



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: SYKHB3001

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr:33

Antall ord:7672

Hvordan kan sykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt?



Veileder: Astrid Karin Berland

Sammendrag

Tema i denne oppgaven er pasienter med akutt hjerteinfarkt. Hjerte og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken blant middelaldrene og eldre i Norge. I 2006 ble 18 908 pasienter med hjerteinfarkt innlagt ved somatiske sykehus i Norge. Jeg skal gjøre en litteraturstudie, inspirert av et systematisk litteratur studie. Formålet med denne oppgaven er å lære mer om hvordan vi kan bli bedre til å informere pasienter i slik akutt situasjon, fordi jeg mener informasjonen som blir gitt i slike situasjoner ikke er tilstrekkelig. Jeg har derfor valgt å jobbe med denne problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt?”

Resultatet av studien er at informasjonsbehovet er stort hos pasienter med akutt hjerteinfarkt. Pasientene er alle forskjellige, og trenger individuell informasjon. Sykepleierne må ta seg tid, og bli kjent med pasienten for å møte deres informasjonsbehov. Kartlegging av informasjonsbehovet til pasienten viser seg å være en viktig del av sykepleierens jobb.

Abstract

The theme in this task is patients with acute myocardial infarction. Heart and vessel disease is the most common cause of death among middle- aged and elderly in Norway. In 2006, 18 908 patients with myocardial infarction admitted to somatic hospitals in Norway. I will do a literature study, inspired by a systematic study of literature. The purpose of this exercise is to learn more about how we might be better to inform patients in such emergency situation. I have therefore chosen to work on this issue:

"How can nurses contribute to the information needs of patients with acute myocardial infarction are better taken care of?"

The results of the study is that information needs are large, in patients with acute myocardial infarction. The patients are all different and need individual information. Nurses must take time and become familiar with the patient to meet their information needs. Mapping information needs of the patient turns out to be an important part of the nurse's job.

Hva har livet lært meg

Livet har lært meg
at om vi bare holder ut.
Så ser vi en gang
at isen smelter
at skyene bryter frem,
at livet spirer og gror
og at mye har modnet seg
under sykdommens smerte
og under lidelsen
kunne vi bare lære oss
at lidelsen er en del av livet,
at all skapning har i seg dette
med smerte og modning.

Gordon Johnsen

(Kjøllestad & Moesmand, 2004, s.5)

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Problemstilling.....	9
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	9
1.4 Hensikt med undersøkelse.....	9
1.5 Oppgavens oppbygging.....	9
2.0 Metode.....	10
2.1 Hva er metode.....	10
2.2 Litteraturstudie som metode.....	10-11
2.3 Litteratursøkeprosessen, og valg av litteratur	11
2.3.1 Artikler.....	12-13
2.3.2 Bøker.....	13
2.4 Kildekritikk.....	14
2.5 Ethiske aspekter ved forskning.....	14
3.0 Begrepsmessige rammeverk.....	15
3.1 Akutt sykdom.....	15
3.2 Akutt hjerteinfarkt.....	15-16
3.3 Sykepleieperspektiv.....	17
3.3.1 Menneske til menneske forhold.....	17-18
3.4 Kommunikasjon.....	18-19
3.5 Behov for informasjon.....	19-20
3.6 Trygghet og tillit.....	21
3.7 Kriser.....	22

4.0 Hvordan kan sykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt?.....	23
4.1 Tilpasset informasjon til pasienten.....	23-24
4.2 Glemmer vi pasienten, og deres rettigheter?.....	24-25
4.3 Er informasjonen på sykehus dårlig?.....	25-26
4.4 Informasjonen som er trygghetsskapende.....	26-27
4.5 Pasientrettet kommunikasjon.....	27-28
4.6 Hvordan informere når pasienten er i en krise reaksjon?.....	29
5.0 Avslutning.....	30
6.0 Referanseliste.....	31-33

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om hjerteinfarkt. Hjerte og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken blant eldre og middelaldrene i Norge (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2006). I 2006 ble 18 908 innlagt ved somatiske sykehus på grunn av hjerteinfarkt i Norge (Norlemann, Holme, 2008). Halvparten av Norges befolkning dør av disse sykdommene, de fleste har levd med risikofaktorer som diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, lite mosjon og røyk. Mange har så langt kommende hjertesykdom at hjertet svikter. Dette utvikles på grunn av høyt blodtrykk eller hjerteinfarkt eller en kombinasjon av disse (Jacobsen et al. 2006).

Grunnen til at jeg valgte dette som tema er at det er noe som interesserer meg. Jeg har som sykepleier student hatt praksis i akutt mottak på sykehus, og hjerte pasienter er en av de vanligste diagnosene som kommer inn der. Det jeg merket i slike akutte situasjoner, er at informasjonen er liten. Pasienten sitter igjen med mange spørsmål, og lurer på hva som kommer til å skje. At de ikke får tilstrekkelig informasjon gjør de mer redde, og uvitne. I Eriksson, Chiappe & Sellstrøm (2003) sin studie om hva pasienter er missfornøyde med på sykehus, står det at pasientene som deltok i undersøkelsen var missfornøyd med informasjonen de fikk på sykehuset. De savner at helsepersonellet avgrenser informasjonen til den enkelte pasient, kontinuitet på informasjonen, og uskrivningssamtale. Pasientene savnet blant annet informasjon om behandlingen på sykehuset, og behandlingen når de kom hjem. De savnet informasjon om virkningen av medisinene, bivirkninger, tilstand og prognosen fremover. Torjesen & Smeby (2001) skriver at det er vanlig at hjertepasienter bekymrer seg, og kan miste troen på sin egen yteevne. De frykter hva som kan skje i fremtiden, og for et nytt infarkt. Jeg ønsker å sette fokus på dette temaet for å få økt min kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til at informasjonsbehovet til pasienten blir bedre ivaretatt. Pasienter med akutt hjerteinfarkt er ofte usikker for livet etterpå, de kan blant annet uroe seg for om det kommer til å skje igjen.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er:

Hvordan kan sykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg avgrensner oppgaven til pasienter på sykehus, på akutt og hjerteovervåknings avdeling i de 2-3 første dagene etter hjerteinfarkt. Jeg avgrensner også til første gangs hjerteinfarkt, som er en helt ny situasjon for pasienten. Jeg vil forholde meg til begge kjønn, og alle aldre fordi jeg mener alle har likt behov for informasjon, som pasient med akutt hjerteinfarkt.

