



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 35

Antall ord: 7515

## Sammendrag

Hjerte og kar sykdommer er den hyppigste dødsårsaken blant middelaldrende og eldre i Norge. Nær 100 000 mennesker har så langtkommen hjertesykdom at hjerte svikter. Jeg valgte å skrive om hvordan vi sykepleiere kan bidra til trygghet hos hjertesvikt pasienter under sykehusopphold, fordi av egne erfaringer har jeg sett at mye usikkerhet og utrygghet kommer rundt det å ha hjertesvikt. Jeg har heller ikke jobbet spesielt mye med begrepet trygghet før, og synes dette var en gylden mulighet. Metoden jeg har brukt er litteraturstudie. Funnene jeg har gjort er at god kommunikasjon, skape relasjoner, ta vare på pasientens nettverk, være interessert, være kunnskapsbevisst, inkludere pasienten i pleien og skape ett tillitsforhold er nøkkelord i forhold til å skape trygghet rundt pasienten.

## Summary

Heart and vessel disease is the most frequent death cause among middle-aged and elderly people in Norway. Nearly 100 000 people have heartproblems who have come that far that their heart is failing. I chose to write about how we nurses can contribute to make patients with heartfailure feel more comfort and secure when they are at hospital, from my own experiences I have seen that insecurity is a problem for patients with this disease. I have never worked with the term safety before and thought this would be a golden opportunity. The method I have used is a litterateur- study. My main findings are: Good communication between patient and nurse, create relations, take care of the patients family, be interested, have good knowledge, include the patient in the care and create a trustworthy relationship. These are the keywords to my study.

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3 Avgrensing av problemstilling .....	6
1.4 Hensikt.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	6
<b>2.0 DEFINERE METODE, BESKRIVE LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....</b>	<b>8</b>
2.1 Metode .....	8
2.2 Litteraturstudie som metode .....	8
2.2.1 Metodens sterke og svake sider.....	9
2.3 Litteratursøk, valg av litteratur .....	9
2.3.1 Artikler .....	9
2.3.2 Bøker .....	10
2.4 Kildekritikk.....	11
2.5 Etiske aspekter.....	11
3.1 Hjertesvikt.....	12
3.2 Trygghet som begrep .....	14
3.3 Sykepleieperspektiv.....	16
3.3.1 Joyce Travelbee.....	16
3.3.2 Hildegard Peplau .....	17
<b>4.0 DISKUSJON – HVORDAN KAN VI SYKEPLEIERE BIDRA TIL ØKT TRYGGHET HOS PASIENTER MED HJERTESVIKT?.....</b>	<b>19</b>
4.1 Relasjonstrygghet .....	19
4.2 Stole – på – andre trygghet.....	22
4.3 Kunnskap – og kontroll trygghet.....	24
<b>5.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>27</b>

**5.0 REFERANSELISTE FOR BACHELOR..... 28**

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet mitt for denne oppgaven er å gå i dybden på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å bidra til økt trygghet hos pasienter med hjertesvikt under et sykehusopphold. Jeg valgte hjertesvikt fordi i følge Jacobsen m. fl. (2009) er hjerte- og karsykdommer den hyppigste dødsårsaken blant middelaldrende og eldre i Norge. Det dør om lag 40% av befolkningen i vestlige land av hjerte – og karsykdommer. Jacobsen m. fl. (2009) hevder at nær 100 000 personer i Norge har så langtkommen hjertesykdom at hjertet svikter. I følge Rustøen (2007) trenger pasienter med hjertesvikt hjelp eller assistanse fra helsepersonell i varierende grad alt etter hvor alvorlig de er rammet. For å understreke at vi mest sannsynlig kommer til og treffe på pasienter med hjertesvikt i løpet av vår utdanning vil jeg vise til tall fra statistisk sentralbyrå (SSB). Ifølge en undersøkelse fra SSB (2005) som er gjort fra 1968-2005 om andelen av ulike varige sykdommer i alle aldersgrupper, finner man flest tilfeller under hjerte og karsykdommer. Man finner også flest tilfeller hos pasienter i alderen fra 67 år og oppover. Denne undersøkelsen gjaldt både menn og kvinner. Både på sykehus, sykehjem, i psykiatriske institusjoner og i andre sammenhenger kan man møte på pasienter med denne sykdommen. Dette er noe av bakgrunnen for mitt valg av tema.

