere enn det burde?

- Som regel vil vi i første omgang anbefale endring i levesett, hvis blodtrykket er lett forhøyet: Fysisk aktivitet,

røykestopp, mindre salt i kosten og eventuelt gå ned i vekt. Mindre salt kan påvirke trykket og være nok til å få det normalt. Som kilde til salt er industri-mat som suppeposer, farsemat og hermetikk viktigst. Det beste er å lage mat av friske eller frosne råvarer, bruke lite salt og smaksatte med urter. Ofte blir det nødvendig med blodtryksmedisiner for å oppnå det målet vi har satt for behandlingen.

Er høyt blodtrykk mindre farlig for kvinner enn for menn?

- Hvis vi sammenligner med menn, kan det se slik ut. Dette har sammenheng med at menn ofte har mer av andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, slik som ubalanserte fettstoffer i blodet. Fordelen kvinner har, blir redusert når overgangsalderen kommer. Sammenligner vi derimot risikoen for hjerte- og karsykdommer hos kvinner med høyt blodtrykk og kvinner med normalt blodtrykk, så øker risikoen for komplikasjoner av det høye trykket på samme måte som for menn. Noen lever farligere enn andre, for eksempel ved at man røyker.

Er det vits i å bry seg om blodtrykket da?

- Hvis man røyker, er det faktisk enda større risiko ved høyt blodtrykk enn hvis man ikke røyker. Om man ikke klarer å slutte å røyke, er det viktig, faktisk enda viktigere enn ellers, å passe på blodtrykket. Jeg vil gjerne tilføye at røyking mer enn dobler risikoen for hjerteinfarkt, så det å slutte å røyke er det beste kvinner kan gjøre for sin egen helse. Dette betyr faktisk enda mer enn virkningen man får av medisiner.

Skal noen være ekstra påpasselige med å sjekke blodtrykket?

- De som har andre tilleggsfaktorer, bør kontrollere blodtrykket regelmessig.

Hos diabetikere hører blodtrykksmåling med i rutinekontrollen. Likeså bør kvinner med mye hjerte- og karsykdom i familien få kontrollert blodtrykket sitt jevnlig. En er også blitt klar over at kvinner som har hatt høyt blodtrykk under svangerskapet har en større tendens til å få høyt blodtrykk senere. Jeg anbefaler en årlig sjekk til disse, og også til dem som har fått beskjed av legen at de bør sjekke trykket jevnlig av andre grunner.

Hvor ofte skal trykket sjekkes hvis alt er bra?

- Hos kvinner som er helt friske, som ikke har noen risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, og som ikke har hjerte- og karsykdom hos nære familie-medlemmer er det ikke nødvendig å måle blodtrykket regelmessig. Som unge voksne blir de fleste sjekket i forbindelse med svangerskap, prevensjon og annen helsekontroll.

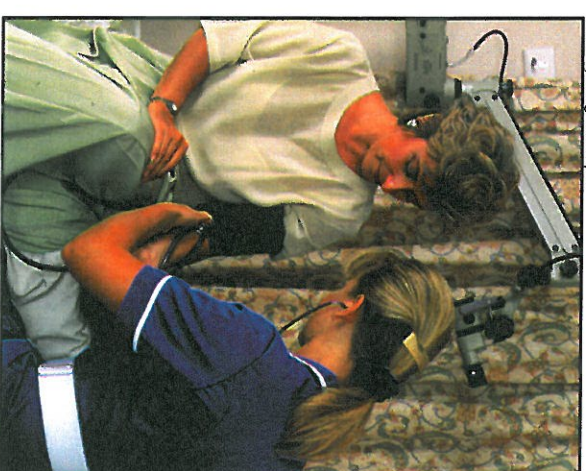


Foto: Sjøberg Bildebyrå

Sjekk gjerne blodtrykket i 40 - 50 års alderen dersom det er lenge siden sist.

Kan vi forebygge høyt blodtrykk?

Stort sett vet vi ikke årsaken til høyt blodtrykk hos den enkelte, men vi vet at arv betyr mye. Arven kan vi ikke gjøre noe med, men ved å følge rådene kan vi i noen tilfeller motvirke tendensen til å utvikle høyt blodtrykk. Fysisk aktivitet, normal vekt og moderat salinnatak er viktig. Alkohol i større mengder vil



Foto: Sjøberg Bildebyrå

Fysisk aktivitet og normal vekt er viktig i forebygging av hjerte- og karsykdommer.

påvirke blodtrykket og bør unngås. Mindre kjent er det at alkohol kan redusere effekten av blodtrykksmedisiner. Alkohol i små mengder, et såkalt moderat alkoholforbruk, er derimot neppe skadelig. Flere befolkningsstudier har vist resultater som tyder på at litt alkohol faktisk kan være gunstig med hensyn til hjerte- og karsykdom.