1.4 Hensikt med undersøkelse

Det er to formål med å gjennomføre denne undersøkelsen. Den ene er at det er en avsluttende eksamen i sykepleie. Det andre er å øke min kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt, noe som trolig kan medvirke til økt trygghet hos pasienten.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består videre av en metodedel, begrepsmessige rammeverk og diskusjonsdel. I det begrepsmessige rammeverket vil jeg beskrive hva et akutt hjerteinfarkt er, deretter presentere sykepleieteoretiker Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi. Videre vil jeg skrive om informasjon, kommunikasjon, trygghet, tillit og krise i forhold til pasienter med hjerteinfarkt. I diskusjonsdelen vil jeg diskutere oppgavens problemstilling i forhold til forskningsfunn og annen litteratur, i tillegg til egne erfaringer og synspunkter. Siste kapittel inneholder avslutning.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode

Metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til en ny kunnskap. Vi velger en metode ut fra om vi mener den vil gi oss gode data opplysninger, slik at vi får besvart spørsmålet på best mulig måte. Metoden kan være redskapet vårt når vi skal undersøke noe, det hjelper oss når vi skal samle inn data. Man kan skille mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode. Kvantitativ metode former informasjonen om til målbare enheter, som gir oss mulighet til å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde (Dalland, 2002). Jeg har valgt å skrive oppgaven ved hjelp av kvalitative og kvantitative undersøkelser som er gjort av andre, litteratur fra pensum og andre bøker som er aktuelle. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes. Begge metodene skal bedre forståelsen av samfunnet vi lever i, hvordan grupper, institusjoner og mennesker samhandler og handler (Dalland, 2002).

2.2 Litteraturstudie som metode

Jeg skal gjøre en litteraturstudie, inspirert av et systematisk litteratur studie. For å gjøre et systematisk litteraturstudie, må det være tilstrekkelig antall studier som er av god kvalitet og kan gjøre et underlag for bedømminger. Det kan besvares mange kliniske spørsmål gjennom hvordan et systematisk litteratur studie gjøres, foreksempel hva som er mest effektivt, hva som fungerer best, og finnes det vitenskapelige bevis for at vi kan anbefale en behandling (Forsberg & Wengstrøm, 2008). Mulrow og Oxman har definert et systematisk litteraturstudie ved at den utgår ved en tydelig fremstilt problemstilling, og den skal besvares systematisk gjennom å velge, identifisere, vurdere og analysere resultatene (sitert i Forsberg & Wengstrøm, 2008, s. 31).

En litteraturstudie er altså å søke systematisk, kritisk granske, og sammenligne litteraturen innenfor et valgt problemområde. Det betyr å finne data som er tidligere gjennomførte empirisk studier. Det er forskning på aktuelle ting i det valgte området. Data bygger på vitenskapelige tidsskrift artikler eller andre vitenskapelige rapporter. Det finnes ingen antall studier som skal inngå i en litteraturstudie. Det er best å finne alle de relevante forskningsartiklene innenfor området, selv om dette ofte kan være vanskelig (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.3 Litteratursøkprosessen, og valg av litteratur

Jeg benyttet biblioteket ved Høgskolen, og brukte følgende nettressurser, databaser og søkemotorer: Sykepleien.no, Vård i Norden, Tidsskriftet.no, SveMed+, Journal of Clinical Nursing, European journal of cardiovascular Nursing og bibsys for oversikt over bøkene på biblioteket. Sykepleien.no, Vård i Norden, Journal of Clinical Nursing, og European journal of cardiovascular Nursing var de databasene jeg tilslutt valgte å hente artiklene ut fra. Ordene jeg søkte med var: Hjerterinfarkt, informasjon, pasienter. Jeg søkte også på artikkelnummer som fra andre referanser, som jeg syntes var relevant for meg. Artikkelen ”*Pasientinformasjon-undervisning*” og ”*Kan vi skape trygghet*”, som jeg har brukt er eldre enn 10 år, men jeg har allikevel valgt å bruke disse fordi de er relevant for min problemstilling. Jeg har brukt tidsskrift og fagartikler. Jeg har funnet litteratur i bøker som er pensum, og fra andre bøker jeg synes er relevante i forhold til min problemstilling.

2.3.1 Artikler

Tidsskrifter jeg har valgt å bruke er:

Selmer, Åshild (1997): Kvalitativ studie. Målet med studien var å beskrive pasientenes bruk og nytte av tilgjengelig informasjon. Resultatet av studien viser at måten informasjonen blir gitt på og i hvilken kontekst, har betydning for felles forståelse mellom pasient og helsearbeider.

Grønnestad, Kvalvaag Berit & Blystad, Astrid (2004): Kvalitativ studie. Målet med studien var å finne ut hvordan pasientene opplevde informasjonen de fikk i forbindelse med en operasjon, og hva det har å si for pasienten. Resultatet viser at pasientene mener at god informasjon er av stor betydning. Det viktigste er at det skaper trygghet og håp.

Burstrøm Marianne, Boman Kurt, Strandberg Gunilla, & Brulin Christina (2007): Kvalitativt studie. Målet med studien var å beskrive hva trygghet og utrygghet innebærer for menn med hjertesvikt. Resultat viser at trygghet for en mann med hjertesvikt blir skapt gjennom tro på at det finnes et liv etter dette, familie, helsepersonell og behandling av sykdommen.

Eriksson Ulrika, Chiappe Isabel & Sellstrøm Eva (2003): Kvalitativt studie. Målet med studien var å beskrive hva pasienter er missfornøyde med på sykehus. Resultatet viser at pasientene er spesielt missfornøyd med informasjonen de får på sykehus, og hvordan de blir møtt.

Timmins, F. and Kalzer, M.(2003): Kvantitativt studie. Målet med studien var å utforske og undersøke informasjonsbehovet til pasientene etter deres første hjerteinfarkt. Pasienter og sykepleiere deltok i undersøkelsen der de besvarte forskjellige spørreskjema.

Bachelor. Kull 2007.

Oterhals, K., Hanestad, B., Eide, G. & Hanssen T. (2006) Dette er et kvantitativt studie. Målet med studien var å beskrive forhold mellom mottatt informasjon, og hvor fornøyde pasientene var med helsevesenet.

Smith, J. & Liles, C. (2007) Dette er et kvantitativt studie. Målet med studien er å utforske behovet hjerteinfarkt pasienter har for informasjon før de reiser hjem. Deretter om det var forskjell mellom de ulike gruppene av hjerteinfarkt pasientene.

Holme, A.N.(2008) Dette er et kvalitativt studie. Målet med studien var å beskrive ektefellens opplevelse og erfaringer i den første tiden etter sykehusoppholdet, i lys av informasjonen de mottok.

2.3.2 Bøker

Bøkene jeg har brukt mest i oppgaven min er:

Moesmand og Kjøllesdal: Å være akutt kritisk syk (2004). Boka handler om den voksne akutt kritisk syke pasienten, og deres pårørende slik en spesialsykepleier møter de på intensiv og operasjonsavdelingene. Boka egner seg godt for oppgaven min, ved at den tar opp tema som besvarer problemstillingen min.

Eide & Eide: Kommunikasjon i relasjoner (2007). Boka er en forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i blant annet sykepleie. Boka presenterer og drøfter kommunikasjonsferdigheter som man må beherske som profesjonell hjelper. Boka er relevant for oppgaven min ved at den tar opp hvordan vi skal kommunisere på best mulig måte med pasientene, og på hvilken måte jeg skal gi informasjon.

