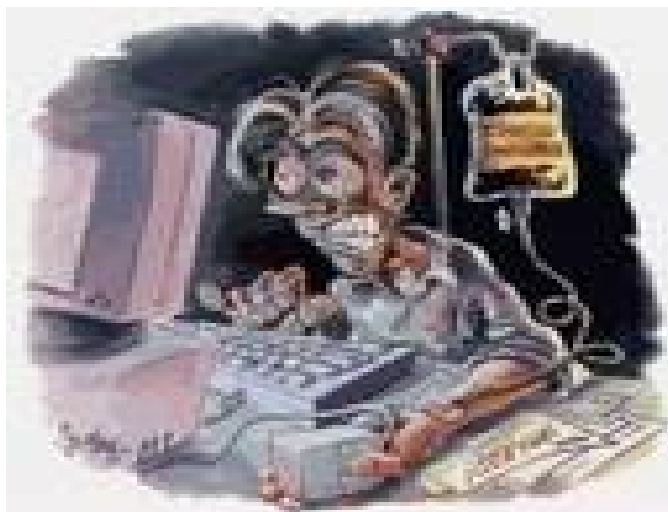




HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave

Informasjonsbehov på sykehus.



Bildet nedlastet på sesam.no, billedsøk; Informasjon. [Nedlastet 28 01.09]

Kandidat nr: 66

Emnekode: SYKHB 3001

Innleveringsfrist: 23.02.09 kl. 14.00

Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund

Sjukepleierutdanning, Våren 2009

Antall ord: 7644

Sammendrag

Hensikten med oppgaven var å kartlegge hvilke behov pasient og pårørende hadde for informasjon under sykehusopphold, ut i fra de berørtes synsvinkel. Et annet spørsmål jeg søkte videre svar på var hvordan sykepleiere ivaretok pasient og pårørendes behov for informasjon. Bakgrunn for oppgaven gjenspeiles i samfunnets økende krav om effektivisering og innsparinger, kontra kvalitetssikring og større fokus på brukermedvirkning. Oppgaven ble gjennomført som en litteraturstudie av eksisterende relevant forskning. Ti artikler ble gjennomgått og delt inn etter tema pasient, pårørende, personal, og sykehus. Dette skulle videre gi meg en dypere forståelse for hva de berørte anså som viktigst. Artikkelen bygger samtidig på forskjellige synsvinkler som pasient- og pårørendes opplevelse, personalets opplevelse, samt sykehuset som setting for informasjonsformidlingen. Studiene viste generelt til dårlige kunnskaper om kommunikasjon, samhandling, og informasjonsteknikk. Manglende forståelse for hva pasient rollen innebærer kan vel samtidig sies å utgjøre et sentralt tema. Konklusjonen viser at ut i fra økt krav om effektivisering samtidig med et større pleiebehov generelt, blir Sykepleiers pedagogiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter nedprioritert.

Abstract

The purpose of the task was to identify what need patient and relatives had for information during hospitalization, out from their angle of view. Another question I sought further responses to was how nurses ensured patient and relatives needs for information. Background for the task is reflected in society 's growing demands for efficiency and savings, versus quality assurance and greater focus on user participation. The task was carried out as a review of existing relevant research. Ten articles was reviewed, and divided up after the theme patient, relatives and friends, staff, and hospitals. This would also give me a deeper understanding of what the affected considers as crucial. Articles is at the same time based on, different viewpoints as patient- and relatives experience, staff experience, and hospital as a context for dissemination of information. Studies showed in general to lack of knowledge about communication, cooperation, and Information techniques, lack of understanding of what patient role involves may well at the same time said to constitute a central theme. Conclusion shows that out of increased demands for efficiency, at the same time with a greater actual care needs in general, nursing educational, and practical knowledge and skills is given lower priority.

Forord

Om at hjælpe

"At man, naar det i sandhed skal lykkes en at føre menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der.

Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i inbildning, naar han mener at kunne hjælpe den anden.

For i sandhed at kunne hjælpe en anden, maa jeg forstaae mere end han, men dog vel først og fremst forstaae det, han forstår.

Naar jeg ikke gør det, saa hjælper min merforstaaen han slet ikke.

Vil jeg alligevel gjøre min mere-forstaaen gjeldende, saa er det, fordi jeg er forfærdelig stolt, saa jeg i grunden i stedet for at gavne han egentlig vil beundres af ham.

Men al sand hjælp begynder med ydmykelse:

Hjelperen maa først ydmyge seg under den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste, men den taalmodigste, at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og ikke forstaae, hvad den anden forstaar:"

(Søren Kierkegaard: "Bruddestykke af en ligefrem meddelelse" (1895))

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	1
1.2 Bakgrunn for oppgave og problemstilling	2
2 Metode	4
3 Teoretisk tilnærming.....	6
3.1 Pasient- og pårørende rollen	6
3.2 Sykehuset som setting	8
3.3 Informasjon, undervisning og veiledning.....	9
4 Drøfting	12
4.1 Pasient- og pårørendes erfaringer med informasjon på sykehus	12
4.2 Sykehusets ivaretagelse og praktisering av informasjon.....	17
4.3 Sykepleiers pedagogiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter.....	21
6 Konsekvenser for sykepleie	23
Referanseliste	

1 Innledning

Hensikten med oppgaven er og oppøver evne til selvstendig, systematisk tenkning og saklig vurdering ved å fordype seg i et tema som opptar en. Ved å anvende relevant fag – og forskningslitteratur, prinsipper fra forskningsmetode i tillegg til å overholde forskningsetiske krav, vil jeg forsøke å finne svar på oppgaven jeg har valgt å løse. Oppgaven bygger på en teoridel av fag- og pensumlitteratur som basis, og videre en drøftingsdel av resultater og funn av relevant fag- forsknings litteratur innhentet for å underbygge og løse problemstillingen.

Fordypningen skal medvirke til bedre forståelse for sykepleie ved hjelp av å integrere teori og praksis, samt oppøve evnen til å være kritisk og analytisk. Videre det å søke ny kunnskap for best mulig kvalitetssikring av praksis.

Valgt tema går på informasjon til pasienter innlagt i somatisk sykehus, pasientens pårørende, samt hvordan sykehuset som kontekst kan påvirke informasjon/undervisning/veiledningen. Slik jeg ser det er både tema og problemstillingen relevant for oss som sykepleiere med tanke på utøvelse av god sykepleie med pasienten i fokus. Egne refleksjoner/erfaringer i jobb/praksissammenheng forholder seg til behov/mengde/måte informasjonen/veiledning/undervisning blir gitt på og hvordan det innvirker på pasientens sykehusopphold, samspillet mellom sykepleier, pasienter og pårørende under oppholdet.

I forhold til oppgaven har jeg undervisning og veiledning som overordnet teoretisk perspektiv. Kommunikasjon og pedagogikk vil videre også utgjøre viktige faktorer som jeg vil komme innpå videre i hovedoppgaven.

1.1 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere ivareta pasient og pårørendes behov for informasjon under sykehusopphold?”

Problemstillingen er begrenset til voksne ”myndige” individer innlagt i somatisk sykehus, og deres pårørende. Barn, demente og mennesker med psykiske lidelser (når fremkommer av litteratur) tas ikke med i oppgaven. Jeg skiller ikke på lengden av sykehusoppholdet, heller ikke type avdeling. Problemstillingen konsentreres fra innleggelse til utskrivning fra sykehuset, ikke evt. videre opplæring/skolering ved eks. lærings- og mestringssenter.

1.2 Bakgrunn for oppgave og problemstilling

Sosial- og helsetjenester i Norge rangerer i dag på verdenstoppen. Kontinuerlig utvikling og forbedring fører til stadig ny kunnskap og teknologi, samtidig med et større krav og forventninger fra brukerne. Sosial og helsedirektoratet (2005) har i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten mål om god kvalitet på helsetjenestene, og pasienten i sentrum. For å sikre brukerens trygghet skal bla. informasjon og medvirkning fremme effektiv behandling (Sosial og helsedirektorater 2005).

Ut i fra stadig økende krav om effektivitet, innsparinger, og kvalitetssikring av helsetjenesten, kan det da bli vanskelig å etterkomme pasient og pårørendes behov for informasjon og veiledning på en tilfredsstillende måte, eller blir all informasjon generalisert?