Hva med østrogen? Er det best å la være å bruke østrogen i overgangsalderen, med tanke på blodtrykket?

- Vanligvis er høyt blodtrykk ikke til hinder for at kvinner kan få østrogen-tilskudd i overgangsalderen. Noen ganske få vil kunne reagere med blodtrykksøkning, men hovedregelen er at hvis noe skjer med blodtrykket i det hele tatt, vil det gå ned.

Kolesterol

Når vi snakker om kolesterol som risikofaktor for hjerte- og karsykdom, mener vi det kolesterolet som finnes i blodet. Kolesterol er et stoff kroppen danner selv. Vi får også tilført litt gjennom kosten. Kolesterol brukes av kroppen til å transportere fett i blodomløpet frem til der fettet skal brukes. Det er ingen tvil om at risikoen for hjerteinfarkt øker når kolesterolverdien øker. Risikoen for slag øker også. Alle kvinner bør sjekke sitt kolesterol minst en gang i sitt voksne liv. Enkelte har arvelig disposisjon for hjertesykdom og spesielt høy kolesterolverdi. Da er utredning, omfattende kostomlegging og medisin aktuelt. Blant dem som rammes av hjerteinfarkt, har mange kvinner høye verdier, sju til åtte mmol/l eller høyere. Det ideelle er kolesterolinnhold under fem mmol/l eller lavere. Det er holdpunkter for at alle som har gjennomgått et hjerteinfarkt bør få kolesterol-senkende behandling, uavhengig av utgangsverdien.

Mosjon

Lite fysisk aktivitet øker risikoen for hjerteinfarkt. Det ser ut til at mosjon virker bra på flere måter. Se neste side.

- blodtrykket blir lavere
- vekten går ned
- blodets fettstoffer blir mer fordelaktige
- blodet flyter lettere i årene
- sukkermengden blir bedre
- humøret blir bedre

Dersom du behandles for høyt blodtrykk, er det vanligvis en fordel å være fysisk aktiv. Økt fysisk aktivitet kan også påvirke humør og livsglede. Mange kvinner har gode mosjonsvaner. Skiturer, sykling til jobben og tur i skog og mark er tradisjoner verd å ta vare på. Bruk trapp isteden for heis. Hos enkelte vil spaser-turer av 30-45 minutters varighet, tre ganger ukentlig, være en god begynnelse. Har du angina pectoris, et gjennomgått hjerteinfarkt eller andre former for hjertesykdom, er det best å diskutere aktivitetsnivået med legen.

Smålubben?

Det er ikke helseskadelig å være smålubb. Noen få kilo ekstra på lårene og baken øker vanligvis ikke risikoen for sykdom. Men hvis blodtrykket er høyt, og en har mange kilo ekstra, bør en få vekten ned. Vektreduksjon vil kunne

Tips for trivselsvekt
Spis ofte, gjerne fem små måltider om dagen. Da blir en ikke så brå-sulten. Det er lurt å spis langsomt, for da merker en mætheten bedre. Sats på å gå gradvis ned på et kosthold du kan fortsette å leve med. Regelmessig mosjon er viktig, da slanker en fett og ikke muskler.

påvirke fettstoffene i blodet i gunstig retning, og bedre sukkermengden. De fleste legger litt på seg ved røykeslutt. Gjennomsnittet er to-tre kilo. Sjelden eller aldri blir vektøkningen så stor at den er noe helseproblem. Men for den enkelte kan problemet være stort, slik at en nøler med å kutte ut røykingen. Det er viktig å gjøre dette problemet så lite som mulig, ved å legge opp en «grønn linje» i kosten og øke den fysiske aktiviteten i sluttperioden. Det kan også være godt å vite at mange legger på seg straks de slutter, men senere går gradvis ned igjen. Har man en kronisk hjertesykdom, er det viktig ikke å ha for mange ekstra kilo. Ekstra vekt er en ekstra jobb for hjertet. En får lettere brystmerter og blir tyngre i pusten med noen kilo for mye.