Mange faktorer kan føre til at pasienter med hjertesvikt føler utrygghet knyttet til et sykehusopphold, for det kan være mange ting som skjer på en gang. Dette har jeg selv erfart og sett i min praksis på medisinsk avdeling, at eldre pasienter med hjerteproblemer ser utrygg og usikker ut. Dette er noe av bakgrunnen for at jeg vil ta for meg begrepet trygghet. Trygghet er et begrep som er sentral i forhold til at pasienten skal ha det bra under sykehusoppholdet, men selve begrepet i mine øyner kan være veldig individualisert, og mennesker opplever trygghet på forskjellige måter. Jeg vil se nærmere på hva det er som gjør mennesker trygg ved å tilnærme meg forskjellig litteratur og forskning.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Problemstillingen er:

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til økt trygghet hos eldre pasienter med hjertesvikt?

## **1.3 Avgrensing av problemstilling**

Både tall fra SSB (2005) og fra Jacobsen mfl (2009) viser at det er den eldre garde som er mest utsatt for hjertesvikt. Derfor har jeg avgrenset problemstillingen min til eldre mennesker, for det er mest aktuelt og jeg kan relatere dette til mine erfaringer. Jeg vil ta for meg eldre pasienter under sykehusopphold, som vil si at de gjerne har klasse II-IV av hjertesvikt. I følge Jacobsen mfl (2009) er dette de mest stressfulle fasene av hjertesvikt, etter New York Heart Associations kriterier. Jeg vil omtale de forskjellige gradene av hjertesvikt nærmere under begrepsmessig rammeverk. Jeg har ikke lagt så mye vekt på den medikamentelle behandlingen, da jeg vil se hva vi sykepleiere kan gjøre for at de skal få en opplevelse av trygghet ved hjelp av andre metoder enn det medisinsk faglige. Men jeg vil samtidig påpeke at jeg er klar over viktigheten av at vi sykepleiere tilegner oss solid kunnskap om den medisinske behandlingen. Pasientgruppen blir både menn og kvinner, men jeg velger å beskrive pasienten som han, da det lett kan bli uoversiktlig. Pasientgruppen er også personer som kan snakke for seg, og har ingen form for kognitiv svikt, da jeg må sette meg oppnåelige mål i forhold til ordbegrensningen.

## **1.4 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva vi sykepleiere kan gjøre for pasienter under situasjoner der de er utsatt for å føle seg utrygge, og hvordan vi kan gjøre sykehusoppholdet best mulig for pasientene, slik at de opplever trygghet.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Først i oppgaven kommer valg av metode, hvordan jeg har gjort litteratursøk, hva kildekritikk er og etiske aspekter i forhold til litteraturstudie. Etter dette kommer begrepsmessig rammeverk der jeg tilnærmer meg sentrale begrep i problemstillingen, der greier jeg litt ut om

hva hjertesvikt, noe som er helt grunnleggende for sykepleiere som skal jobbe med hjertepasienter. Jeg går nærmere inn på ulike forfatteres meninger og definisjoner på hva trygghet er. For å få et sterkere sykepleiefaglig perspektiv på oppgaven tar jeg med litt teoretiske synspunkter fra Joyce Travelbee og Hildegard Peplau som er sentrale teoretikere i forhold til min problemstilling. Deretter kommer diskusjon der jeg drøfter problemstillingen i forhold til forskning og annen litteratur, egne pasienterfaringer og synspunkt. Til slutt kommer en avslutning der jeg kort løfter frem de viktigste funnene fra diskusjonen.