Mens leger har sitt hovedfokus på diagnostikk og prognose av den enkelte sykdom, er omsorgen for pasienten og hans opplevelse av det å være syk definert til å være sykepleiers selvstendige oppgaver. Oppgaven innbefatter samtidig forståelse for hva den syke opplever og hvilke konsekvenser det å være syk påfører pasienten. Hovedpunktet for sykepleie vil derav være møtet med den enkelte pasient, og forståelsen for pasientens situasjon og plager for videre å kunne medvirke til å lindre og trøste for å gjenopprette pasientens helse, utøve praktisk omsorg (Nordtvedt 2007).

Spesialhelsetjenesten (herunder sykehus), helsepersonell, pasient og hans pårørende er i dag samtidig underlagt lovpålagte krav og rettigheter. Sykepleiere er samtidig berørt av yrkesetiske retningslinjer, og bygger på verdier som omsorg og barmhjertighet, samt respekt for grunnleggende menneskerettigheter for god sykepleiepraksis (Sneltvedt 2005).

”Fellesnevneren” for pasientene, og evt. pårørende såfremt ikke pasienten har utelatt pårørende og frasagt seg retten til informasjon, slik jeg opplever det utgjør da behovet for informasjon/undervisning/veiledning både for bedre medvirkning og opplevelse av trygghet og ivaretagelse under sykehusoppholdet.

2 Metode

Metode brukes som et hjelpemiddel til å løse et problem, etterprøve påstandens riktighet, holdbarhet og gyldighet (Dalland 2006 ref. Tranøy (1986:127)). ”Valgt” metode skal videre gjenspeile måten jeg frembringer mest mulig tjenlig data til å belyse det jeg vil undersøke, på en faglig interessant måte (Dalland 2006).

Kravet til metode for oppgaven utgår fra oppgaveteksten, litteraturstudie som metode.

For bedre forståelse av litteraturstudie fremkommer det fra Olsson & Sørensen (2006) som en gjennomgang av eksisterende litteratur. Eksisterende, bakgrunns litteratur, blir da gjennomgått i teoridelen, mens innsamlet annen relevant fag- og forskningsmaterieell drøftes opp mot bakgrunns litteraturen for å finne svar på problemstilling.

I oppgaven vil relevant pensumlitteratur, forskning/fagartikler fra relevante emner/fagområder som bla. pedagogikk, kommunikasjon, veiledning, og undervisning med pasienten og pårørende i sentrum, samt sykehuset som ”arena”, være relevant i søken på kunnskap som er aktuelt for å beskrive, forklare, analysere og vurdere aktuell problemstilling og gi meg svar på spørsmålet. Fremskaffet og brukt litteratur skal hovedsaklig ikke være eldre enn 10 år.

I forsøk på å besvare problemstillingen benyttes pensum- og annen faglitteratur innhentet fra lokale- og skolebibliotek. Forskning/fag artikler er fremskaffet gjennom internettsøk, og omhandler alt fra databaser som encyclopedia, tidsskrifter, samt opplysningsvirksomhet og søkemotorer som sesam og google. Herunder også Vård i Norden, Sykepleien, Sve Med+, ProQuest, Cochrane, Cochrane colaboration, Academic Search Premier, Medline, Tidsskrift For Den Norske Legeforening, helsebiblioteket, lovdata, og Helse & sosialdepartement. For best mulig fokus på problemstilling har jeg sett på både kvalitativ og kvantitativ forskning da jeg tror at en ”blanding” vil gi meg en bedre forståelse, samt belyse problemstillingen bedre med forskjellige synsvinkler.

Søkeordene fremgår fra bla. informasjon, veiledning, pasient, utdanning, kommunikasjon, samtaler, pasientinformasjon, informasjonsbehov, pasient- og pårørende tilfredshet,

pårørende, sykehus opphold/innleggelse, bruker -medvirkning/perspektiv/styring, mestring, samt kombinasjoner av søkeordene og oversettelser til søkemotorens språk.

Førstehåndssortering av litteratur var å lese abstract, innledning og konklusjon for å kartlegge relevansen for problemstillingen. Referanselister og innholdsfortegnelser i dataen ble samtidig gjennomgått, slik at jeg så langt det er mulig har forsøkt å bruke primærlitteratur for bedre forståelse for det forfatteren mener, samtidig som sekundærkilder kan være en bearbeidet utgave av originalen i flg. Olsson & Sörensen (2006). Videre viser de til at litteraturen skal være mest mulig objektiv, da dette kan styrke validiteten og troverdigheten.

Et trettitalls artikler ble etter søket gjennomgått, men referanse og primærkilde var i tilfeller vanskelig å bruke ut ifra 10 års kriterier på valgt litteratur.

Bearbeiding/vurdering av innsamlet data ble foretatt. I forhold til forskningsartiklenes validitet eller pålitelighet ble vitenskapelige krav som tittel, abstract, innledning/bakgrunn, metode, resultat og drøfting samt referanseliste bla. lagt til grunne for valget på relevante artikler, kildekritikk. Utvalgte artikler jeg fant mest hensiktsmessige konsentreres videre om ti artikler, da jeg syntes disse belyste problemstillingen fra forskjellige synsvinkler.

Mål for vitenskapelig forskning ved fremskaffelse av fakta som anvendes til å løse problemer og erverver ny kunnskap, skal følge allmenne krav og forskningsetiske aspekter om verne om enkeltmennesket eller fellesskapets integritet (Olsson & Sörensen 2006).

Etiske og moralsk aspektet jeg videre må ta hensyn til vil være kildereferering i min oppgave (Dalland 2006). Referanser/kilder skal gjengis for at rettmessig ”eier” av det jeg har valgt å gjengi/forklare krediteres for sitt arbeid. HSH (2009) råd om god akademisk referanseskikk, ved å skrive i tråd med generelle retningslinjer for oppgaveskriving, kan videre sikre mot plagiering.

3 Teoretisk tilnærming

3.1 Pasient- og pårørende rollen

Molven (2006) definerer pasient som ” *person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp*”, mens pårørende defineres som den nærmeste pasienten selv oppgir, eller etter gitte kriterier fra pasientrettighetslovens (§ 1-3 b) rekkefølge (Molven 2006 s. 27-28). Sand (2007) viser til det engelske begrepet ”significant others” (betydningsfulle andre) for å påpeke hvem den syke opplever som sine pårørende. Molven definerer videre helsehjelp som handlinger med bla forebyggende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende, eller pleie- og omsorgsformål som bakgrunn for handlingene.

Norsk ordbok (2006) forklarer en rolle som ”*uskrevne regler og mønstre for oppførsel og handlemåte som knytter seg til en bestemt sosial posisjon*”, mens Tveiten (2002) bruker Svabø mfl. (1993) for å definere en rolle. Rollen forstås da som summen av normer og forventninger som er knyttet til en rolle. Ved innleggelse på sykehus trer pasienten inn i en sosial rolle, pasientrollen. Han blir underlagt helsepersonellens beskyttelse, og blir avhengig av, og underordnet leger og sykepleiere (Fagermoen 2007). Rolle, forventning og norm brukes samtidig i samfunnsvitenskap til å forklare mellommenneskelige samhandling (Tveiten 2002 ref. Svabø mfl. 1993 og Aubert 1981).

Travelbee (2005) viser i sin teori til sykepleierens mellom - menneskelige aspekter, hvorav pleieren skal hjelpe individet og dets nærmeste til å forebygge, mestre og finne meninger i sykdomssituasjonen. Ved ”å se” det lidende individ vises empati som videre vil fremmer motivasjon og håp. For å forebygge og mestre trenger en hjelp av hjelpere som ved å observere individet kan imøtekomme de lidende og deres behov (Travelbee 2005).

Forskning har derimot i følge Kristoffersen (2006) vist at det er personens egne vurderinger av situasjonen han befinner seg i, som er avgjørende for belastningen han opplever. Mestring er menneskets strategi for å møte de utfordringene en møter på i ulike situasjoner, hvorpå samtidig samhandling mellom miljøet han er i og hans egen tolkning og opplevelse er av stor relevans. Mestring krever samtidig flere faktorer, en viss energimengde og fornuftig bruk av

energien, tilstrekkelig med ressurser, både indre(eks. vilje og mot) og ytre(eks. sosialt nettverk), samt at der må finnes en mulighet for mestring i situasjonen (Kristoffersen 2006).