Medmenneskelig kontakt

Når en søker medmenneskelig kontakt, er det fordi det er hyggelig og nyttig. Det er i tillegg bra for helsen. Det ser ut til at sosialt samvær virker positivt på mange forskjellige måter, både ved at andre helsevaner blir bedre og kanskje også gjennom en direkte virkning på nervesystemet. Tryggheten ved at andre er i nærheten, at en snakker sammen, inspirerer hverandre og gir hverandres liv verdi, virker inn på kroppen. En blir påvirket til å være mer aktiv enn ellers, og får gjort ting en ikke ville klart alene. Sosialt samvær virker ofte avstressende og humøret blir bedre. Forskningen på sosial kontakt og hjertesykdom, som riktignok har dreiet seg mest om menn, tyder på at et godt sosialt nettverk er enda viktigere etter et hjerteinfarkt enn ellers.

P-pillen

Bruk av p-pille, med unntak av minipille, kan hos enkelte føre til at blodtrykket øker. Derfor bør blodtrykket kontrolleres når en bruker p-piller etter behandlingsstart og senere en gang årlig. Yngre kvinner med forhøyet blodtrykk bør ikke bruke p-piller. Det bør også frarådes røyking hos p-pillebrukere på bakgrunn av økt blodpropprendens. Selv om hjerteinfarkt og slag er svært sjelden i yngre aldersgrupper, bør kvinner over 35 år, som røyker daglig, ikke bruke p-piller fordi risikoen for slike alvorlige komplikasjoner øker. For den som ikke røyker, eller har høyt blodtrykk, er det ingen ting som tyder på økt risiko ved bruk av p-piller.

Østrogen

Det kvinnelige kjønnshormonet østrogen ser ut til å være bra for hjerte- og karsystemet. En god del av den fordelen

østrogen som kroppen lager naturlig.

Det en vet til nå er at de som bruker østrogen, sjeldnere får hjerteinfarkt sammenliknet med andre. Før mente en at kvinner med litt forhøyet blodtrykk eller kolesterol ikke burde bruke hormoniskudd etter overgangsalderen, men nyere undersøkelser viser at hormoniskudd vanligvis vil påvirke både fettstoff, sukkeromsetning og blodtrykk i gunstig retning. Dersom det foreligger grunn for å bruke østrogen, som f.eks. ved plager i forbindelse med overgangsalder eller benskjørhet, kan dette tas opp med legen. Det foregår for tiden mye forskning med sikte på å kartlegge hvordan hormoniskudd og østrogen kan tenkes å påvirke risiko for hjerte- og karsykdom, og i løpet av de neste fem år vil man kunne si dette mer sikkert. Når det gjelder bruk av hormoniskudd etter overgangsalder, må fordeler alltid veies opp i mot mulige ulemper. Det er viktig at kvinnen selv er med på å ta avgjørelser når det gjelder bruk av hormoner.

Spør legen

Har foreldre eller søsken hatt hjertesykdom? Da er det grunn til å tenke ekstra på hva som kan gjøres med røyke-, kost- og mosjonsvaner. Hvis slektningene var forholdsvis unge, 55 år eller yngre da de ble rammet, er det all grunn til å nevne dette når en går til sin faste lege eller bedriftslegen. Ved sykdom er det også all grunn til å legge vekt på mosjon, sunn kost og ikke å røyke. Det er også viktig å holde blodtrykket under kontroll. Ingen er like når det gjelder disposisjon for hjertesykdom.

Arvelige anlegg spiller mindre rolle for hjerneslag enn for hjerteinfarkt. Husk: Du skal alltid være velkommen til å

Hjelp oss å hjelpe andre!

Hjerte- og karsykdommer er årsak til nesten halvparten av alle dødsfall i Norge. Nasjonalforeningen finansierer en betydelig del av norsk hjerteforskning for å:

- lære mer om sykdomsårsaker
- utvikle bedre behandlingstilbud
- drive forebyggende tiltak i befolkningen

Ditt bidrag kan redde liv!

Benytt giren og send en gave til hjerteforskningen.

**Din helse-
vår hjertesak!**

Nasjonalforeningen for folkehelsens hovedmål er å bedre folkehelsen gjennom forskning, opplysning og praktiske tiltak. 75 000 frivillige arbeider gjennom 1000 helselag for å forebygge sykdom og ulykker og fremme helse gjennom opplysnings-, omsorgs- og trivselstiltak.