2.4 Kildekritikk

En skal vurdere materialet, det vil si å klargjøre hvordan data er samlet inn. Vi må selv vurdere data kritisk, og da må vi spørre oss selv: hvor godt beskriver data den situasjonen som jeg har studert, kan jeg ha oversett noe, hva savner jeg av opplysninger, kan nærheten til feltet ha gjort meg nærsynt? Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere litteraturen jeg har brukt, og kilder jeg har brukt i oppgaven min. Vi er i et fagfelt som vokser rask, og det er viktig å si noe om hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. Vi skal forholde oss kritisk til kildematerialet vi har brukt. Originallitteraturen bør brukes mest mulig, det vil si den opprinnelige utgaven. En skal foretrekke det fremfor sekundærlitteratur, som er tolkninger av andre sitt arbeid (Dalland, 2002). Jeg har i oppgaven min valgt å bruke noe sekundær litteratur, på grunn av utlånte bøker på biblioteket. Jeg har stilt meg kritisk til artiklene, og de fleste er godkjent av etisk komité. De som ikke er godkjent av etisk komité, er artikkelen ” Livet etter et hjerteinfarkt” av Torjesen og Smeby, og artikkelen ” Kan vi skape trygghet” av Thoresen. De er begge hentet fra Tidsskriftet Sykepleien.no, og derfor vurderer jeg de til å være gode fagartikler. Artikkelen ” Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon”, er et kirurgisk studie, men jeg ser en overføringsverdi til min studie, fordi det handler om informasjon på et sykehus.

2.5 Etiske aspekter ved forskningen

Dette er en litteraturstudie, jeg behandler derfor ikke personopplysninger direkte. Jeg skal ivareta forfatterens arbeid, det vil si at jeg skal ikke tyde eller endre det forfatteren skriver. Jeg skal bruke kildehenvisninger, og ikke ta æren for det forfatteren har skrevet (Dalland, 2008).

3.0 Begrepsmessige rammeverk

3.1 Akutt sykdom

Å bli akutt kritisk syk er en situasjon som blir forandret, og en opplever tap og krise. Både pasient og pårørende vil oppleve angst og frykt. Noen situasjoner der overgangen fra frisk til akutt syk er dramatisk kan være da personen tror han er frisk, lever sunt og holder seg i form så oppstår det plutselig et akutt hjerteinfarkt (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

3.2 Akutt hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt oppstår når en koronararterie tettes. Grunnen til dette er som regel en trombedannelse i en forsnevret og forkalket koronararterie, ofte etter ruptur av en kalkflekk, der endotelet blir skadet og da kleber trombocytterne seg til det. Akutt hjerteinfarkt oppstår ofte etter en fysisk eller psykisk påkjenning, dette kan foreksempel være et større måltid. Koronarokklusjonen gjør at den tilhørende delen av hjertemuskelen ikke får oksygen og dermed dør. Det døde muskelvevet blir erstattet med bindevev, som er en betennelsesreaksjon. Den tilhelingsprosessen varer i et par måneder. Et hjerteinfarkt oppstår oftest i den venstre ventrikkelen (Jacobsen, et. al., 2006).

Symptomer og tegn

Vanlige symptomer er klemmende brystmerter som er intense og vedvarende. Smertene varierer i lokalisasjon og styrke. Noen føler bare et lett ubehag i brystet, og noen kan ha kvalme og ha brekninger. De fleste pasienter blir engstelige, bleke og kaldsvetter. Om det er et stort infarkt oppstår det dyspné eller lungeødem, dette er på grunn av at det rammer venstre siden av hjertet. Et hjerteinfarkt kan også oppstå helt uten symptomer, dette kalles et stumt infarkt. Dette kan påvises ved ekg. Når et hjerteinfarkt rammer store deler av den høyre ventrikkelen, er pasienten ofte presjokkert og blek. Dette er på grunn av at høyre del ikke klarer å pumpe blodet over til den venstre ventrikkelen. Pasienten får da et blodtrykksfall, men har ikke lungestuvning siden venstre siden er normal (Jacobsen, et. al., 2006).

Behandling:

Ved et akutt hjerteinfarkt behandles pasientene med PCI (Percutaneous Coronary Intervention) der man foretar en blokkering av koronararteriene (ballongdilatasjon). Dette skjer som regel ved universitetssykehusene (Norlemann, Holme, 2008).

Komplikasjoner

Det kan oppstå komplikasjoner både tidlig og sent i et slikt forløp. Eksempler på tidlige komplikasjoner er rytmeforstyrrelser, kardiogent sjokk, hjertesvikt, perifere embolier og hjerteruptur. Det vanligste er rytmeforstyrrelser. Ventrikkelflimmer er årsak til mange plutselige dødsfall ved infarkt utenfor sykehus, etter at smertene har startet (Jacobsen, et. al., 2006).

Prognose

Dødsfall etter et hjerteinfarkt skjer som regel i løpet av de første timene, før pasienten kommer til sykehus. Derfor er det svært viktig å få pasienten raskt til sykehus der han kan ligge til overvåkning, og en kan behandle arytmier og redusere infarktstørrelsen. Grad av akutt hjertesvikt er også av betydning for dødeligheten av akutt infarkt. Ca. 20 % dør i løpet av de neste 10 årene. Den beste prognostiske faktor på lang sikt er ejeksjonsfraksjon etter infarkt. Dødeligheten på sykehus i dag av infarkt er 10 % (Jacobsen, et. al., 2006).

3.3 Sykepleieperspektiv

3.3.1 Menneske til menneske forhold

Jeg valgte sykepleieteoretiker Joyce Travelbee fordi hun i sin teori legger vekt på menneske til menneske forhold, i sykepleierens møte med pasienten.

Travelbee mener det er viktig at vi som sykepleiere kommuniserer, og har en målrettet inntelektuell tilnærming til pasienten. Menneske til menneske forhold etablerer i følge Travelbee igjennom en interaksjonsprosess som har flere faser. *Innledende møte*: det kjennetegnes av at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. Sykepleier forholder seg til pasient, som en hvilken som helst pasient og pasient forholder seg til sykepleier ut fra forventninger til sykepleiere generelt. De får begge et førsteinntrykk av hverandre. Sykepleieren må se menneske i pasienten, ellers blir omsorgen upersonlig. *Fremvekst av identiteter*: etter hvert ser pasient og sykepleier hverandre som individuelle, særegne personer. Sykepleier opplever pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og forstår mer hvordan pasienten opplever situasjonen. Pasienten ser at sykepleieren er forskjellig fra andre sykepleiere. *Empati*: Evnen til å ta del i den psykiske tilstanden personen er i der og da. Sykepleierne skal forstå og sette seg inn i situasjonen til pasienten, men skal holde sitt eget selv atskilt fra den andre. Empati er når man opplever nærhet og kontakt, og det trenger bare være i et øyeblikk. Travelbee sier at empati bygger på visse likheter. Man må ha opplevd noe lignende før, derfor kan man ikke forvente at sykepleier kan ha empati med alle mennesker. *Sympati*: et resultat av prosessen med empati. Det er knyttet til et ønske om å kunne hjelpe pasienten. Det er en innstilling, eller holdning. Det er måten sykepleieren tenker og føler som blir formidlet til den andre. Sykepleieren kan formidle det både verbalt og nonverbalt. Pasienten føler at sykepleieren deler litt av hans fortvilelse, som kan hjelpe pasienten å mestre. *Gjensidig forståelse og kontakt*: resultatet av det som har skjedd i de tidligere fasene. Det utvikles når sykepleieren har vist en forståelse og et ønske om at hun vil hjelpe pasienten til å ha det bedre. Pasienten får stor tillit til en sykepleier han kan stole på (Kristoffersen, 2005). Travelbee forholder seg til ethvert menneske som om de er en unik person. Hun sier at alle mennesker er uerstattelig og enestående. Travelbee vektlegger særlig samhandlingen mellom sykepleier og pasient i sin sykepleieteori. Hun sier om sykepleie:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening med denne erfaringen” (Kristoffersen, 2005.s 27)