Når en blir syk og trer inn i pasientrollen, kan både følelser og tanker fremstå som et "kaos" for pasienten. Hverdagens trygge omgivelser byttes ut med fokus på en syk kropp, kanskje smerter og mye ubehag, slik at pasienten kun lever i "nuet" og distanserer seg fra "gårsdagen" og fremtiden. Dette kan videre føre til at pasienten blir usikker og redd. Den nye rollen han ufrivillig har trådt inn i, et fremmed miljø, og noe nytt og ukontrollerbart han har lite og kanskje ingen kunnskap om. Hos pasienten vil det da melde seg et behov for menneskelig støtte og nærhet, noe sykepleiere kan hjelpe han med ved å informere, veilede og undervise pasienten om hva som skjer og skal skje videre (Fagermoen 2007).

Travelbee (2005) viser også til at en syk/lidende person vil ha problemer med å takle sykdom og lidelse alene, og trenger nærhet og kunnskap. Ved at den syke er et familiemedlem vektlegger hun innlemmelsen av familien i pasientens situasjon som en viktig faktor. Videre sier hun at et skille mellom pasient og pårørende kan vanskelig praktiseres. Dette ut ifra at en ved å gjøre pasienten godt, gjør en samtidig pårørende godt, og motsatt.

Ved sykdom er det ikke bare den syke som berøres, men "familien" som helhet. Alle parter kan brått bli "revet" bort fra hverdagslivet, til å befinne seg i "nuet" med livs forandringer og kanskje en usikker fremtid i vente (Sand 2007).

Når noen blir syk, trer den sykes nærmeste dermed inn i pårørende rollen, som også kan være tung å bære. Å se sine nære og kjære lide uten å kunne gjøre noe med det kan gi en følelse av maktesløshet, volde store påkjenninger og bekymringer, og mulig vanskelig å akseptere (Sand 2007). Ser vi på Tveiten's (2002, ref Svabø mfl. (1993)) definisjon av rolle, kan normene og forventningene som er knyttet til det å være pårørende muligens utgjøre deres omsorg, støtte og nærhet overfor pasienten. I følge Sand (2007) kan de pårørendes omsorgsansvar i tillegg til bekymringene de har ovenfor situasjonen de befinner seg i, og overfor pasienten, utarte seg som en 24-timersoppgave.

Når pårørende i likhet med pasienten blir "revet bort" fra en trygg hverdag, kan også de rammes av et indre "kaos" som redsel, angst og undring over hva fremtiden vil bringe. Faktorer som tidsaspekter og alvorlighetsgrad på sykdommen vil da være av stor relevans i

regi av å være pårørende, da pårørende ofte "ofrer" eller setter "på vent" egne behov for å være der for pasienten. Prognose, grad av helsesvikt, samt evt. funksjonstap hos pasienten, samt hvor lenge de kan ventes å være pårørende kan da være avgjørende for hvordan en takler pårørende rollen (Sand 2007).

3.2 Sykehuset som setting

"Setting" betegner en ramme, bakgrunn for noe, eller omgivelser rundt noe i flg. Norsk ordbok (2007). Rønning (2003) bruker "setting" som beskrivelse på når to eller flere personer møtes og samhandler om noe. Settingen beskriver da situasjonen, og/eller stedet samhandlingen foregår i, i tillegg til at deltakerne medvirker i bestemte aktiviteter innenfor tidsintervaller og ut ifra de rollene de besitter.

Sykehuset, slik jeg forstår det, utgjør da rammen for samspillet mellom helsepersonellet, pasient og pårørende, det som skjer dem imellom under oppholdet.

Etter spesialhelsetjenesteloven (sphsl. 1999) innbefatter sykehusets oppgaver bla. pasientbehandling og opplæring av pasient og pårørende. I tillegg til informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter. De skal videre fremme helse, motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Tjenestetilbudet skal ha kvalitet og være tilpasset og tilgjengelig for pasientenes behov.

Sykehuset som helseinstitusjon er i dag regulert under spesialhelsetjenesteloven (1999) Institusjon forklarer Norsk ordbok (2006) som forhold regulert av sedvane eller lov i et samfunn.

Som syk og hjelpetrequende, i regi av å inneha pasientrollen, befinner du deg nederst på hierarkistigen. En sårbar situasjon som å være overlatt til andres makt, i tillegg til å være underordnet institusjonens fastlagte regler og rutiner iflg. Norvoll (2004). Videre viser hun til Goffman (1961) at institusjonalisering kan føre til tap av troen på en selv, ut ifra at pasienten personlighet kan bli krenket gjennom ydmykelse og nedverdiggelse. Dette forklarer han videre med at pasienten ved innleggelse i institusjon mister både sin rolle i dagliglivet, i tillegg til at det skjer en depersonaliseringssprosess når pasienten mister sin subjektive identitet og objektiviseres i form av eks. " rom 112".

Når pasienten er syk og avhengig av andre fører det oftest derimot til at han innretter seg etter helsepersonellens og institusjonens rutiner, muligens fordi han ikke føler han har noe annet valg for å få den hjelpen og behandlingen han trenger. Følelsen av hjelpeløshet kan videre forsterke pasientens angst og redsel for det ukjente, og frembringe sinne for at han ikke kan/klarer å utføre det han vanligvis kontrollerer selv, og føler en form for avmakt (Norvoll 2004). Mathiesen (1982, i Norvoll 2004) beskriver avmakt som en situasjon uten mulighet for endring ut ifra mangel på egne midler til å endre situasjonen han befinner seg i, eller midler til å motsette seg andres viljeutøvelse. Man er avhengig av hjelperen og befinner seg samtidig nederst på rangstigen (Norvoll 2004).

Norvoll (2004 Ref. Skau 1996) viser også samtidig til at i regi av å være helsepersonell, fremstår de samtidig som maktforvaltere, og ansvarsområde sies å balansere mellom makt og hjelp.

Ut ifra helsearbeidernes syn: stadig ny kunnskap, økende behov, krav, stadige økning i ”arbeid” og mangel på arbeidskraft utøves det i dag samtidig et stort press på de ansatte. For eks. sykepleiere kan følelse av utilstrekkelighet til å utføre oppgaver pga. begrensede muligheter, samtidig også føre til en form for avmakt, for staten. Helsearbeideren kan da føle seg maktesløse i sin utilstrekkelighet ovenfor pasienten han ser ikke får det han har behov for, hvorav han også er den som sitter igjen som ”syndebukk” ut ifra en mulig skjev ressursforvaltning fra statens side. Resultatet kan i slike sammenhenger føre til en individualisering av helsepersonell. Når helsearbeiderne ikke får gjort jobben sin, hjelpe de lidende, kan flukt og utbrenthet innad i sektoren i seg selv være prisen en må betale ved og ikke tilføre nye ressurser (Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa 2004).

3.3 Informasjon, undervisning og veiledning

Norsk ordbok (2006) fremlegger informasjon som en opplysning i form av eks en beskjed, forklaring, kunnskap, eller som en melding i form av eks. en kunngjøring.

Informasjon kan iflg. Tveiten (2002) derimot være rent informativ som å formidle fakta eller opplysninger, men også gå litt dypere ved eks. at det videre åpner for dialog, veiledning og undervisning. Uavhengig hvordan ”informasjonsbegrepet” defineres vil det innen

helsevesenet likevel utgjøre en stor utfordring for både pasient, pårørende og helsearbeidere. Dette i form av at mangel på det kan medføre usikkerhet og utrygghet, noe som videre kan resultere i økt lidelse og smerter som begrenser pasientens mottakelighet, samt påvirke hans evner til å nyttegjøre det han lærer (Tveiten 2002).