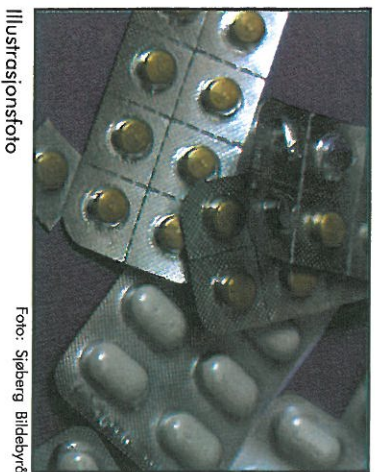
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Postboks 7139 Majorstua, 0307 Oslo
Tlf: 23 12 00 00, faks: 23 12 00 01
E-post: post@nasjonalforeningen.no
www.nasjonalforeningen.no
www.helsenytt.no



Foto: Sjøberg Bildebyrå

ytning til
i går raskt
ler hviler.
jmet, men
ann menn
astninger.
gså oftere
ler astma.
jertret også
3 verking i
litt ekstra.

it om det
vår?
tar seg tid
pasientens
en vil også
elle risiko-
hjerte- og
t hvis mor
tale for at
karsyke ser
rolle som
dom hos
vklaring vil
vise til en
det tas et
) mens
erstrykkel.



Illustrasjonsfoto

Foto: Sjøberg Bildebyrå

kvinner har fremfor menn, forklares ved at østrogen setter kroppen i stand til å håndtere kolesterol og fett slik at ikke så mye avleirer seg i blodårene. Den type østrogen som brukes i piller eller plaster ved overgangsalderen, er samme type

Brak av pille, kar trykkes kontrollle behandli arlig. Ynå trykk bø også frar på bakgr. Selv om sjelden i ner over bruke p- alvorlige som ikke trykk, er økt risiko

Det kvin: ser ut til systemet

Illustrasjon

kvinner l at østrog håndtere mye avle østrogen ved over

10

H

Kundidentifikasjon (KID)

Kroner

Øre

Til konto

> 82000180285

< 6173885783

Blankettnummer

Belast
KontoBetalt av
(1 siffer)

For å få frdrag på selvangivelsen må fødselsnr. registreres.

Skattefri gave til hjerteforskningen

Betallingsinformasjon

GIRO

Underskrift ved girering

Betallingsfrist

Betalt til

Nasjonalforeningen
for folkehelsen
Pb. 7139 Majorstua
0307 OSLO

Kvittering
tilbake

NASJONALFORENINGEN
for folkehelsen
Pb. 7139 Majorstua, 0307 OSLO



Kvittering Innbetalt til konto 8200 0180285

Beløp

Betalerens kontonummer

Blankettnummer

6173885783

spørre under en legekonsultasjon, hvis du vil ha personlige råd eller forklaringer.

Ingen garanti for helseingen egen skyld for sykdom

Selv om vi vet mye og gjør mye for å unngå hjerte- og karsykdom, har ingen av oss noen garanti mot å bli rammet. Sjansen er større eller mindre, men den er alltid til stede. Tilsvarende kan en aldri si at noen har seg selv å takke for sykdom eller død. Det er ingen grunn til å føle skyld om en er blant dem som rammes.

Symptomer og behandling

Samtale med overlege og hjertespesialist Anne Larsen.

Anne Larsen arbeider i det daglige som hjertespesialist og overlege ved medisinsk avdeling, Buskerud Sentralsykehus.

Er hjertesykdom hos kvinner et økende problem?

- Fordi hjertesykdom har vært oppfattet vesentlig som en mannsykdom, har mange tenkt seg at siden kvinner nå lever et like stressende liv som menn, har det ført til at flere kvinner får hjertesykdom. Dette er heldigvis ikke tilfelle. Både for kvinner og menn har det vært en gladelig nedgang i hjertesykdom siden midten av 1970-tallet. Det er imidlertid ett unntak. Det gjelder kvinner som har sukkersyke, der det ser ut til å ha vært en økning i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i denne perioden.

Arter symptomene ved hjertesykdom seg annerledes for kvinner enn for menn?

- Det vanligste symptomet ved hjertekrampe eller angina pectoris er en klemmende smerte midt i brystet, og en følelse av at brystet blir for trangt.



Sosialt nettverk er godt å ha når man blir rammet av sykdom.

Foto: Sjøberg Bildebyrå

Typisk oppleves dette i tilknytning til fysiske anstrengelser. Smerten går raskt over når man stopper opp eller hviler. Kvinner har også dette symptomet, men i tillegg har kvinner oftere enn menn også plager med psykiske belastninger. Kvinnens anginaplayer blir også oftere feiltolket som fibromyalgi eller astma. Dette er fordi trange årer i hjertet også kan arte seg som tung pust og verkning i armer og skuldre når man tar i litt ekstra.

Howdan kan legen finne ut om det virkelig er angina pectoris en har?