## 2.0 Definere metode, beskrive litteraturstudie som metode

### 2.1 Metode

Tranøy (Dalland, 2007, s 81) har definert metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Dalland (2007) omtaler metode som et redskap i vårt møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss å samle inn data, dette vil si den informasjonen man trenger til eventuelle undersøkelser. Man kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Ifølge Olsson & Sörensen (2003) er det avgjørende for metodevalget hva man ønsker og vite eller undersøke. I følge Dalland (2007) tar kvantitative metoder sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, slik at vi kan foreta regneoperasjoner og oversiktlig kan finne gjennomsnittet eller prosenter. Derimot tar de kvalitative metodene sikte på å fange opp meninger og opplevelser som man ikke kan måle eller tallfeste. Begge metoder prøver å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet man lever i, og hvordan enkeltmennesker, institusjoner og grupper handler og samhandler. (Dalland,2007). . I den fenomenologiske tilnærmingen rettes oppmerksomheten mot menneskelige fenomener og metoden blir brukt til å beskrive hvordan mennesker opplever fenomenet rundt seg. (Olsson og Sörensen, 2003)

### 2.2 Litteraturstudie som metode

”Syftet med en allmän litteraturstudie kan vara att göra en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie görs eller att beskriva kunskapsläget inom ett visst område”. (Forsberg og Wengström, 2008, s 29).

I følge Mulrow og Oxman (Forsberg og Wengström, 2008, s 31) kan en systematisk litteraturstudie defineres som at den utgår fra et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. I følge Forsberg og Wengström (2008) innebærer en litteraturstudie å søke systematisk, kritisk granske og compilere litteraturen innom et valgt emne eller problemområde.



## **2.2.1 Metodens sterke og svake sider**

Å bruke litteraturstudie som metode har gitt meg mulighet til å finne forskning som allerede er gjort på området jeg har valgt, samt annen litteratur. Dette har gjort at jeg har tilegnet meg mer nyanser om emnet, gjennom forberedelser og gjennomføring av oppgaven. En annen fordel med litteraturstudiet er at man kan raskere finne mer stoff om emnet. Dalland (2007) hevder at når man skal gjøre valg av metode må det være vurdert om det er økonomisk og tidsmessig riktig. I forhold til tidsfristen og ordbegrensningen vi har fått i rammeplanen for bachelor, har litteraturstudie som metode vært en fordel.

Metodens svake side er at den informasjonen og litteraturen er gjort av andre og ikke oss selv. Det betyr at vi må bruke andre sine vurderinger, og forsikre oss om at det vi har funnet av litteratur og forskning er gjort på en forsvarlig måte, og det er krav om gyldighet som man må ta hensyn til.

## **2.3 Litteratursøk, valg av litteratur**

Jeg har brukt forskjellige søkemotorer når jeg har prøvd og finne litteratur som er relevant for min problemstilling. Jeg søkte etter artikler på Vård i Norden, Medline, Proquest, Pubmed, sykepleien.no, Svemed og evidence based nursing. Vård i Norden og sykepleien.no var de søkemotorene jeg har hentet artikler ut fra. Søkeordene mine var: Trygghet, Komfort, safety, heart failure, sykehusopphold, hospital, patient, coronary, cardiac, hjerte og pasient. Jeg fikk mange treff, men kunne luke ut bare få som var relevant til min problemstilling. Jeg synes ikke jeg fikk overdrevent med treff på de engelske søkeordene da jeg brukte ordet komfort, men en del svenske artikler passer til mine søkeord. Jeg fikk heller ikke mange treff på trygghet i forhold til sykehusopphold verken på engelsk eller i nordiske artikler, det var mest trygghet til hjemmeboende i forhold til hjemmesykepleien og på institusjoner. Jeg fikk en del treff på hjerte, heart og cardiac, men få som var relevant til min problemstilling. Søket etter bøker gjorde jeg ved høgskolens bibliotek og i tråd med deres generelle retningslinjer for oppgaveskriving, og jeg har brukt bøker i forhold til pensum.