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er viktig fordi vi etablerer et menneske til menneske forhold med pasienten. Det vil si at individets sykepleie behov blir ivaretatt. Som sykepleier skal vi anvende en disiplinert, intellektuell tilnæringsmåte til problemer, og vi skal terapeutisk bruke oss selv (Travelbee, 1999). Kommunikasjon vil si møte mellom pasient og sykepleier. Pasienten kan være svak både som en sender og mottaker. Det kommer mye støy fra omgivelsene, behandling, teknologi og personalet. Å være redd og ha angst kan også påvirke kommunikasjonsmulighetene. Profesjonell kommunikasjon forutsetter at vi har kunnskap på flere områder. Det kan være fra praktiske handlinger til interpersonelle ferdigheter. Det er viktig å ha empati med og være etisk med den akutt kritisk syke. Det er vanskelig å forstå situasjonen til pasienten fullt og helt, men det vi kan forstå er at det er en situasjon som er vanskelig. Den akutt syke er i en spesiell situasjon, mens vi er i en arbeidssituasjon. Vi må prøve å forstå den andre, og være der den andre er i forhold til hans reaksjoner og følelser (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Kommunikasjon er i følge Travelbee en av sykepleierens viktigste redskaper når vi skal etablere et menneske til menneske forhold til pasienten. Mennesker formidler tanker og følelser til hverandre når de kommuniserer. Vi prater og kommuniserer ved hjelp av ord, tonefall, bevegelser, mimikk og berøring. Dette gjelder også sykepleier og pasient. Sykepleieren blir kjent med pasienten på denne måten, og en finner ut hva som skiller denne pasienten fra andre pasienter. Vi skal skille våre egne behov fra pasientens, identifisere hans særegne behov og forutsetninger for å utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov. Travelbee har sine teorier på kommunikasjonsteknikker og ferdigheter, men sier også at det ikke finnes mirakelfraser for sykepleierne å bruke for å oppnå et automatisk godt kontaktforhold. En sykepleier må være fortrolig med sine metoder, vite hvorfor en bruker dem og en skal vite hva man ønsker å oppnå med dem (Kristoffersen, 2005).

Hjelpende kommunikasjon er kommunikasjon som skal være til hjelp for pasienten. Aktiv lytting, samtale, rådgivning og intervjuferdigheter er hjelpende kommunikasjon. En hjelpende kommunikasjon skaper trygghet, tillit og er anerkjennende. Det formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer, og det stimulerer til at pasienten mestrer situasjonen på best mulig måte (Eide & Eide 2007).

3.5 Behov for informasjon

Når vi som helsepersonell gir informasjon kan dette påvirke personers vurderinger. Informasjon vi gir kan hjelpe til med å mestre, og at personene ser situasjonen klart. Pasient kan via informasjon hjelpes til å få en viss kontroll, og de føler at de får hjelp til å ta fornuftige vurderinger. Som sykepleier skal en følge opp hva den andre har forstått etter at man har gitt informasjon. Feiloppfatninger og fantasier må rettes på. Oftest samarbeider lege og sykepleier om å gi informasjon. Det er helsepersonell som har ansvar for at pasienten forstår og kan gjøre nytte av informasjonen. En kan gi noe informasjon med sikkerhet, noe ut fra erfaringer, mens noe kan en ikke vite sikkert. Det kan være en belastning på pasienten med både for lite og for mye informasjon. Vi må som helsepersonell vurderer hva pasienten kan ta imot ut i fra sykdommen, behandlingen hans og hans følelsesmessige reaksjoner. Sykdom, skade og behandling kan påvirke hvor mye han klarer å få med seg (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Å ha kunnskaper om sykdommen reduserer nødvendigvis ikke frykten og angsten hans, men det kan være et skritt mot å akseptere realiteten. Det kan oppleves som personlig kontroll å vite om sykdommen, og det gir han mulighet til å involvere seg i beslutninger som angår han. Noen pasienter ønsker å få informasjon om hvordan de kommer til å føle seg, og hva de kommer til å oppleve sansemessig. De kan oppleve et såkalt psykologisk stress og kan bruke forsvarsmekanismer. Dette påvirker hvordan informasjonen oppfattes. Informasjonen vil kanskje ikke bli forstått fordi pasienten kan være alt fra lett forvirret til i en tilstand med totalt blokkering av tankeprosesser som en følge av de intense følelsene. Å ha så sterk angst kan føre til så følelsesmessig blokkering at det kan virke som om pasienten har sterkt redusert hukommelse eller er desorientert. Tankene henger seg lett opp i det negative, og spørsmålene de spør blir fort glemt ut igjen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Hvordan en akutt kritisk syk mestrer, og vurderer situasjonen har mye med innholdet i informasjonen, hva som vektlegges i informasjonen, og hvordan informasjonen gis. Informasjon skal gis ut ifra kunnskaper om psykologisk stress. Det er bedre å gi korte beskjeder fordi de oppfattes bedre enn lange beskjeder. Den informasjonen som minsker stress, oppfattes bedre enn den som øker stress. En må da vurdere i hvilken rekkefølge en skal gi informasjonen. Det er lurt å bygge opp informasjon fra det kjente til det mest ukjente, som er angst og frykt skapende. Det er også svært viktig å informere hva vi som helsepersonell gjør, og kommer til å gjøre i den konkrete situasjonen, og hvorfor de gjør det. Det pasientene ofte husker best er informasjon som blir gitt som svar på spørsmål. Spørsmålene som blir spurt skal besvares ærlig. Det kan være lurt å berolige pasienten før informasjon blir gitt, fordi pasienter med angst er ikke alltid i stand til å bruke informasjonen, eller stille spørsmål. Vi kan da i forkant lytte til opplevelsene hans av situasjonen, bekrefte at vi forstår at han har det psykisk vondt, og vi kan bruke berøring om det passer i situasjonen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