- Det viktigste er at legen tar seg tid til en grundig samtale om pasientens symptomer og plager. Samtalen vil også avklare om kvinnen har spesielle risikofaktorer. Mange tilfeller av hjerte- og karsykdom i familien, spesielt hvis mor har hatt hjertesykdom, vil tale for at kvinnen er spesielt utsatt. Sukkersyke ser også ut til å spille en større rolle som risikofaktor for hjertesykdom hos kvinner. For å få en nærmere avklaring vil pasientens egen lege ofte henvisse til en såkalt belastningsprøve, der det tas et elektrokardiogram (EKG) mens pasienten sykler på en ergometersykkel.

Andre ganger kan det være nyttig å gjøre en tilsvarende belastningstest, men da med en såkalt isotropundersøkelse. Man spørter inn en radioaktiv isotop og fotografater hjertet med et spesialkamera ved slutten av belastningen og etter noen timer. Resultater av disse undersøkelsene, sammen med pasientens plager, vil ofte avgjøre om kvinnen skal henvises videre til mer direkte kartlegging av hjerteårene. Dette skjer på de store regionsykehusene.

Hvordan kan man få mistanke om at det er et hjerteinfarkt under utvikling?

- Et hjerteinfarkt arter seg oftest ved at smertene i brystet er sterkere enn ved angina pectoris. De kommer også uprovosert under hvile. Hvis plagene varer i over 15-20 minutter må lege kontaktes. Også tilbakevendende press i brystet med kaldsvette og kvalme, kan være tegn på at et hjerteinfarkt er under utvikling. Kvinner vil gjerne vente med å kontakte lege for ikke å uroe sine nærmeste. Dette kan føre til at man kommer for sent til sykehus. Dermed får en ikke nyttinggjort seg moderne hjerteinfarktbehandling, som forutsetter at pasienten kommer tidlig i forløpet.

Hvem skal henvises til mer avanserte undersøkelser?

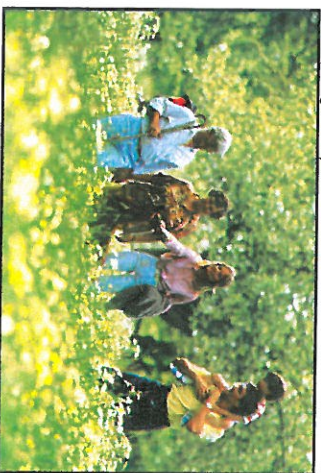
- Pasienter som har lav fysisk prestasjonsevne og mye plager til tross for medisinsk behandling, skal henvises til kartlegging av åresystemet. Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt blir tilbudt legekontroll en - to måneder etter at de har kommet hjem fra sykehuset, med en etterfølgende belastningstest. Resultater av denne vil avgjøre om man skal gå videre med andre spesialundersøkelser, som f.eks. kartlegging av blodåresystemet til hjertet. Pasientens plager fra hjerte-

sykdommen, helsestilstanden for øvrig og ikke minst pasientens ønsker, er avgjørende for hvilken strategi som velges, sier Anne Larsen. God kontakt med primærlegen er like viktig som samarbeidsforholdet til sykehuslegen. Sykdommen kan endre seg etter hvert, og behovet for videre utredning kan bli aktuelt lenge etter at kontakten med sykehuset er avsluttet.

Hva med rehabilitering?

- Hos oss får de aller fleste tilbud om hjertetrim, og slik er det på de fleste sykehus nå. De kvinnene som deltar, har veldig godt utbytte, minst like godt utbytte som menn. Men noen kvinner er usikre og unngår kanskje hjertetrimmen på grunn av lav selvfølelse. Jeg ser det som svært viktig at de deltar, både for den fysiske treningen og for å få del i gruppefølelsen. Det følger alltid en viss angst med hertesykdom, og den mestres bedre når en er en del av et felleskap. Flere frivillige organisasjoner arrangerer slike timgupper.

Foto: Sjøberg Bildebyrå



Det er viktig å komme seg i form etter en hjertesykdom. Turer i skog og mark er god mosjon.

Hva med parforholdet etter kvinnens hjerteinfarkt?

- De fleste kvinnene er eldre. Noen har god støtte av sine ektemenn. Når mannen har fått hjerteinfarkt, stiller kvinnen nesten alltid opp på våre hjertekurs og gjør mye ut av rollen som pårørende. Det er ikke like vanlig at de mannlige ektefellene stiller opp. Mange er for øvrig ensilte eller har en ektemann som også er syk. Det er viktig for kvinnene å bli så selvhjulpne som mulig og holde ved like sine kontrakter utenom den aller nærmeste familien.