### **2.3.1 Artikler**

Burström, M. Boman, K. Strandberg, G. Brulin, Kristine (2007):

Kvalitativ studie, 7 mannlige pasienter som informanter. Hensikten med studiet var å finne ut hvordan voksne menneskers med hjertesvikt opplevde trygghet og utrygghet. Funn: Det var viktig for pasientene å ha tillit til helsepersonell, at de ble tatt på alvor, hørt på og betraktet som unike mennesker.

Kvåle, K. (2005):

Giorgisk fenomenologisk metode. 20 informanter, kreftpasienter og innlagt på sykehus. Hensikten med studien var å finne ut hva pasientene opplever som den omsorgsfulle sykepleier. Funn: at sykepleier var til og stole på, aktiv, oppmerksomme på pasientens behov for trøst, er positive. Opplever da trygghet. Få rett informasjon.

Kiessling T. Kjellgren, K. I. (2004):

Kvalitativ metode. 8 informanter, pasienter innlagt i sykehus. Hensikten var og finne ut hva faktorer som var viktige for deres delaktighet. Funn: at sykepleier ser individuelle behov i forhold til pasienters ønsker. Kontinuitet i kontakt med helsepersonell var viktig, Liten kontinuitet skaper utrygghet.

Thorsen, R. (1997):

Begrepsavklaring. Tar for seg begrepet trygghet i forhold til om det er ett behov eller en følgetilstand. Funn: Å se trygghet som et behov kan stenge for andre tolkninger, forståelsen av trygghet må gå tilbake via oss selv. Vi kan ikke skape trygghet, men lage rom for det.

Jensen, T. L. (2004).

Hermeneutisk – fenomenologisk metode. 3 kvinnelige beboere fordelt på to sykehjem. Over 85 år, med kronisk lidelse. Funn: At pleier har en sikker og innøvd hånd, berøring er en viktig faktor for å sikre fysisk og psykisk velvære, det relasjonelle var av stor betydning – viktig å bli møtt med forståelse.

### **2.3.2 Bøker**

Jeg nevner bare kort om de bøkene jeg har brukt mest:

Eide&Eide (2007): *Kommunikasjon i relasjoner*. Forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i sykepleie. Boken tar for seg kommunikasjonsferdigheter som sykepleier bør

ha som en profesjonell hjelper. Denne boken er veldig relevant for min problemstilling da god kommunikasjon er helt sentral for å skape trygghet for pasienten, og gode relasjoner.

Segesten (1994): *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. En metateoretisk og fenomenologisk studie om hvordan pasienter i sykehussammenheng opplever trygghet. Denne boken har jeg brukt mye fordi den passer for min problemstilling. En skal egentlig ikke bruke litteratur over 10 år, men Segestens studie er brukt i nyere forskning, og det var vanskelig og finne nyere forskning på begrepet trygghet.

## **2.4 Kildekritikk**

Ifølge Dalland (2008) er kunnskap grunnlaget for å utøve etikk. Du må kunne det du skriver om. Det vil si at samtidig som jeg er fortrolig med pensum, må jeg også kjenne godt til den tilleggslitteraturen jeg benytter. Dalland (2008) skriver videre at kildekritikk er å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Det er også et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten med å bruke kildekritikk er at den som leser skal få en innsikt i hvordan jeg har reflektert over hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder og belyse min problemstilling. (Dalland).

Mange av mine artikler er fra søkemotoren Vård i Norden. Her føler jeg meg trygg på at jeg finner gode godkjente artikler. Dette er fordi at alle Vård i Nordens artikler er referibedømt, og i følge nettsiden (vardinorden.no) til denne søkemotoren er referigruppens sammensetning under konstant vurdering for å sikre at den til enhver tid representerer den nødvendige og ønskede kompetanse.