I Pasientrettighetsloven (1999) § 3-2 står det om ”*Pasientens rett til informasjon*”. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon. Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

3.6 Trygghet og tillit

Sykepleierne ivaretar informasjonsbehovet til pasienten ved å vise trygghet og tillit. Når trygghetsbehovet er tilfredsstillt får man en følelse av selvtillit, og en følelse av at en er verdifull (Burstrøm, Boman, Strandberg & Brulin, 2007) Trygghet er noe vi sanser. Det er kroppslig erfaring, og en del av hverdags erfaringer. Trygghet kan være forskjellig fra menneske til menneske. Noen ser på trygghet som et behov, vi er ikke alltid bevisst den men når den er borte kan man se det klart. Vi kan ikke skape trygghet, men vi må søke etter hva som kan gi trygghet til den andre. Det er ikke sikkert at det som gjør oss trygge gjør pasientene trygge (Thorsen, 1997). I følge Moesmand og Kjøllesdal (2004) betyr den første kontakten vi har med pasienten mye for hans utvikling av tillit. Å ha tillit til sykepleieren handler om at pasienten vet at du har kompetanse til å ta vare på ham, en får sine forventninger innfridd. Å bli informert gjør at en bygger opp tillit. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere informerer, beroliger og orienterer. Segersten skriver om relasjonstrygghet. Det henger sammen med å stole på andre som gir en trygghet. Relasjonstrygghet blir knyttet til det at en slipper å være alene, og at noen er der å holder en i hånden. Segersten beskriver at noen personer som gir trygghet er rolige, hyggelige, varme og sikre. Hun sier at lurte på om dette kan læres eller om noen mennesker bare har det med seg (Kerstin Segersten, sitert i Thorsen, 2006, s. 28-29). For at pasienten skal oppleve tillit er det viktig at sykepleier presenterer seg, og klargjør rollen sin. Vi skal henvende oss til pasienten med det navn pasienten foretrekker, vi skal være oppmerksomme og lydhør ovenfor den andre, ta de med på råd så mye som mulig, vise engasjement og snakke med pasienten (ikke til), forutsette behovene til pasient, være der når det er behov for hjelp, være høflig, pålitelig, vennlig, holde det vi lover, og lytter til pasienten. Vi må forklare det som skjer nå og det som skal skje, gi beskjed om når vi går og når vi er tilbake igjen, besvare spørsmål eller finne noen som kan besvare spørsmålene, og ikke minst vise respekt og være en omsorgsfull person. Det er viktig at pasientene opplever individuell omsorg, at vi er ærlige, at vi kjenner syke historien til pasienten, og at pasienten ikke må vente når han trenger hjelp. Dette fremmer trygghet og tillit (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

3.7 Kriser

I forhold til et akutt hjerteinfarkt oppleves ofte en krise. Alvorlige og vanskelige hendelser i livet er ofte en fellebetegnelse for krise. Når en er i en krise har en behov for støtte og noen å dele følelser og tanker med - medmenneskelig kontakt. Det finnes 4 forskjellige typer kriser. *Sjokkfasen*: Man ser ofte ikke at en person er i sjokk, de virker rolige på andre. Noen kan reagere med apati eller panikk, men det er unntakstilstand. Ofte blir personer i sjokk følelsesmessig noe fjern, og de kan fortelle om endrede sanseopplevelser. Det kan oppleves uvirkelig, som om man drømmer og noen føler at kroppen blir nummen. Det er normalt å ha dårlig kontakt med sine egne følelser, og man får nedsatt tenke og vurderingsemne. Å benekte er også normalt, man tar ikke inn over seg situasjonen. *Reaksjonsfasen*: I reaksjonsfasen begynner man å forstå det som har skjedd, og det går mer innpå en. Man vil oppleve at tanker, følelser, bilder knyttet til det som har skjedd kommer strømmende uten at en har kontroll over det. Noen opplever skyldfølelse, og noen blir irritert. Noen blir deprimerte, og isolerer seg for omverdenen sier Sund (siteret i Eide & Eide, 2007, s 179). *Bearbeidelsesfasen*: Pasienten møter utfordringer når han er skrevet ut fra sykehuset, og nå skal leve livet hjemme. Personen gir gradvis opp forsvaret, og åpner seg i større og større grad for de følelsesmessige reaksjonene uten å bli overveldet av disse. I bearbeidelsesfasen vil det som har holdt seg unna trenge seg på, ofte når man skal slappe av. Dette kan føre til anspenhet og søvn og konsentrasjonsproblemer. Man kan oppleve sorg, sinne angst, fortvilelse og en kan lett bli irritert. Mange kan få hodepine, fordøyelsesbesvær og nakkesmerter, som er en psykosomatisk reaksjon. Det kan være god hjelp i å ha noen som er der og lytter i en slik situasjon. Dette kan være en forsonings og aksepterings prosess. *Nyorienteringsfasen*: Personen skal nå leve videre, og traumet er bearbeidet i den grad som er mulig. Evnen og viljen til bearbeidelse og nyorientering avgjør hvordan livet skal gå videre (Eide & Eide, 2007).

4.0 Hvordan kan sykepleiere bidra til at informasjonsbehovet til pasienter med akutt hjerteinfarkt blir bedre ivaretatt?

4.1 Tilpasset informasjon til pasienten

Studien til Timmins og Kaliszer (2003) viser at sykepleierne og pasientene er noe uenige om hva som er viktigst å få informasjon om. Pasientene mente fysisk aktivitet, blant annet når de kunne begynne å kjøre bil igjen, når de kunne begynne å ha seksuelt samliv igjen, og når de kunne begynne å jobbe igjen, ikke hadde så stor betydning som sykepleierne mente det hadde. Pasientene og sykepleierne mente begge parter at det var viktig med informasjon om hva en skal gjøre når en får brystmerter, hva symptomene på et hjerteinfarkt er, når de bør ringe doktor, og hva de kan gjøre for å minske sjansen for et nytt hjerteinfarkt. Det fremkommer også i studien at det er viktig at pasientene får individuell informasjon. I følge Moesmand & Kjøllestad (2004) må helsepersonell vurdere hva pasienten kan ta imot ut i fra sykdommen, behandlingen hans og hans følelsesmessige reaksjoner. Sykdom, skade og behandling kan påvirke hvor mye han klarer å få med seg. Studien til Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen (2006) viser at informasjon er en av de viktigste behovene til pasienten på sykehus, men det som pasientene selv ville ha informasjon om ble ikke godt møtt av sykepleiere. Jeg tror at det er viktig at vi informerer både om det som pasientene vil ha informasjon om, og det vi som sykepleiere ser som nyttig at de får informasjon om. Det er vi som sykepleiere som skal ha kunnskapen om hva de bør ha informasjon om, vi vet at selv om informantene i denne studien ikke synes det var viktig med informasjon om fysisk aktivitet, er dette viktig å få kunnskap om etter et hjerteinfarkt. Jeg mener at vi bør informere om spørsmål pasientene ser som viktige, og den informasjon vi vet ut fra teori og erfaring er viktig.