Hva med seksuallivet?

- Mange vil sikkert føle behov for en pause etter infarktet, for så å ta samlivet opp igjen. Det er ingen fare forbundet med et aktivt seksualliv, og jeg har ikke inntrykk av at kvinnene er engstelige for det. Det viktigste er nok at det må være lov å si nei hvis en ikke orker eller føler for det.

Kan en gå tilbake til yrket?

- Ja, yrkesaktive kan vanligvis det. Et par måneders sykemelding er vanlig. Det kan også være aktuelt å være halvt sykemeldt en periode i starten. Når det gjelder hjemmearbeidende kvinner må man huske på at man den første perioden etter infarktet normalt ville ha vært sykemeldt fra en betalt jobb.

Hva kan en gjøre for å unngå et nytt hjerteinfarkt?

- Det er viktig å motivere seg til å slutte å røyke. Omlegging av kostholdet går ofte greit for mange kvinner, som finner det naturlig med mye frukt og grønn-saker i kostholdet. Mer bruk av fisk og daglig tran er også gode råd. Medisiner som senker kolesterotet har i nyere undersøkelser vist seg å være like

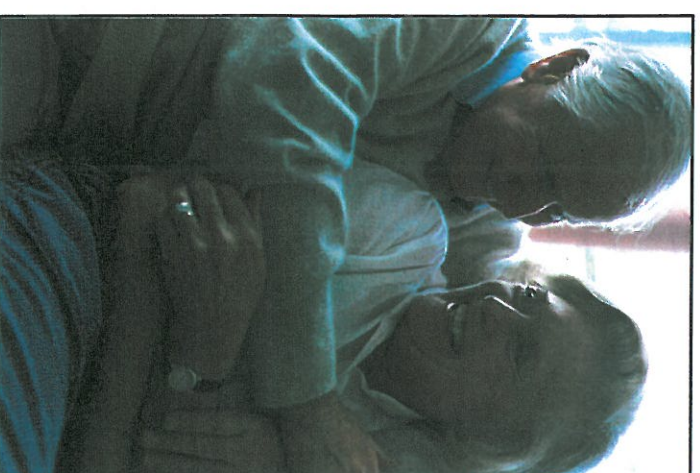


Foto: Sjøberg Bildebyrå

En ser livet i et annet lys etter et hjerteinfarkt.

effektive for kvinnen, som har gjennomgått hjerteinfarkt, som hos menn. Mosjon tilpasses alderstrinnet, men en daglig tur er et godt råd for alle.

Mange menn finner ut at livet er mer verdifullt etter et hjerteinfarkt. En ser ting i et annet lys. Gjelder dette kvinner også?

- Ja, jeg synes kvinner mestrer denne situasjonen vel så bra som menn, sier Anne Larsen. - Kvinner har ofte gode venner og er vant til å snakke om følelser. Kanskje spiller det også inn at kvinner er vant med at livet har faser og at en må omstille seg.

Er det noe annet du vil fortelle kvinner?

- Jeg får ofte henvisning til poliklinikken kvinner som er plaget med uregelmessig

hjerterygme, forteller Anne Larsen.

- Det kjennes som om hjertet slår raskt, slår dobbelt og så tar en liten pause. Dette skremmer mange. Hvis en ellers er frisk og ikke har besvimelsestendens eller tung pust, er slike uregelmessigheter helt ufarlige. Dette er det viktig for kvinner å vite.

Rask behandling ved hjerneslag

Samtale med professor Ulrich Abildgaard.

Professor Ulrich Abildgaard ved Aker sykehus har lang erfaring som lege for pasienter rammet av hjerneslag. Det har vært store fremskritt i behandlingen av hjerneslag de siste årene. Det er viktig at både kvinner og menn er klar over dette.

Kan du si litt om hvordan det er å få slag, Ulrich Abildgaard?

- Hos fire av fem kommer slaget helt plutselig. En arm eller et bein, eller en funksjon i kroppen, lystrer plutselig ikke. En av fem har forvarsel, som består i lammelser som varer bare en kort stund. Når slag eller et forvarsel kommer, er det viktig å få en grundig undersøkelse så raskt som mulig. En er mye mer aktiv i behandlingen nå enn før. Vi må finne ut i detalj hva årsaken til slaget er, for noen ganger kan tidlig behandling være helt avgjørende. Vi søker å begrense hjerneskaden ved å gripe inn før den får utvikle seg. Kommer en til med behandling etter et forvarsel, et såkalt drypp, kan en i mange tilfelle spare pasienten for å få et virkelig slag. For andre har vi ingen spesiell behandling å sette inn, og da gjelder det å starte gjenopptrentingen tidlig. Også her er en mye mer aktiv nå enn før.