Pasient, og pårørende etter gitte kriterier, har i følge pasientrettighetsloven (1999) krav på tilrettelagt informasjon og medvirkning (se loven). Loven viser videre til at informasjonen skal være tilpasset mottakers forutsetninger, være forståelig, samt gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonelloven (1999) presiserer samtidig at helsepersonell skal bidra til at pasientens sikkerhet ivaretas, pasienten får tillitt til helsepersonell og helsetjeneste, samt at informasjon skal gis til pasienter som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven. Molven (2006) påpeker samtidig plikten til å samhandle med pasient i forhold til dens helseanliggende, samt legge til rette for at pasienten mottar/ og forstår informasjonen, møter pasienten der han er. Dette ut ifra pasientens interesse i egen helse og ønsker om gode pleie- og behandling, og at resultater av dette kan oppnås ved samhandling mellom pasient og sykepleier.

Samhandling mellom sykepleier og pasienten forutsetter derimot at det er opprettet kommunikasjon mellom de berørte. I følge Eide & Eide(2004) defineres begrepet kommunikasjon som *"å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med"* (Eide & Eide 2004 s. 17). Kjennskap til pasienten vil derfor lette vår forståelse av hva pasienten uttrykker både i form av bla. ansiktsuttrykk, berøring og kroppslig bevegelse så vel som språket. "Signalene" mellom menneskene kan midlertidig oppfattes forskjellig, og fortolkning kan skape både grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, eller kanskje samarbeid og konflikt. Samtalene styres ut ifra den andres behov, som eks det å føle seg ivaretatt, sett og forstått, være hjelpende, støttende, samt problemløsende for hver enkelt pasient. Sykepleieren skal lette og mestre kommunikasjon med pasienter i form av å lytte til den andre, observere og tolke både nonverbale/verbale signaler, skape likeverdige relasjoner og møte den andres behov og ønsker på en god måte. Videre stimulering av den andres muligheter og ressurser slik at samhandlingssituasjon og samtaler struktureres (Eide & Eide 2004).

Henderson (1998) definerer sykepleierens særegne funksjon som: *"å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter,*

kunnskap og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individer gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Henderson 1998, s. 45).

Tveiten (2002) viser også til sykepleierens pedagogiske funksjon som undervisningsansvar ovenfor pasienter og deres pårørende, og definerer funksjon som et knippe handlinger med et felles ansvars- og målområde. Den pedagogiske funksjonen forklares da som handlinger med hensikt å tilrettelegge for vekst, utvikling, oppdagelse, læring og mestring hos eks. pasient og pårørende. I følge ovennevnte kan disse handlingene da fremstå som informasjon, råd, veiledning, instruksjon, og undervisning.

Undervisning defineres som formidling av kunnskap (Norsk ordbok 2006). Iflg. Tveiten (2002) brukes begrepet undervisning noen ganger parallelt med læring, mens veiledning defineres som ” *å legge til rette for oppdagelse og læring og eventuell forandring*” (Tveiten 2002. s. 65). Utgangspunktet for undervisning er samspillet mennesker imellom som lærer og den konteksten de omgås av. Selve læringsprosessen viser hun videre til som en todelt prosess. Pasientens personlige tilegnelse og bearbeiding av det som han faktisk tilegner seg, samt det samspill som foregår mellom individet og omliggende omgivelser. Ovennevnte viser videre til at både psykiske, fysiske, sosiale og praktiske forhold kan påvirke læringen.

Når vi som helsepersonell deler vår kunnskap og ekspertise ut i fra vår pedagogiske funksjon, som å informere/undervise og veilede kan den didaktiske relasjonsmodell (se tveiten 2002 s.63) være et godt hjelpemiddel. Ved veiledning og tilrettelegging av informasjonen til hver enkelt i deres perspektiv, får vi samtidig klarhet i om vi har forstått pasienten rett, samt om vårt budskap til pasienten er korrekt (Tveiten 2002).

Pedagogikk gjenspeiler hvordan, samt hvilken måte ting gjøres på, mens didaktikk utgjør en form for undervisningens hva, hvordan og hvorfor. Målsetting er å skape refleksjoner og problematisere forholdene som gjør seg gjeldende i formidlings- og undervisningssituasjoner, ved å reflektere over hva, hvorfor og hvem. Interaksjonen, samt konteksten, er av stor betydning. Målet for informasjonen vil derfor være at pasient og evt. pårørende skal inneha tilstrekkelig kunnskap og forståelse om anliggende rundt sykdom/behandling for bedre å kunne mestre fortvilelsen og oppgittheten gjennom sykdoms/behandlingsforløpet. Innholdet i læringen kan rettes både på sykdommen/behandlingen, hvordan det er å være pårørende, samt hvordan forholde seg ovenfor/i lag med den syke (Tveiten 2002).

4 Drøfting

Som nevnt i pkt. 3.3 viser helsepersonell- og pasientrettighetsloven til sykepleiernes informasjonsplikt, og pasient- og pårørendes krav på informasjon. For å kunne ivareta deres behov for informasjon vil forutsetningen for oss som sykepleiere derimot være avhengig av hva de involverte selv anser som sitt reelle behov. Ved hjelp av valgte forskningsmaterieill vil jeg i de neste punktene forsøke å belyse hva de involverte, i denne sammenheng, anså som sine reelle behov.

Eriksson, Chiappe & Sellström (2003) viser derimot i sin studie til at helse- og sosialtjenesten i dag er under høy belastning, noe som gjør det vanskelig å ta hensyn til menneskelige behov og trygghet etter dagens krav om kvalitet, dette ut ifra stadig mindre ressurser kontra økt pleiebehov i form av bla. "eldrebølgen". Kronsmo og Vibe (2007) viser likevel til at pasienterfaringer er én av flere kilder for måling av kvalitet i helsetjenesten.

I følge Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) finnes det lite forskning på kvaliteten på pleien innenfor sykehusene, samt at de anser forskning på hva pasientene er misfornøyde med til å være den mest valide metode for å fremskaffe pasientens tilfredshet. Dette begrunner de med at pasientenes misnøye bedre gjenspeiler virkeligheten, og kan gi oss bedre kunnskap om hvordan kvaliteten på pleien kan forbedres. Tørstad & Iversen (2004) viser samtidig til at det finnes få Norske og Skandinaviske studier som omhandler hvordan pasienter opplever sykepleiers ivaretagelse av egen undervisnings og veilednings funksjon.

4.1 Pasient- og pårørendes erfaringer med informasjon på sykehus

I flg. Fagermoen & Hamilton (2002) er det allment kjent at pasienter har behov for informasjon i forbindelse med å bli innlagt på sykehus.

Skaug & Andersen (2006) sier ethvert møte mellom sykepleier og pasient også er avhengig av pasienten selv, situasjonen han befinner seg i, samt hvilken tilstand han befinner seg i. For å få et godt grunnlag for beslutninger som tas samt at pasienten får den hjelpen han er best tjent med, må gyldig data innhentes om- og/eller fra pasienten. Pasientens subjektive opplevelse er

derfor av stor relevans for å imøtekomme pasientens behov og ønsker (Skaug & Andersen 2006).

Tilbakemeldinger fra informanter i en studie av Grønnestad & Blystad (2004) basert på informasjon i forbindelse med operasjon, viser hvilken betydning det å bli informert utgjør for dem. Mens opplevelsen av trygghet rangerte høyest, gir kunnskap om prognose og helsetilstand pasienten oversikt over situasjonen han er i. Dette gir pasienten videre trygghetsfølelse og fjerner usikkerheten. Når pasienten føler seg trygg, har han samtidig bedre forutsetninger for å mestre pasientrollen han besitter. Personalets formidling av informasjon kan samtidig bidra til et tillitsforhold dem imellom, ved at personalet viser kunnskap og kompetanse for at pasienten skal forstå han er i ”gode hender”. Ravnstad (2003) viser til at for å forstå ”mennesket” må det møtes ansikt-til-ansikt. Dette fremhever hun samtidig som en utfordring for sykepleier. Samspillet mellom pasient og sykepleier fremstår da ikke ut ifra to likeverdige, snarere deres ”rollefigurer”, som videre kan påvirke samhandlingen slik at pasienten ikke opplever egen deltagelse som reell. Fagermoen & Hamilton (2002) studie viser derimot til pasientens misnøye med tilnærmingen til sykepleierne. Dette forklarer de med at vaktskiftet førte til stadig nye sykepleiere, samtidig som de også visste lite om dem eller hva de hadde behov for.