Studien til Oterhals et al. (2006) viser at det pasientene fikk mest informasjon om var røyking, hva hjerteinfarkt er, og årsaker til hjerteinfarkt. De fikk minst informasjon om seksuell aktivitet, medisinbruk, livsstil og problemer de kunne få etter hjerteinfarkt. Pasientene var minst fornøyd med informasjonen om medisiner, og fremtidige plager. Pasientene i studien mener medisinbruk, symptomer, anatomi, psykologi og risikofaktorer er viktigst å få informasjon om. Det fremkommer også i studien at tidligere erfaringer, oppfatningen, mestringsmekanismer, personaliteter, folk til å støtte, styrke og svakheter er forskjellig hos alle, derfor er alle pasienter unike (Oterhals et.al, 2006). Det viser seg at i disse studiene

mener alle pasientene at det er viktig å få vite symptomene på et hjerteinfarkt, men generelt ser det ut til at alle pasienter trenger forskjellig informasjon. Pasientene vil ha ulik informasjon, og sykepleierne vil gi ulik informasjon. En informant i undersøkelsen til Grønnestad & Blystad (2004) ville ha så mye informasjon som mulig, mens en annen ville nærmest ikke ha informasjon om diagnosen i hele tatt. Det kreves altså tid, stor kjennskap til den enkelte pasient, og omtanke for å kunne imøtekomme deres informasjonsbehov. Behov for informasjon om alvorlige tema som diagnose, prognose, behandling, konsekvenser for kroppslig funksjon, og muligheter til å ha et normalt liv etterpå, er i følge Grønnestad & Blystad (2004), viktigst å få informasjon om. Annen informasjon om andre ting kommer når den informasjonen er tilfredsstilt (Grønnestad & Blystad, 2004). I følge studien til Smith and Liles (2007) mener pasientene det er viktig å få informasjon om medisiner, komplikasjoner, og fysisk aktivitet. Kjøring, når de kunne begynne på jobb, og kilder for støtte var tema de bekymret seg for. Det er altså en utfordring for sykepleiere å informere på ”rett måte”. Vi må prøve å se pasientene som egne individ, vi kan spør pasientene hvor mye informasjon de er innterert i å vite. Ved å lytte til pasienten, kan man også få et inntrykk av om de vil vite mest mulig om diagnose, behandling, og livet etterpå. Den enkeltes informasjonsbehov bør kartlegges, og det må være individuelle samtaler med hver enkelt pasient(Grønnestad & Blystad, 2004).

4.2 Glemmer vi pasienten, og deres rettigheter?

Studien til Selmer (1997) viser at det er stor forskjell på den informasjonen helsepersonellet mener at de gir, og det pasientene mener de får. I følge pasientene overser helsepersonellet deres bekymringer, og forventninger. Pasientene etterlyser omsorg, informasjon om sykehusoppholdet, og om sykdommen de har fått. Pasientene er dårlig informert om rettighetene sine, og ønsker mer informasjon om dette. At pasienten føler seg engstelig, isolert og usikker kan henge sammen med hvor mye informasjon han får om situasjonen. Å gi informasjon skal øke maktgrunlaget til pasienten, og gir pasienten rett til mer kontroll. Pasienten får rett til å velge mellom alternativer, og til å øve innflytelse selv. I pasientrettighetsloven (1999) står det at pasienten har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand, og innhold i helsehjelp. Pasientene skal informeres om bivirkninger og risikoer. Noen av informantene i Selmer (1997) sin studie opplevde også at de ikke forstod hva som ble sagt, fikk ikke informasjon, kjenner ikke

rettighetene sine eller at informasjonen var irrelevant. Noen sier at innleggelsessamtalen med journalopptak var enveiskommunikasjon, der pasienten hadde liten mulighet for å spørre spørsmål. Pasienten mener samtalen ikke innbød til dialog. De fleste informantene i studien til Selmer (1997) mener at sykepleierne har det for travelt til å ta seg av informasjon til pasientene. I følge Segersten (sitert i Thorsen, 2006 s.28) er tilgjengelighet viktig, at andre er der når det trengs. Dette kalles relasjonstrygghet. De trygge relasjonene er preget av åpenhet, gjensidighet, ærlighet, forståelse, akseptering og evnen til å se hverandre. Det er viktig at vi som sykepleiere ser pasienten, og skaper en god relasjonstrygghet.

4.3 Er informasjonen på sykehus dårlig?

I de forskjellige studiene som er gjort viser det seg at pasientene får for lite eller ingen informasjon. I følge undersøkelsen til Torjesen & Smeby (2001) viser det seg at de som har fått for lite eller ingen informasjon i forholdt til enkelte av informasjonsområdene, er mindre tilfreds enn de som har fått svært mye eller mye informasjon. Lite informasjon henger sammen med liten tilfredshet. Altså til mer informasjon pasienten får på de ulike områdene, til mer tilfreds er de. I følge Eriksson et al.(2003) i en studie om hva pasienter er missfornøyd med på sykehus, sier de at informasjonen de fikk var dårlig. De savnet informasjon som var særskilt for hver pasient, kontinuitet angående informasjonen og informasjon ved utskrivelse av sykehus. Mange hadde ubesvarte spørsmål, fordi de ikke visste hvem som var pasient ansvarlig lege og sykepleier. De fikk liten informasjon om hva som skulle skje på sykehuset (Eriksson et al. 2003). Å gi informasjon er en viktig del av sykepleier yrket, og en viktig del for pasientene å få med seg. Opplevelsen deres fra sykehuset kan bli så mye bedre, om de får oppleve å ha mer kontroll og delta i sykdomsforløpet sitt. Informasjon er noe pasientene setter stor pris på å få, og vi som sykepleiere må bli flinkere til å ta oss tid til det. Vi må sette oss ned og gi beskjed om at de nå skal få informasjon. Dette tror jeg vil gjøre det mer oversiktlig, og pasientene vil få informasjonen bedre med seg. Studien til Selmer (1997) viser at pasientene ikke forventet faglig informasjon av sykepleierne, men av legene. Sykepleierne ble bare oppfattet som legens hjelpere. Dette er noe vi må tenke på. Er det noe de fleste pasienter tror, mener jeg at det er et tegn på at vi må bli flinkere til å fortelle at vi skal informere slik at pasientene ikke tror dette er ”tomsnakk”, men informasjon som er viktig for dem videre. Selmer (1997) mener at sykepleierne kanskje prioriterer bort informasjonen, til fordel for andre ”viktigere” sykepleie oppgaver. I studien til Close (sitert i Grønnestad & Blystad, 2004,

s. 4) fant han en gjennomgang av tidligere studier at mellom 57 % og 69 % av pasientene ikke var fornøyd med informasjonen de fikk på sykehuset. I en studie han hadde gjort blant norske sykehuspasienter, var bare 47 % fornøyd med informasjonen de fikk på sykehuset. Han sier også at sykepleierne undervurderer informasjonsbehovet til pasientene. Grunnen til dette kan være at pasientens status, utdanning, sosiale klasse er et hinder ved informasjons formidling. Informasjon om prognosen fremover, og de ulike behandlingsmulighetene fjerner grobunn for ” worst case scenarios”, og bidrar med å gjøre det lettere å forholde seg til diagnose. Det viser seg at pasientene vil ha informasjon som hjelper de å vurdere om det de opplever er normalt, eller om de bør bekymre seg. De vil være forberedt på komplikasjonene som kan ramme dem.