Hvilken vekt legger du på alder? Skal en 80-åring til sykehus ved første drypp?

- Jeg legger overhode ingen vekt på alder, sier Abildgaard kort og greit.

- Det er funksjonen som teller. Er 80-åringen vanligvis frisk og kjekk, skal hun ha samme service som en 50-åring. Ved de aller mest alvorlige slagene, som når pasienten blir bevisstløs med en gang, har vi lite å stille opp med. Dette gjelder både 50-åring og 80-åring.

Kan du si litt mer om oppptrening?

- Oppptreningen starter første dag! For pårørende er det viktig å få i gang en form for samtale med pasienten så snart som mulig når språkfunksjonen er skadet. En må lære seg å tolke lyder og andre tegn pasienten signaliserer med. Logoped, fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut kommer inn i treningen av pasienten og opplæringen av pårørende. Bedringen kommer gradvis, og det kan gå stadig bedre gjennom flere år.

Hva kan en gjøre for å unngå å få slag?

- Sunt leveste! Dette gjelder alle, uansett alder og helsestatus. Ellers vil jeg nevne at annenhver slagpasient har



Frukt og grønnsaker hører med i et sunt leveste!

sukkersyke, høyt blodtrykk eller hjertesykdom før slaget kommer. Den forebyggende behandlingen er individuell hos disse, og en må følge legens råd. Det samme gjelder de som har hatt ett slag og vil gjøre noe for å unngå å få et nytt.

Har du noe spesielt å si til kvinner?

- Kvinner må legge av seg sin naturlige eller tillærte beskjedenhet og søke lege straks hun har mistanke om et hjerneslag eller drypp. Hjerneslag er akuttmedisin for begge kjønn.

Hva med oppptreningssfasen?

- Kvinner kan ikke så ofte som menn basere seg på sin partner som omsorgsperson. De er ofte blitt enslige når hjerneslaget rammer. Det er viktig å ha et sosialt nettverk som enslig kvinne.

- Når det derimot gjelder de medisinske sidene og selve rehabiliteringen, ser jeg ingen kjønnsforskjell, avslutter professor Ulrich Abildgaard.

Sorg er nødvendig

Samtale med psykolog Oddbjørn Sandvik.

Sorg er en normal og nødvendig reaksjon når vi mister noe eller noen som betyr mye for oss. Sorg er meget personlig, og oppleves og ytrer seg forskjellig fra menneske til menneske. Ikke bare det å miste noen ved dødsfall medfører sorg. Også tap av helse og funksjonsevne kan gi sorgreaksjon. Noen får varige funksjonshemminger på grunn av angina pectoris eller svekket hjerte, eller på grunn av lammelse etter et hjerneslag. Andre opplever at ektefelle rammes av sykdom. I begge tilfeller kan tapsopplevelsen være så stor at en reagerer med sorg.

- Tap av fysisk helse er en side, men like viktig kan tap av drømmer og fremtidsmuligheter være, sier Oddbjørn Sandvik.

Men først er en vel ganske lamslått og skjønnere ikke hva som egentlig har skjedd?

- Ja, den første tiden etter å ha opplevd et stort tap er for mange preget av en følelse av uvrkkelighet. Mange forstår ikke rekkevidden av det som har skjedd, eller benekter deler av det, og mange opplever



Foto: Sjøberg Billebyrd

Det å miste ektefellen er en alvorlig livskrise, som innebærer sorgarbeid og store omstillinger.

situasjonen kaotisk og fremmed. Men dette kan være sunne og nødvendige reaksjoner på en ending i livet som kan være overveldende, og som man trenger tid for å forholde seg til og mestre.

Det er mange forventninger til pasienter og pårørende om at de skal være fornøyd. Mange som har kommet seg gjennom sykdom og behandling får høre at de må være glade de er i live og at det var bra det ikke gikk enda verre. Dette kan være uttrykk for en optimistisk holdning, men det kan også tilsløre tapsopplevelsen og gjøre det vanskeligere å kjenne sorgen over alt det en må

gi avkall på, f. eks. utøvelse av fritidsaktiviteter, karriere og tillitsverv. Dette er engasjement og opplevelser som gir grunnlag for både sosial status og selvfølelse.

Hva kan venner og kjente bidra med når noen er midt i en sorgprosess?