Molven (2006) viser derimot til at pasientens autonomi og selvstendighet fremheves når pasienten vises respekt og får medvirke i bestemmelser av egen fysiske og psykiske helse. Yrkesetiske retningslinjer (2007) fremhever samtidig at respekt for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet og menneskerettigheter, samt barmhjertighet og omsorg for pasient og pårørende er byggesteinene som danner grunnlaget for sykepleien som fag. (Norsk sykepleierforbund 2008)

Grønnestad & Blystads (2004) viser i sin studie til at pasientene generelt var fornøyd og anså informasjonen som ble gitt i forkant av operasjonen, samt hva som skulle skje under selve inngrepet som nyttig informasjon. Informasjon angående postoperativ fase, herav kroppslige og forventede reaksjoner, som førte til usikkerhet og redusert tryggheten anså de derimot som mangelfull. Ovennevnte viser videre til at faktorer som tid, omsorg, og kjennskap til pasienten må være tilstede for å kunne møte pasientens behov. Fagermoen & Hamilton (2002) viser også til hvilke områder informantene anså som mest viktige. Disse ble rangert etter viktighet fra høyest til lavest som: inngrepet, forløp operasjonsdag, type bedøvelse, forventet

postoperativt ubehag, forventet forløp utskrivningsdag, samt hvor lenge sykehus oppholdet kunne forventes å vare. Ovennevnte viser i tillegg til nevnte områder at informantene fant det nødvendig å bli informert om ventetiden operasjonsdag, om selve enheten, i tillegg til besøkstider og telefontilgjengelighet.

Eithun m/fl. (2006) viser derimot, gjennom kartlegging av kirurgiske pasienters behov for informasjon, til at det må finnes en balansegang mellom nok og for mye informasjon, som en viktig faktor for å unngå stressede og engstelige pasienter. Videre påpeker de at grundig forhåndsinformasjon medfører et forhøyet kunnskapsnivå hos pasienten, men ingen påvisbar bedring av inngrepet generelt. Mangel på informasjon, eller nedsatt mottakelighet hos pasient vedrørende kirurgiske inngrep viser hun videre til som en mulig medvirkende årsak til eventuelle ”plager” og komplikasjoner pasienten kan oppleve i den postoperative fasen. Fagermoen & Hamilton (2002) viser samtidig i sin studie, om pasientens oppfatning av sykepleieinformasjon i forbindelse med operasjon, til at i overkant av 90 % sa seg enig i at de hadde mottatt kjernen av informasjon under sykehusoppholdet, men manglet informasjon om hva en kunne forvente seg postoperativt, samt ved utskrivelse fra sykehuset.

Informasjonsperspektivet innen sykehus ut ifra Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) studie viser derimot mangler i form av uteblivelse, eller at gitt informasjon i seg selv var dårlig. Kontinuitet og tilrettelegging av informasjonssituasjonen, samt mangel på pasientansvarlig personell og uteblitt utskrivningssamtale skapte også misnøye blant pasientene. Ufølsom, eller manglende informasjon av dårlige nyheter, tilstand og prognose var andre faktorer pasientene reagerer negativt på. En enkeltstudie viste iflg. ovennevnte i tillegg at pasientene ikke var blitt informert om prøver og prøvesvar, i tillegg til virkning/bivirkninger i forbindelse med medisiner. Studie viser samtidig til pasientenes misnøye over ikke å få være delaktig eller få medvirke i egen pleie, i form av å bli påtvunget pleie av personalet som gav opplevelse av liten egenkontroll.

At sykepleier har kjennskap til pasientenes mestringsstrategi mener Ravnstad (2003) derimot er viktig. For å fremheve dette viser hun til Lazarus og Folkmans mestringsstrategier.

I forhold til at pasienter i hovedtrekk i studiene viser misnøye i forbindelse med informasjon de får og informeringsmåter, kan faktorer som påvirker misnøyen muligens også relateres til hvilken strategi pasienten bruker for å mestre den rollen han har fått på sykehuset. Lazarus og

Folkman (1984) viser da til to hovedgrupper for mestringsstrategi, problemfokuset og emosjonsfokuset mestringsstrategi (Tveiten 2002). I flg. Ravnestad (2003) peker den problemfokuset mot dagliglivets konkrete og praktiske utfordringer i form av bla væremåter aktiviteter og handlinger. Tankeprosessen som videre følger vil da være å avgrense og finne mulige løsninger, samt vurdere konsekvensen av løsningen man velger før en handling iverksettes. Faktorer som påvirker problemfokuset mestringsstrategi, vil være hvilken grad av indre kontroll og sosial erfaring pasienten innehar, samt hvilke kunnskaper og kognitiv vurderingsevne han besitter. Emosjonsfokuset mestringsstrategi omhandler derimot de psykologiske mekanismer som påvirker pasientens tanker og følelser.

Ravnestad (2003) viser videre til at å tilrettelegge for pasientens opplevelse av egenkontroll, kan være en form for mestringshjelp fra sykepleiers side, og videre pasientens mestringsopplevelse. Lindblom & Thulin (2004) viser derimot til at sykepleiere ut i fra rutiner, tidspress, og for å lette eget arbeid, har en tendens til å hjelpe pasientene med ting de egentlig kan klare selv. God sykepleie viser de til som å ivareta pasientens egne ressurser og oppmuntre, hjelp til selvhjelp i tillegg til at pasienten er informert hva som er forventet av han vil på sikt tjene begge parter og redusere unødig engstelse.

Olsen & Engebretsen (2003) viser samtidig til at helsepersonell må være mer bevisst ovenfor pårørende når det gjelder egne holdninger og oppførsel. Dette begrunner de med at en sykepleier som viser omsorg og en gjennomtenkt oppførsel, med utgangspunkt i empati og kunnskap, viser interesse for de pårørendes problemer, i tillegg til respekt for medmennesket. Tørstad & Iversen (2004) viser samtidig til funn som viser at ikke alle derimot ønsket pårørende til stede når de mottok informasjon. Lov om pasientrettigheter (§3) sier også at pasienten må ha samtykket til at nærmeste pårørende skal få informasjon om pasientens helsetilstand, og helsehjelpen som ytes.

Molven (2006) viser derimot til at pårørendes engasjement i den rammedes sykdom og behandling kan også kunne utgjøre en utfordring for involvert helsepersonellet med tanke på at den kontakt som foreligger mellom pårørende og helsepersonell har utgangspunkt i lover og regler angående informasjonens art, i tillegg innlemmelsen av etikk og service overfor de pårørende. Dette ut ifra hpsl § 21 om taushetsplikt og sikring av pasientens trygghet og integritet blir utelatt utedkommende.

Som nevnt tidligere er en velgjerning overfor pårørende, også en velgjerning for pasienten. Travelbee (2005) sier at sykepleiers forståelse for de påkjenningene pårørende gjennomgår, også kan tjene pasienten. Dette ved at sykepleier i små og lite tidkrevende gjerninger som eks å tilby en kopp kaffe, viser omtanke og støtte. Omtanken og støtten kan videre være nok til å styrke pårørendes kraft og muligheter for å oppmuntre pasienten. Lindblom & Thulin (2004) viser i en studie, om kartlegging av pleien i en urologisk avdeling ut ifra sykepleiers synsvinkel, som en viktig faktor at pårørende er informert og deltagende for å lette pasientens overgang fra sykehus til hjemmet. Videre viser de også til at pleiepersonalet på avdelingen ikke har for vane å invitere pårørende til å være delaktige i den pleien pasienten mottar, samt at de pårørende likevel ikke kan ta dette valget, uten å være det tilbudt. Når pårørende inviteres til medvirkning, viser de samtidig til viktigheten av å forklare at tilbudet ikke anses som "avløsning" for personalet, snarere å styrke pasientens følelse av trygghet, da det samtidig ka forekomme at pårørende samtidig kan føle de blir presset til medvirkning.