Studien til Oterhals et al.(2006) viser at det er viktig at pasientene får tilstrekkelig informasjon slik at de kan etterkomme behandlingsdiett, og ta informerte beslutninger om nødvendige livsstils endringer. Typisk informasjon inkluderer informasjon om sykdom, typiske risikofaktorer, medisiner, kosttilskudd, psykiske konsekvenser, fysisk aktivitet, hvordan man takler stress, og symptomer. I tillegg trenger pasientene følelsesmessig støtte, og en forståelse av prognose som skal bli forklart ærlig og forståelig. Å bli tilstrekkelig informert er relatert til økt kunnskap, redusert angst, økt selvtillit og tilfredshet med egen helse. Det er også relatert til en bedre oppførsel i forhold til egen helse, som bedre kosthold, trening, stress, og å gå tilbake til normal aktivitet når en er kommet hjem fra sykehuset.

4.4 Informasjonen som er trygghetsskapende

Det er viktig å vise pasienten en trygghet. Trygghet og tillit er i følge Maslow (sitert i Burstrøm, Boman, Strandberg & Brulin, 2007, s.24) viktigere enn alt annet. Han sier at om de fysiologiske behovene er tilfredsstilte, kan andre trygghetsbehov som behov for sikkerhet, tillit, stabilitet, frihet fra frykt og uro komme. Selmer (1997) sier at å sitte ned med pasienten under en samtale, vil øke pasientens tillit og forståelse og minske avstanden mellom pasient og helsepersonell. Ut ifra dette forstår jeg at vi må ta oss bedre tid til pasientene. Informasjon er så viktig at om vi bare informerer noe i forbifarten blir ikke dette sett på som informasjon, og pasienten får ikke en opplevelse av trygghet og tillit fra sykehuset. Vi må ta oss tid, sette oss ned og vise at vi har mulighet for dialog oss imellom. Det er en av våre viktigste oppgaver som sykepleier. Selmer (1997) sier i sin studie at pasienten sin følelse av engstelse, usikkerhet

og isolasjon henger sammen med hvor mye informasjon de får om situasjonen de er i. Det sies av Grønnestad og Blystad (2004) at det viktigste med å få informasjon er trygghetsopplevelsen en får. I følge Moesmand & Kjøllestad (2004) gjør informasjon til at en bygger opp tillit. De sier at det derfor er viktig at vi som sykepleiere informerer, beroliger og orienterer. Grønnestad & Blystad (2004) sier at å få informasjon gir en trygghet ved å svare på tre spørsmål: Hva er min helsetilstand nå, og fremtidsutsikter, hvordan skal jeg forholde meg til hva som foregår, er jeg i trygge hender på sykehuset? Ved å oppleve å ha kontroll skaper det trygghet og håp. Når en informerer i forhold til behandlingstiltak skaper man også en trygghet, det forbereder pasienten på det han skal gjennom. De føler de blir tatt vare på, på sykehuset ved god informasjon. At sykepleiere informerer viser at de har kunnskap som er en trygghet for de. Hvordan dette kommer til å gå, betyr i følge studien til Grønnestad og Blystad (2004) mest for pasientens trygghet.

4.5 Pasientrettet kommunikasjon

Selmer (1997) beskriver i sin studie at kommunikasjon er å gi informasjon, utveksle synspunkter og meninger. Det er en interaksjon mellom flere parter. Kommunikasjon har altså en innholdsmessig og en relasjonsdefinerende side. Når partene som er i en interaksjon er enige om rollene seg imellom, konsentrerer de oppmerksomheten om kommunikasjonsprosessens innholdsmessige side. Om formidlingen av informasjonen blir en opplevelse av manglende respekt og maktarroganse, blir budskapet om informasjon trekt tilbake. Relasjonsdefineringsiden ved kommunikasjonen blir da dominerende. Det gjelder også ved medisinsk informasjon, da er både den sosiale samhandling, relasjon og kontekst av betydning. Det er vesentlig hvordan, og hvor informasjonen blir gitt. Det handler om respekt for andre sine meninger. Vi som helsearbeidere må være åpne for pasientens opplevelse og situasjon. Pasientens opplevelse er alltid realitet (Selmer, 1999). Med dette forstår jeg at det er viktig at vi som sykepleiere må huske å respektere meningene og synspunktene til pasienten. Vi må prøve å være på lik linje som pasienten.

I Eriksson et al. (2003) fremkommer det at pasienter synes at personalet snakker over hodet på dem, og ikke med dem. Når vi skal tilpasse informasjonen til pasienten krever det omtanke, og det gjør også måten vi formidler det på. Informasjonen må frem, og pasienten skal både høre, huske og forstå det som er nødvendig. Pasienten skal få en opplevelse av å bli ivaretatt på en god måte. Dette krever både forberedelser og omtanke (Eide & Eide, 2007). Når vi kommuniserer med pasienten tror jeg vi må gå litt i oss selv, og prøve å ikke snakke fagspråk. Om vi tenker at pasienten ikke kan noe om den informasjonen de skal få, så prøver vi å forklare det på enklest mulig måte. Etter vi har gitt informasjonen kan vi spørre pasienten noen spørsmål i forbindelse med det vi har informert om, for å vite om de har fått det med seg. Det fremkommer også i Eriksson et al. (2003) sin studie at utilstrekkelig kunnskap om kommunikasjon og informasjonsteknikker, trolig kan være en av årsakene til det dårlig forhold mellom helsepersonell og pasient, kommer frem i studien. Studien sier også at mer trening i hvordan vi skal kommunisere med pasientene kan være nødvendig.

Hjelpende kommunikasjon er både trygghetsskapende, anerkjennende, tiltittsskapende. Det formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer, og det hjelper pasientene til å mestre situasjoner (Eide & Eide, 2007). Pasientrettet kommunikasjon kan beskrives som bestående av fire sentrale elementer. 1. Få frem pasientens perspektiv. 2. Forstå pasientens unike psykososiale kontekst. 3. Nå frem til felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdi. 4. Hjelp pasienten med å dele makt, altså stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der det er mulig (Epstein m.fl., Zandbelt, sitert i Eide & Eide, 2007, s. 20) Ved hjelpende kommunikasjon er det viktig at vi lytter til den andre, observerer og fortolker de nonverbale og verbale signalene, skape gode og likeverdige relasjoner, formidle informasjonen på en klar og forståelig måte, møte andres behov og ønsker på en god måte, stimulerer andres ressurser og muligheter, strukturer en samtale eller samhandlingssituasjon, skape alternative perspektiver, og åpne for nye handlingsvalg, forholde oss åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samarbeide om å finne frem til gode løsninger og beslutninger (Eide & Eide, 2007).