## **2.5 Etiske aspekter**

Jeg har ikke behandlet personopplysninger direkte, da dette er et litteraturstudie og tar sikte på å ivareta forfatterens arbeid på en god måte. På en god måte mener jeg å understreke viktigheten av korrekt kildehenvisning så jeg ikke på urettmessig vis tar æren for forfatterens arbeid. Det er og viktig å formidle direkte hva forfatter har skrevet, og ikke endre eller framstille det på noen annen måte. (Dalland, 2008). I følge Dalland (2008) er det og viktig at studenter som driver med forskning er klar over personvernsloven.

### 3.0 Begrepsmessig rammeverk

#### **3.1 Hjertesvikt**

Ved hjertesvikt er i følge Jacobsen m. fl. (2009) hjertets pumpeevne svekket, slik at det ikke klarer å yte like mye som et friskt hjerte. Minuttvolumet reduseres, først ved belastning og siden også i hvile. Blodgjennomstrømmingen i hjerte, hjerne, muskulatur og endokrine organer prioriteres og blir opprettholdt lengst mulig, mens i lever, nyrer, hud og mage-tarmkanalen blir blodgjennomstrømmingen redusert. Den reduserte blodstrømmen gjennom nyrene aktiverer renin-angiotensin-aldosteron-systemet. Natrium og vann holdes dermed tilbake i organismen. Dette fører til økt blodvolum og belaster hjertet ytterligere. Når pasienten sover, klarer hjerte lenge å tilfredsstille kroppens krav til minuttvolum selv om det er svekket. I denne situasjonen får nyrene tilstrekkelig blodforsyning, og utskillingen av natrium og vann øker. Pasienten må derfor ofte late vannet om natten. En skiller ofte imellom høyresidig og venstresidig hjertesvikt. (Jacobsen m. fl., 2009).

Jacobsen m. fl. (2009) hevder at ved høyresidig hjertesvikt blir blodet stuvet bakover i det store kretsløpet slik at pasienten får venestuvning. Venestuvningen gir økt blodtrykk i kapillærene, og dermed siver det mer væske ut i vevet fra kapillærene. Dette gir ødemer som på grunn av tyngdekraften er mest tydelig i de delene av kroppen som ligger lavest. Oppgående pasienter har derfor ankelødemer, mens sengeliggende pasienter har ødemer i korsryggen. Ved venstresidig hjertesvikt blir blodet stuvet bakover i lungekretsløpet. Denne stuvningen øker trykket i lungekapillærene, og det siver væske inn i skilleveggen mellom kapillærer og alveoler. Barrieren mellom blod og luft blir da tykkere og pasienten blir lettere tungpusten (dyspneisk) ved anstrengelser. Også i lungekretsløpet siver det ut mest væske i de lavestliggende delene. Er utsivingen stor nok, hemmes gassutvekslingen, og pasienten blir svært tungpusten. Denne tilstanden kalles lungeødem og kan være livstruende.

Symptomer på hjertesvikt kan være dyspnè og økt tretthet. En skiller mellom tre typer dyspnè.

Ortopnè kommer når pasienten ligger, det vil si som regel om natten. Når en person legger seg ned, vil blodmengden øke i det lille kretsløpet. Hos en pasient med hjertesvikt kan denne økte

belastningen på lungekretsløpet utløse otropnè. Det lindres ved at pasienten setter seg opp i sengen, slik at blodmengden i det lille kretsløpet reduseres. Hjertets minuttvolum, og dermed belastningen på hjertet, er også mindre i sittende stilling enn i liggende. Hjerterpasienter puster derfor lettere når de ligger med overkroppen hevet.