I følge Olsen & Engebretsen (2003) viser forskning at pårørende i større grad likevel må behandles ut ifra deres egne ønsker og behov de har i kraft av å være pårørende. Ovennevnte påpeker også til at på tross av kunnskaper om pårørendes påvirkning av pasientens mottak av god omsorg og helhetlig pleie, varierer fortsatt sykepleiernes holdninger overfor pårørende. Forskerne viser i undersøkelse av pårørendes opplevelse av ivaretakelse på sykehus, var behovet de veide høyest informasjon og samtaler, hvorav ca 90 % videre ønsket fortløpende informasjon. Erfaringsmessig viser de samtidig til opplevelsen av å bli viet tid til av helsepersonellet. Videre påpeker de utskrivelsessamtale hvor pårørende får være med som viktig. Dette med grunnlag i at informasjonen da repeteres og videre åpner/gir bekreftelse på evt. spørsmål de måtte ha, samtidig som informasjonen sykepleieren formidler kan oppleves som utfyllende.

Som nevnt innledningsvis (pkt. 4.1 Skaug & Andersen 2006) ".....*ethvert møte mellom sykepleier og pasient også er hengig av....*") kan en viktig faktor for pasientens oppfattelse av egne behov iflg. Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) muligens i enkelte tilfeller ikke alltid samsvare. Dette ut ifra at pasientens ønsker og forventninger i alle tilfeller ikke er gjennomførbare, samt at pasienten under forskjellige faser samtidig kan ha forskjellige behov. Sistnevnte viser derimot til at pasientenes misnøye kan bidra til at sykepleiere får økt forståelse for hva pasientens behov kan inneholde, og gi en pekepinne på hvilke områder det trengs forbedring på. Grønnestad & Blystad (2004) viser samtidig til at personlige ressurser

og tidligere erfaringer med sykehusopphold kan føre til et redusert behov for informasjon. Pasientens tidligere erfaringer kan samtidig fremme brukermedvirkningen i prosessen rundt informasjonen, da de kjenner ”systemet” og kan bruke egne ressurser i informasjonsinnsamlingen.

Ut i fra pkt. 1.2 første avsnitt, og Kornmo & Vibes (2007) forklaring på hva som påvirker kvaliteten på helsetjenesten som ytes, finner man også de subjektive erfaringer og synspunkter som tas på alvor og at involverte blir ”sett og møtt”, brukermedvirkning. Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) viser derimot til mangelen på respekt for ønsker, og/eller som et individ med særegne behov, hvorav spesielt eldre følte seg behandlet som barn og deretter tatt for gitt at de ikke kunne ivareta egen autonomi. En gjennomgått studie av ovennevnte viste samtidig til manglende rettferdighet, noe pasientene selv anså hadde utgangspunkt i kjønn, alder, etnisk tilhørighet, eller psykiske tilstand. Ovennevnte påpeker derimot at informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger som bla. alder, modenhet, erfaring, språk, og videre kulturelle bakgrunn. Mens Tørstad & Iversen (2004) viser til at eldre (flertall menn) vektlegger legens informasjon mest betydning, Fremhever Haugstlett (2002) mentaliteten blant eldre som ”dere vet best” som en mulig årsak til manglende funn av kjønns og aldersforskjeller.

Sigstad (2004) hevder derimot at brukermedvirkning også blir brukt som et alibi i praksis, ut ifra mangelfull begrepsavklaring. Målet om styrking av brukeren fremsettes da gjerne uten brukers subjektive verdier som grunnlag slik at bruker fremstår som en konsument, heller enn en samfunnsborger. En annen faktor for dette er at det er behandler som oftest vurderer områdene brukermedvirkning skal foregå på, hvorav brukerens muligheter da også vil ligge i hjelperens ”hender”.

4.2 Sykehusets ivaretagelse og praktisering av informasjon

Fagermoen & Hamilton (2002) hevder innholdet i pasientinformasjonen de siste 10 -årene har gjennomgått en radikal endring. Dette mener de har sin forklaring i at det blir gitt informasjon til pasienter *før* innleggelse, færre liggedøgn, såkalte korridorpasienter i tillegg til økt forekomst av poliklinisk behandling, og at disse faktorene har videre påvirket kvaliteten på informasjonen.

En studie gjort av Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) hvor hensikt var å finne et mønster i misnøyen av pleien innen sykehus, viser at deres møte med personalet var preget av både likegyldighet, fiendtlighet, krenkelse, samt at personalet ikke trodde på dem og derfor ikke tok dem på alvor. Studien viser oppsiktsvekkende (egen tolkning) funn i personalets møte med pasientene. Personalet viste liten interesse for pasientene, noe som gav dem følelsen av å være til bry. Personalet tok seg heller ikke tid til å høre på hva de hadde på hjertet eller hvilke bekymringer de måtte ha. Pasientene kjente seg videre ignorert ut ifra at personalet pratet ”over hodet” på dem, samt at de viste mangel på empati og omsorg. I enkelte tilfeller ble det samtidig fremhevet personal med svært dårlig oppførsel, stygge mot pasienten, eller at de ikke praktiserte gitte løfter (Eriksson, Chiappe, Sellström 2003).

Ovennevnte studie kan vel mulig sies og ”vekke” enhver sykepleier til refleksjon over eget arbeid. Har vi ut ifra vår kunnskap om hva vår profesjon innebærer, og ikke minst en stadig påminning fra staten om lovverk og brukermedvirkning, plikter og krav med pasient og pårørende i sentrum, virkelig så dårlige kunnskaper om bla. samhandling og kommunikasjon med pasienten som det fremkommer? Eller kan disse nedslående (egen tolkning) resultatet til dels mulig være påvirket av andre årsaker? Eller er de mulig som Ravnstad (2003) sier, at høyt arbeidspress medfører nedprioritering av vår pedagogiske sykepleierfunksjon?

Tørstad & Iversen (2004) viser også til at rutiner og praksis av sykepleiernes undervisningsfunksjon er varierende, samtidig med at det ikke bare er pasienten som finner dette utilfredsstillende, men også sykepleierne selv. Erfaringsmessig fremhever de også måten formidlingen skjer på som avhengig av hver enkelt sykepleiers kompetanse, tilgjengelig tid og sted for informering som nevnt tidligere, og ikke minst pasientens mottakelighet som viktige faktorer som må på plass. Alle forhold som påvirker disse faktorene vil videre påvirke pasientens mulighet til å tilegne, og bruke den informasjon han tildeles, noe som videre medfører krav om rutiner og struktur for å sikre oppdatert, aktuell og nyttig informasjon (Tørstad & Iversen 2004).

Fagermoen & Hamilton (2002) sier de to vanligst former for brukt informasjon i sykehus, er skriftlig og muntlig informasjon. I sin studie viser ovennevnte til at skriftlig informasjon ofte var tilgjengelig på avdelingen, men dog uten forklaringer. Dette sier de på tross av at forskning har vist at skriftlig informasjon kan styrke muntlig gitt informasjon. Fagermoen &

Hamilton (2002) viser også til at viktige ressurser pasienten innehar kan være bortkastet grunnet mulig økning av angstnivå og depresjon hos pasienter som mottar informasjon på et høyt lesningsnivå de finner vanskelig å forstå.

Ut ifra Kristoffersen (2006) pkt. 3.1 (4 avsnitt) fant vi at pasientens egne vurderinger av situasjonen han befinner seg i også kan være avgjørende for hvilken belastning pasienten opplever. Det fremkommer samtidig at mestring krever tilstrekkelig med ressurser, samt mulighet for mestring i situasjonen. Grønnestad & Blystad (2004) viser derfor til at pasienter som har erfaring, vært på sykehus før, og personlige ressurser opplever større trygghet. En trygg pasient har videre bedre forutsetning og økte evner til å takle pasientrollen han besitter. Videre viser ovennevnte til mestring som en sosial ferdighet, utviklet gjennom erfaring (ref. Liberman 1992). Eithun m/fl. (2006) viser samtidig i sin studie at grundig forhåndsinformasjon til kirurgiske pasienter kan ha innvirkning på pasientens postoperative forløp, samt at hensikten med informasjonen da vil være å redusere usikkerhet og stress.