4.6 Hvordan informere når pasienten er i en krise situasjon?

Hvordan vi skal gi informasjon til en pasient i en krise er ikke lett. Erfaringen jeg selv har med det, er at jeg prøver å berolige pasienten. Men det er også vanskelig, for vi skal vel fortelle dem sannheten også? ”Dette går bra” er beroligende ord vi kanskje har lett for å si i en krise situasjon, men det er ikke alltid det gjør det, og bidrar det da til et tillitsforhold til sykepleier? Når vi skal gi informasjon, og pasienten er i en krisesituasjon er det viktig å tenke på hvor mye informasjon pasienten skal ha, når informasjonen gis og på hvilken måte vi skal representere informasjonen. Vi må huske at pasienten skal forstå og gjøre nytte av informasjonen. Situasjonen pasienten befinner seg i kan bli for overveldende og vanskelig å skjønne. Å få sortert ut hva som er viktigst å forholde seg til, hva som kan endres og hva som ikke kan endres, kan være til hjelp for dem. Pasienten kan også få hjelp til å analysere den stressfylte situasjonen de er i, som hva har skjedd, hvilke verdier og mål står på spill i form av trussel og stor utfordring, hvilke ressurser er tilgjengelige, og hvilke løsninger er der (Moesmand & Kjøllestad, 2004). I sjokkfasen ved en krise skal vi yte psykisk førstehjelp. Det vil si at vi viser medmennesklighet, lar personen avreagere, beroliger og oppmuntrer pasienten, ikke bearbeide, men godta, aktiviserer, gir muligheter for dem til å hvile og sove, fortelle dem at de har naturlige reaksjoner ved kriser (Eide & Eide, 2007). Med det forstår jeg at når jeg skal informere en som er i en krise må jeg ta disse tingene til etterretning. Jeg trenger kanskje ikke gi all informasjonen på en gang, men la pasienten hvile når det trengs. Jeg må vise medmennesklighet når jeg informerer, og prøve å berolige pasienten. Eide & Eide (2007) skriver også at informasjonen som blir gitt i sjokkfasen, fort kan bli feiltolket eller bare delvis oppfattet. Informasjon gitt i sjokkfasen skal alltid gjentas senere på et annet tidspunkt.

5.0 Avslutning

Å ha en hjertelidelse kan få store konsekvenser for menneskets helse og liv. Pasienten vil få en ny livssituasjon, der mulighetene er begrenset. Det er viktig at pasienten får kjennskap til sykdommen sin, og til konsekvensene det har (Areklett & Wilhelmsen, 1997). I studien jeg har gjort har jeg kommet frem til at informasjonen en får som pasient med akutt hjerteinfarkt, er svært viktig. Sykepleierne må ta seg tid, og bli kjent med pasienten for å møte deres informasjonsbehov. Det viser seg i de forskjellige studiene at mange pasienter vil ha forskjellig informasjon, det er derfor viktig å kartlegge informasjonsbehovet til hver pasient. Vi må lytte til pasienten, og spør dem hva de vil vite av informasjon. Vil de vite mest mulig, eller minst mulig? Det viser seg i studiene at å bli tilstrekkelig informert øker tilfredsheten med sykehusoppholdet. Å få økt kunnskapen sin om hjerteinfarkt, viser seg å redusere angsten de har. Vi må også i en slik akutt situasjon tenke på at pasienten skal forstå og huske informasjonen som blir gitt. Vi kan gjenta informasjonen senere i forløpet, og eventuelt gi informasjonen skriftelig. Å bli informert viser seg at øker tryggheten til pasienten, og pasienten opplever en tillit til sykepleierne. Jeg tror også at vi skal gi den informasjonen vi som sykepleiere mener det er viktig at pasienten vet om, som kan hjelpe han videre til å mestre situasjonen. Som sykepleier tror jeg at vi må ta oss mer tid til informasjon til pasientene, og gjøre det mer formelt. I følge studiene er det mange som tror at det bare er legen som informerer, fordi sykepleierne informerer samtidig som de gjør andre sykepleie oppgaver som feks.stell av pasienten eller innsetting av venekanyle. Sykepleier tilværelsen kan ofte være travel, men studien jeg nå har gjort viser hvor viktig det er med god informasjon til pasienter med akutt hjerteinfarkt. Jeg vil nå gå ut som sykepleier, og informasjon til slike pasienter vil bli prioritert høyt.

6.0 Referanseliste

- Areklett, E.(1997). Sykepleie til pasienter med hjertelidelser. I: H.Almås (Ed.), *Klinisk sykepleie* (s.333- 363).Universitetsforlaget AS.
- Burstrøm, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjartsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden, (3) 2007. Publ. No 85 vol.27 No. 3PP 24-28.*
- Dalland, O.(2002). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O.(2008). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T.(2007). Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: vårdening, analys och presentation av omvårdningsforskning. Stockholm: Natur og kultur.
- Grønnestad, B.K. & Blystad, A. (2004) Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. – En kvalitativ studie. *Vård i Norden (4) 2004. Publ. No. 74 Vol. 24. No. 4PP 4-8.*
- Holme, A. N (2008). Ektefellens behov for informasjon. Når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien.no. 2008 3 (1): 16-24.*

Bachelor. Kull 2007.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K., & Solheim, K. (2006). Sykdomslære. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. i: N. J. Kristoffersen (Ed.), F. Nortvedt (Ed.), & E. A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 22-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag.

Oterhals, K., Hanestad, B., Eide, G. & Hanssen T. (2006) The relationship between in – hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction, *Europe Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 5 (4), s. 303-310.*

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 02.juli 1999 nr. 63. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>.

Selmer, Å.W. (1997). Pasientinformasjon- undervisning. En utfordring for sykepleierne. *Vård i Norden (1)1997. Vol.18 No. 1PP 11-17.*

Smith, J. & Liles, C. (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients, *Journal of Clinical Nursing Vol 16 (4) s. 662-671.*

Thoresen, R. (1997). Kan vi skape trygghet? *Sykepleien.no.1997.*

Bachelor. Kull 2007.

Thorsen, R. (2006). Trygghet. i: N. J. Kristoffersen (Ed.), F. Nortvedt (Ed.), & E. A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie* (s.28-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Timmins, F. and Kalizer, M. (2003) Information needs of myocardial infarction patients, *European Journal of Cardiovascular nursing*. Vol. 2(4) s.57-65.

Torjesen, L. & Smeby N. A. (2001) Livet etter et hjerteinfarkt. *Sykepleien.no.2001. nr.14*.

Travelbee, J.(1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.