Hviledyspnè opptrer uten at pasienten anstrenger seg, og er ett veldig alvorlig symptom. Ortopnè er likevel det mest karakteristiske symptomet på hjertesvikt, da hviledyspnè og funksjonsdyspnè kan forekomme ved andre sykdommer. Ankelødemer og nykturi og etter hvert perifer cyanose er også vanlig ved hjertesvikt. I følge Rustøen (2007) er en måte og klassifisere graden av hjertesvikt på, er å følge NYHA (New York Heart Association) kriteriene:

- Klasse I – pasienten har hjertesykdom, men ingen fysisk begrensning
- Klasse II – Lett begrensning av fysisk aktivitet. Komfortabel i hvile, men vanlige daglige aktiviteter fører til tretthet, palpitasjoner (følelse av at hjertet slår hardt og uregelmessig) eller dyspné
- Klasse III – Betydelig begrensning av fysisk aktivitet. Komfortabel i hvile, men aktivitet som er mindre enn den vanlige (f eks langsom gange på flat mark) gjør pasienten symptomatisk
- Klasse IV – Ikke i stand til noe fysisk aktivitet uten ubehag (dyspné og utmattelse). Oftest symptomer i hvile.

I følge Rustøen (2007) kan medisinsk behandling av akutt hjertesvikt være tilførsel av surstoff og nitroglyserin, morfin og vanndrivende medisiner. Om hjertesvikten er kronisk gis det ofte vanndrivende medisiner, ACE- hemmere og betablokker. Kirurgisk behandling ved eksempelvis klaffefeil kan innebære skifte av klaff. Om pumpefunksjonen hemmes, kan en annen metode være å fjerne hjertesekken. Ved svært alvorlig hjertesvikt er hjertetransplantasjon aktuelt om man ikke har noen andre alvorlige sykdommer. (Rustøen, 2007).

## 3.2 Trygghet som begrep

*” I undringen over hva begrepet trygghet betyr kan vi kanskje utvikle en klokskap som kan være god å ha i møte med andre mennesker”. (Thorsen, Kristoffersen s. 15, 2005)*

I følge Segesten (1994) kan begrepet trygghet tilhøre en stor familie av nære beslektede ord. I den elektroniske ordboka (uio.no) på Internett finner man at ordet *trygg* beskrives som at man er utenfor fare, ikke er truet, en er uten fare for å bli oppsagt fra jobb, fri for tvil – at man er stødig, fast, rolig, være et trygt vesen, ha en trygg stemme. I følge norsk-engelsk ordbok (2007) er ordet trygghet ikke så forklart, der finner man bare ordet *secure* og *safe*.

Segesten (1994) omtaler trygghetsbegrepet i forhold til tre hoveddimensjoner.

1. Trygghet som en følelse
2. Trygghet som en indre tilstand
3. Trygghet som er relatert til det liv man lever, i forhold til interaksjonen med omverdenen.

Om man ser nærmere på hvordan utrygghet blir beskrevet kan man lettere få et perspektiv på hva trygghet er. I følge en studie gjort av Segesten (s. 12, 1984) beskriver informantene utrygghet som uro, usikkerhet, frustrasjon, ubalanse, redsel, sterk spenning, nervøsitet, vondt i magen samt følelsen av å føle at man ikke hører til. Men trygghet som en følelse beskriver informantene blant annet som balanse, varme, glede, lykke, ro, harmoni, tillit og energifrigjørelse. Det kommer også tydelig frem at trygghetsfølelsen er veldig sentral og i høyeste grad verdt og kjempe for. Men derimot beskriver de at opplevelsen av utrygghet er svært vanskelig og bære. Den indre tryggheten hos voksne anses og kunne bygges opp ved å ha erfaring, positive opplevelser, bearbeiding av utrygghet og komme seg gjennom kriser som kan oppstå i livet. Under ytre trygghet nevner Segesten (1984) flere punkter, jeg nevner bare kort om de jeg synes er relevant:

Segesten (1984) beskriver relasjonstrygghet som å være koblet til et nettverk av mennesker, varme, nære relasjoner, å ha venner og familie og noen som kan hjelpe til. At man har en relasjon til noen der man blir møtt med et smil og man blir trodd, at man slipper og gardere

seg og blir møtt med respekt. Kunnskaps og kontrolltrygghet handler om å ha kunnskap, å vite hvordan man gjør ting og hva det er som gjelder. Den handler om å vite at man mestrer ulike ting, og at man behersker situasjonen. Den handler også om å være delaktig. Stole – på – andre - tryggheten er aktuell om man havner i en situasjon man selv ikke rår over. Segesten (s. 16, 1994) skriver at det er viktig for tryggheten å vite at man kan få hjelp og behandling ved behov, og samtidig vite at det fins eksperter og mennesker som er vant med og hjelpe syke mennesker. I studien til Segesten (1994) nevnes uttrykket ”å være i trygge hender”, som relateres mye til stole-på-andre-tryggheten.

Trygghet er et begrep, som ved første øyeblikk kan ha en klar mening for de fleste mennesker. Gjennom og stille spørsmål om hva det egentlig innebærer, kan man komme mer i dybden på begrepet og søke dets kjerne, og deretter studere hva fenomenet faktisk innebærer for mennesker. (Segesten, 1984).

I følge Thorsen (1997) må veien til forståelsen av ord som trygghet og omsorg, gå tilbake via oss selv, til vår egen og andres livsverden. Om vi greier å skape rom for trygghet hos en person, ville kanskje denne personen bære med seg denne trygge opplevelsen til en annen gang. Tryggheten vil være en måte og møte livet på, ikke bare en følgetilstand. Trygghet blir da en opplevelse som bærer med seg mening på et dypere plan. I følge Thorsen (1997) kan det å se trygghet som et behov stenge for andre tolkninger. Det er ikke sikkert vi alltid er like bevisst på tryggheten eller hva den er, men kanskje vi kan se den klarere når den er borte. Vi må våge å møte den andre der han er. Vi kan ikke skape trygghet, men vi må finne hva som gir rom for trygghet hos den andre, noe som ikke alltid kan være enkelt når vi ikke vet akkurat hva trygghet er. (Thorsen, 1997).

I følge Renolen (2008) kommer behovet for trygghet rett etter menneskets trygghet i Maslows behovspyramide. Maslow (Thorsen, Kristoffersen, 2005) omtaler trygghet og sikkerhet som en av de grunnleggende behovene til mennesket. Han skiller mellom mangelbehov og vekstbehov, og med trygghet mener han blant annet behov for forutsigbarhet og beskyttelse. Trygghet er et av de nederste behovene på hans pyramide, og han mener at dette er et behov som er nødvendig å tilfredstille først for å bevare livet. (Renolen, 2008). I følge Segesten (1994) omtaler Maslow trygghet som; sikkerhet, stabilitet, avhengighet, beskyttelse, frihet fra

frykt, angst og kaos, behov for struktur, orden, lov, grenser, styrke i beskytteren. I følge Thorsen (Kristoffersen, 2005) kan trygghet være noe vi lengter etter, men samtidig være vanskelig og sette ord på hva det er, men en slags ro i tilværelsen man befinner seg i.

Segesten (1994) hevder at trygghet innebærer en forsikring om optimal livskvalitet for det enkelte individ. Denne forsikringen bygger på at individet besitter en del ressurser og at han er klar over dette. Å vite at man har disse ressursene og at man selv kan kontrollere dem, skaper en trygghetsfølelse. Den følelsen av trygghet kan forstyrres av hver faktor som innebærer et tap av ressurser og/eller et tap av kontroll over ressursene. Denne forstyrrelsen kan innebære en trussel mot god livskvalitet og individet strever ofte med å bli kvitt denne trusselen.