Grønnestad & Blystad (2004) viser derimot til at forskning har vist at god pasientundervisning har positive effekter, men påpeker videre at mange opplever informasjon de mottar som mangelfull i forbindelse med operasjoner. Ravnestad (2003) viser også til at på tross av at det er lovpålagt viser det seg at informasjon gitt på sykehus er liten, selvmotsigende og har en forvirrende påvirkning. Forskning viser derimot også i flg. ovennevnte at en gjennomsnittspasient uansett hvor mye informasjon han mottar, vil utbytte ikke være tilstrekkelig da pasienten kun husker to eller tre viktige ting. Tørstad & Iversen (2004) viser også til at mange pasienter ikke er tilfreds med gitt informasjon i forbindelse med operative inngrep og påfølgende konsekvenser, hvorpå både fysiske, psykiske og praktisk informasjon har mangler iflg. de berørte. Videre fremhever de at skriftlig informasjon med utgangspunkt i muntlig informasjon derimot øker graden av forståelse.

Eithun m/fl. (2006) reflekterer derimot over om hvor mye informasjon som er nødvendig med utgangspunkt i dagens informasjonsflyt i media. Dette ut ifra at for mye informasjon kan påvirke pasientens absorpsjon og nyttegjøring av den informasjonen han mottar. Trumpy (2002) viser likevel i sin studie til positive resultater og pasientopplevelse i form av ettersendt epikrise til pasienter som har vært innlagt på sykehus. Epikrise utgjør en viktig del av kvalitetssikringen av pasientbehandlingen, og kan bidra til nytenking av hva som kan gjøres for å ivareta pasientens behov for informasjon, samt hvorvidt informasjon kan forbedres og

sikre bedre pasientopplevelse. Noen av tilbakemeldingene Trumpy (2002) ervervet seg i forsøket viser at pasienten fikk opplevelse av å bli respekter, muligens ut ifra at informasjonen var individualisert og innholdsmessig rettet til sykdom, behandling prognose, i tillegg til opplysninger og råd om videre oppfølging. Fra helsepersonellens side viste det videre også til positive resultater. Utsendelse av epikrise ansås ikke på noen måte som ”ekstraarbeid”, verken tidsmessig eller økonomisk, snarere som en lettelse og tidsbesparelse for de henvendelser pasientene videre tok kontakt for. Dette begrunnet de videre med at pasientene som hadde fått epikrise viste hva de skulle spørre om.

Trumpy viser derimot samtidig til, tross for positiv respons fra pasienter, en ”hake” ved rutinemessig utsendelsen av epikrise. Dette ut ifra at epikrisen fremstår som helsepersonellens kommunikasjonsmiddel innad i sykehuset for sikring av effektiv og trygg medisinsk service. ”Haken” refereres da til at utsendingen fører til at leger muligens utøver mer forsiktighet i journalføringen, hvorav dette videre kan redusere den interne kommunikasjonen i sykehuset. For pasienten kan dette muligens videre medføre at epikrisen innehar ”mangler” i form av begrenset informasjon og blir i mindre grad tjenlig for pasienten (Trumpy 2002)

Punkt 3.2 (6 avsnitt) viser videre til at ”pasientrollen” innebærer innretning etter rutiner og regler i institusjonen, samt at en hjelpeløs og redd pasient kan reagere med sinne og avmakt når han opplever følelsen av og miste kontroll.

Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) viser videre til et stresset og underbemannet personal, hvorav ”papirarbeidet” og strenge rutiner muligens er årsaken til at pasientinformasjon på sykehus, og personalet får for lite ”kvalitetstid” til pasientene. Grønnestad & Blystad (2004) påpeker i tillegg personalets reduserte tidsmangel, og lave bemanning, men viser samtidig også til kortere liggetid for dårligere pasienter i sykehus som faktorer som påvirker oppfyllelsen av pasientens brukermedvirkning og rett til informasjon.

For at pasienten i utgangspunktet skal kunne lære, forutsetter det som nevnt at en bruker god tid til å bli kjent med pasienten, noe som gir et innblikk i hvordan pasienten mestrer den rollen han har havnet i, rollen er som nevnt tidligere ny og uforutsigbar

En studie av Haugslett (2002) viser imidlertid at sykepleiernes mål med informasjon i hovedsak var å skape trygghet og tillit slik at pasienten følte seg ivaretatt. Samtidig viser de til

at kartlegging av pasienten gjennom samtale er nødvendig for å individualisere informasjon ut ifra pasientens totale livssituasjon, sykdomsforståelse og opplevelse. Møte pasienten der han er med åpne spørsmål, gjør det lettere å kartlegge hva han faktisk vet. Skriftlig informasjon ble vektlagt for at pasienten lettere skal kunne følge med på muntlig informasjon. Ovennevnte viser videre til at sykepleierne oppfattet pasientene som generelt kunnskapshungrige og motiverte for å motta informasjon.

4.3 Sykepleiers pedagogiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter

Eriksson, Chiappe, Sellström (2003)s studie viser at pasientene misnøye kunne i hovedtrekk kategoriseres innenfor tre områder, kommunikasjon/samhandling, organisering av pleien, og behandlingen alene. Fagermoen & Hamilton (2002) studie viser til fire hovedområder men her litt forskjellig fra forrige som kommunikasjon/samhandling, sykepleietilnærming, sykehusinformasjon, samt informasjon etter hjemkomst.

Mangelen på kunnskap om kommunikasjon og informasjonsteknikk forklarer Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) videre som en mulig faktor for mangelen på samhandling mellom pasient og pleier. Eithun m/fl. (2006) presiserer derimot at sykepleier i dialog med pasienten må ta vare på og kommunisere i samsvar med grunnleggende pedagogiske prinsipper for å fremme læring hos pasientene. Tveiten (2002) viser videre til Him og Hipples (1998) fem grunnregler (MAKIS) som læringsfremmende. Disse utgår da fra motivering, aktivisering, konkretisering, individualisering, og samarbeid.

På tross av lovverk som sikrer retter og plikter, samt at læringsutbytte avhenger av sykepleiers pedagogiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter, reflekterer Ravnestad (2003) over hvorfor disse kunnskaper og ferdigheter ut ifra forskjellige grunner ikke er, og eller blir prioritert høyt nok i dagens samfunn. Ravnestad viser også til viktigheten av at pasienten som innehar kunnskap om egen sykdom får en bedre livskvalitet og mestring. Hun oppfordrer derfor til mer forskning og dekning gjennom media for å rette fokuset på heving av kompetanse.

Grønnestad & Blystad (2004) viser imidlertid til funn hun finner overraskende i sin studie. Sykepleiere ble i liten grad ansett som kilder til informasjon, hvorav enkelte karakteriserte

heller ikke samtaler med sykepleier som undervisning. Dette kan derimot muligens forklares ut ifra ovennevntes hentydning om at informasjonsbehovet er en form for hierarkiordnet. Ut ifra ovennevnte kan dette videre anses som at pasientens "allmenne" informasjonsbehov først blir fokusert på når legen har videreformidlet alvorligere ting som eks. prognose og fremtidsutsikter. Fagermoen & Hamilton (2002) studie viser derimot til at pasienter påpekte at der ikke eksisterte noen likheter med den informasjon de fikk og det de faktisk opplevde. Da pasientene senere etter hjemkomst svarte på samme spørsmål, ble utsagnet derimot tonet ned litt. Forklaringen mener ovennevnte kan muligens være omstendighetene rundt som travle sykehus kontra rolige hjemmeforhold.

Eriksson, Chiappe, Sellström (2003) vil ha større fokus og mer øvelse i samhandling og kommunikasjon gjennom hele sykepleierutdanningen. For de aktørene, aktive sykepleiere, som allerede er og kanskje har vært det lenge, mener ovennevnte at en kontinuerlig oppfriskning kan være veien å gå for å heve pedagogiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter. Mangelen på kunnskap om kommunikasjon og informasjonsteknikk forklarer ovennevnte videre som en mulig faktor for mangelen på samhandling mellom pasient og pleier.

Ravnestad (2003) mener også at statens økende krav til effektivitet fører til at medisinsk behandling prioriteres høyere. Årsaken til mangelen på informasjon til de som har behov for det, mener hun videre kan løses ved å heve sykepleierens pedagogiske kompetanse gjennom såkalte "øremerkede" midler fra staten.