- Det viktigste er å akseptere følelsene og reaksjonene og å lytte. Det å si at en stiller opp når det trengs kan gi trygghet, og det er viktigere enn at omgivelsene tar en veldig aktiv rolle. Dette kan føre til passivisering og avhengighet. Dessuten er dette noe vi ofte gjør når vi selv føler oss usikre. Overhjelpsomhet og "stakkars deg"-holdningen er ofte en beskyttelse for oss selv, og ikke en god hjelp å få.

Hva skjer hvis en tar den kjeteke holdningen og ikke tillater seg å føle sorg?

- En kan komme til å undertrykke viktige sider ved det tapet som er skjedd. En blir uferdig og uærlig i forhold til en viktig hendelse i livet sitt. En kommer på et vis i utakt med virkeligheten. Men det å fortrenge det som har skjedd betyr ikke at en er ferdig med det. Ofte binder en opp mye krefter i forsøkene på å unngå og tenke på det, krefter som en kunne brukt på å utvikle måter å mestre den nye situasjonen på. Og slik kan det skje at en ikke får brukt de mulighetene en har. For eksempel kan en bestemor henge fast i et krav til seg selv om stor hjemmelaget familiemiddag, men det orker hun ikke. Likevel takler hun ikke overgangen til å invitere til fest på ferdigmat. Det er viktig å godta at sorg tar lang tid og er en slitsom prosess å gjennomgå. I tillegg til å erkjenne og akseptere at tapet er virkelig, må en gjennom sorgen tilpasse seg en situasjon som kanskje er blitt veldig forandret. Dette er

utfordringer som en møter igjen og igjen over en lang periode. Det er også viktig å være klar over at det er ulike måter å reagere på når vi opplever tap, og det er ulike måter å løse en slik situasjon på, avhengig av muligheter, alder, personlige ressurser og det sosiale nettverket. Det finnes ingen oppskrift på dette som er gyldig for alle. Det er heller ikke noe mål å unngå smerten. Mange kvinner gjøre en stor innsats som pårørende.

Noen ganger er kanskje innsatsen for stor, og en sliter seg selv ut?

- Den overaktive ektefelle sliter kanskje med en sorgreaksjon hun eller han holder tilbake. Det kan være en omstillingsprosess som omgivelsene ikke forstår. Taklingen av hustrurollen sier mye, ikke minst om kvinnelig kjønnsrolle og kvinners krav til seg selv. Mye er bra, og mye kan en stille spørsmålsteget ved. Noen kvinner blir ensomme når ektemannen er funksjonshemmet, fordi de ikke gir seg tid og rom for andre venner og aktiviteter. Rådet til infarktpasientenes og slagpasientenes ektefeller er å dempe samvittigheten og sørge for best mulig støtte av kommunale hjelpeordninger i hjemmet. Har en hjemmehjelp og hjemmesykepleie, kan tiden med den syke heller brukes til hygge enn til tunge løft. For yrkesaktive er det ingen god idé å slutte i jobb, og heller ikke strenge seg ute fra et sosialt liv.

Har du noen råd til de mange kvinnene som blir enker?

- Det å miste ektefellen ved at han eller hun dør er en alvorlig livskrise. Det betyr store omstillinger, og mye savn og sorg. Det er viktig at de som blir enker finner måter å uttrykke sine tanker, følelser og reaksjoner. Det er det vi kaller sorgarbeid, og det krever tid og

krefter og ofte mange gjentakelser. Men en alvorlig livskrise som dette kan også innebære muligheter for vekst og positiv utvikling. Etter en tid kan en bli i stand til å se og bruke nye muligheter. En del kvinner blir faktisk mer sosialt aktive og selvhjulpne enn før. Men sorgen vil likevel komme tilbake fra tid til annen. Det skjer også om ekteskapet

har vært problematisk, og andre ikke skjønner at en har noe å sørge over. Også for skilte kan den tidlige ektefellens død være en livskrise. Det viktigste er at en tillater seg å kjenne på de følelser, tanker og reaksjoner som kommer den første tiden, og at en etter hvert kjemper mot tendensen til å isolere seg.

Hjerte-slag

Du som tikker inni meg-
hvorfor er du så urolig?

Hva er det som gjør
at du stundevís danser calypso
vekslende med lat, død rytme
ispedd angstskapende pauser?

Du hersker over meg,

gjør meg livredd!

Hvordan kan du?

Del av meg, som du er -

Vil du kanskje vise
hvem som har makten
over hele kroppsfabrikken?

Solveig Sindre