Forskningen i denne forbindelse peker på at bruker/mottaker ikke får det han har krav på, helsepersonellet klarer ikke innfri brukerens behov. Bruker/mottaker har behov for å bli sett/møtt som et helhetlig menneske, fysisk og psykisk, være trygg og føle støtte og nærhet. Målet blir da at de skal inneha tilstrekkelig kunnskap og forståelse slik at også egne ressurser iverksette/brukes for å mestre sykdom og livet videre. Vi må vise at vi er der for pasienten, ikke pasienten for oss. Videre fremkommer det at sykepleiers pedagogiske funksjon nedprioriteres av forskjellige mulige årsaker, og heller ikke holder mål.

6 Konsekvenser for sykepleie

Forskning har bidratt til bedre forståelse for hva sykepleie innebærer, ved å være kritisk og analytisk i søken på ny kunnskap, ser en hvor ”skoen trykker” og hva som bør gripes fatt i. Handlingene for forbedring vil da utgjøre viktige skritt på veien i kvalitetssikring av helsetjenesten.

Videre kan vel forskningen, i denne forbindelse, samtidig sies å være et ”desperat forsøk på å vekke” for å fremme tiltak slik at alle parter blir ivaretatt. Utøver må gis mulighet for å kunne bedre den pedagogiske funksjon slik at brukers behov innfris/ivaretas. Målet kan nås ved at en står samlet, staten må i tillegg til de krav de stiller bidra til å tilrettelegge for at vi skal ha muligheten til å nå disse mål.

Det må gis rom og bevilgninger, som nevnt i pkt. 4.3, som eks ”øremerkede” midler for å høyne kommunikasjon å samhandlingsferdigheter og oppfølginger som kontinuerlig evalueres og oppdateres. Det må bli en balansegang mellom krav, høy belastning, innsparing, og forlite arbeidstakere innen helsevesenet, noe som kan bidra til bedre ferdigheter og bedre tid til pasient/mottaker.

Så damer og herrer, ta konsekvenser av dette og stå samlet og krev tid og midler til å gjøre den jobben dere ønsker og bør gjøre, hjelpe pasient/mottaker og ivareta hans behov. Bidra til videre forskning for å fremheve hva som må gjøres for å nå målene. Eksponering i media kan som nevnt i pkt. 4.3 samtidig være en effektiv pådriver for å nå mål, da dette er temaer som spiller på befolkningens følelser, noe som videre fører til debatt. De ”ansvarlige” blir dermed gjennom allmennheten stilt til ansvar og må videre sammen finne tiltak som kan la seg gjennomføre slik at alle parter blir ivaretatt.

Referanseliste

Brodtkorb Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2004) Samfunnsfag som redskap i profesjonsutøvelse I: *Mellom mennesker og samfunn*. Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa (red.) s. 283 – 287. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland Olav (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.

Eide, Tom & Hilde Eide (2004) ”*Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*”. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Eithun Unn E. Manskow, Randi Bendiksen, Tor Ingebrigtsen, Tore Solberg (2006) For mye informasjon I: *Sykepleien* Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=12455&categoryID=37>

[lest 03.02.09]

Eriksson Ulrika, Isabel Chiappe, Eva Sellström (2003) Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? I *VÅRD I NORDEN* PUBL. NO. 68 VOL. 23 NO. 2 PP 36–39

Fagermoen May Solveig (2007). Samtale, undervisning og veiledning, i ”*Klinisk sykepleie*”, bind 1. s. 12 – 30. Almås Hallbjørg (red). Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Fagermoen May Solveig, Glenys Hamilton (2002) Urological Patients’ Perceptions of Nurses’ Information before and after Surgery. I: *VÅRD I NORDEN*. PUBL. NO. 66 VOL. 22 NO. 4 PP 38–43

Grønnestad Berit Kvalvaag, Astrid Blystad (2004) Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. –En kvalitativ studie. I: *VÅRD I NORDEN*. PUBL. NO. 74 VOL. 24 NO. 4 PP 4–8.

Hallandvik Jan Erik (2006) *Helsetjenester og helsepolitikk*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Haugstlett Jorun (2002) Hva informerer vi om - og hvordan gjøres det? I: *Sykepleien*
Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=745&categoryID=39>
[lest 03.02.09]

Heggdal Kristin (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Henderson Virginia (1998) *Sykepleiens natur*. Oslo. Universitetsforlaget AS

HSH. Biblioteket Høgskolen Stord/Haugesund (2009) generelle retningslinjer for oppgaveskriving. Tilgjengelig fra:
<http://www.hsh.no/biblioteket/studiehjelp/referanseliste.htm#eksempel>
[Lest 16.02.09]

Kristoffersen, Nina Jahren (2006). Stress, mestring og endring av livsstil, I
”*Grunnleggende sykepleie*”, bind 3. s. 206 - 270. Kristoffersen, Nortvedt, Skaug (red). Oslo.
Gyldendal Norske Forlag AS.

Kronsmo og Vibe (2007) - Og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester*, Seksjon for kvalitetsutvikling, GRUK. Tilgjengelig fra:
http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf
[lest 16.02.09]

Lindblom Eva, Helena Thulin (2004) Refleksjoner kring Urologisk Omvårdnad, I: *VÅRD I NORDEN*. PUBL. NO. 72 VOL. 24 NO. 2 PP 48–51.

Lov om helsepersonell (1999) §1, §4, §10. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no
[lest 03.02.09]

Lov om pasientrettigheter (1999) § 3. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no
[lest 03.02.09]

Lov om Spesialhelsetjenesten (1999) § 1. § 2. § 3. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no
[lest 03.02.09]

Molven Olav (2006) *Sykepleie Og Jus*. Oslo, Gyldendal Norske forlag AS.

Nortvedt, P. (2007). Klinisk sykepleie – realiteter og utfordringer, i ”*Klinisk sykepleie*”, bind 1. s.1-11. Almås Hallbjørg (red). Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Norvoll Reidun (2004) Makt og avmakt. I: *Mellom mennesker og samfunn*. Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa (red.) s. 89 – 122. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Ordbok (2007) Oslo. [internett] Tilgjengelig fra www.ordbok.no

Norsk Sykepleierforbund (2008) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, ICNs etiske regler. Internett, tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
[Lest 03.02.09]

Olsen Anne Mia, Lene Engebretsen (2003) Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus? I: *Sykepleien*. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=914&categoryID=28>
[lest 03.02.09]

Olsson, Henny. Stefan, Sörensen (2006). Vitenskapelig arbeidsmetode, I *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*, s. 29-45. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.

Ravnstad, Magnhild (2003) Sjukepleieren sin pedagogiske funksjon, I: *Sykepleien*
Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=890&categoryID=40>
[lest 03.02.09]

Rønningen, Grete Eide (2003) Nærmiljø, Nostalgi – eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid, Fra monolog til dialog?* Hans A. Hauge & Maurice B. Mittelmark (red.) s.52-73. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sand, Anne Marit (2007). Se også meg – om å være pårørende til en syk, i ”*Klinisk sykepleie*”, bind 1. s. 31 – 47. Almås Hallbjørg (red). Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Sigstad Hanne Marie Høybråten (2004) Brukermedvirkning - alibi eller realitet? I: *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening* 124:63-4. Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=953601
[lest 03.02.09]

Skaug, Eli-Anne. Irene Dahl Andersen (2006) Beslutningsprosesser i sykepleie, I ”*Grunnleggende sykepleie*”, bind 3. s. 184 - 213. Kristoffersen, Nortvedt, Skaug(red). Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Snelvedt Torild (2005) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, I: *Etikk i sykepleien*. s. 88-101. Brinchmann Berit Støre (red.) Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) - og bedre skal det bli!. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) [Veiledningshefte]. Oslo, Tilgjengelig fra: www.shdir.no

Travelbee, Joyce (2005). ”*Mellommenneskelige forhold I sykepleie*”. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS

Trumpy Jens Hugo (2002) Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? I *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*. Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=489706
[lest 03.02.09]

Tveiten, Sidsel (2002) ”*Pedagogikk i sykepleiepraksis*”. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tørstad Solveig, Eli Sogn Iversen (2004) Informasjonsbehov ved utskriving fra kirurgisk avdeling. I: *Sykepleien* Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=950&categoryID=41> [lest 03.02.09]