### **3.3 Sykepleieperspektiv**

#### **3.3.1 Joyce Travelbee**

I følge Travelbee (Kristoffersen, 2005) har mennesker en tilbøyelighet og en evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte. En slik mening vil også være individuell og personlig. I Travelbees (Kristoffersen, 2005) teori sies det lite om det syke mennesket sitt miljø, men hun peker på at den kulturen personen er en del av, vil ha betydning for vedkommendes møte med sykdom og lidelse. Travelbees sykepleietenkning dreier seg først og fremst om enkeltmennesket, etter kommer familien og samfunn som mottakere av sykepleie. Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av mennesket. (Kristoffersen, 2005) . I følge Kirkevold (2001) tar Travelbee sterk motstand fra det generaliserende pasientbegrepet, og mener at det er langt viktigere at sykepleier konsentrerer seg om den enkelte pasients opplevelse av sykdommen, enn å forholde seg til en diagnose. Hun mener at selv om uavhengighet og selvstendighet er noe vi mennesker prøver og leve opp til, er det et faktum at vi mennesker er i høy grad avhengige av hverandre. Dette kommer tydeligere frem i situasjoner der vi opplever at våre egne ressurser ikke strekker til, eller i andre såkalte krisesituasjoner.



Travelbee (Kristoffersen, 2005) omtaler kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når man skal etablere et godt menneske – til – menneske forhold. Gjennom god kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten som person. Å bli kjent med pasienten som person og å kunne identifisere hans særegne behov, er absolutt en forutsetning for å kunne utøve god pleie som samsvarer med hans behov. Et kjennetegn på en profesjonell sykepleier er i følge Travelbee (Kristoffersen, 2005) evnen til å bruke seg selv terapeutisk.

### **3.3.2 Hildegard Peplau**

”All human behavior is purposeful and goalseeking in terms of feelings of satisfaction and/or security” (Peplau,1952, Forchuck, 1993).

I følge Eide&Eide (2007) var Hildegard Peplau den første sykepleieren som beskrev de psykodynamiske aspekter ved sykepleier – pasient - forhold fra et sykepleiefaglig perspektiv. I følge Eide&Eide (2007) hevder Peplau at sykepleierens faser og målrettede natur må anerkjennes før det er mulig og sette opp gode planer for arbeidet. I disse inngår å hjelpe pasienten til å forstå hva sykdommen innebærer, noe som er en forutsetning for at sykepleien skal fungere som en terapeutisk og modnende kraft. Peplau (Forchuck,1993) omtaler fire faser som relevant for sykepleier – pasient - forholdet. Disse fasene innebærer orientering, identifisering, utnyttelse og løsning, og er ment å overlappes hverandre og burde i følge Peplau (Forchuck,1993) brukes i enhver sykepleiesituasjon. I den innledende fasen blir sykepleier og pasient kjent med hverandre, i identifiseringsfasen identifiserer pasienten problemene som skal jobbes med. Utnyttelsesfasen oppstår når pasienten tar i bruk sykepleierens tjenester for å bearbeide sine identifiserte problemer. Løsningsfasen oppstår når de identifiserte problemene er løst, og sykepleier - pasient - forholdet skal avsluttes. (Peplau,Forchuck,1993). Peplau legger vekt på at sykepleier skal gjøre ting sammen med pasienten, i stedet for å gjøre ting for han. Dette legger et god grunnlag for et samarbeid mellom sykepleier og pasient, som bidrar til trygghet.

I følge Peplau (Eide&Eide, 2007, s132) kan sykepleier gå inn i rollen som veileder, lytte til pasientens fortellinger om bakgrunnen for behovet for hjelp og følelser knyttet til dette. Sykepleierens rolle blir å skape de nødvendige mellommenneskelige betingelsene for at pasienten skal kunne erkjenne de vanskeligheter han står ovenfor, i stedet for å undertrykke

eller fordreie dem. Peplau (Forchuck,1993) legger vekt på at kommunikasjon er essensielt for sykepleier – pasient – forholdet, og at nonverbal kommunikasjon er like viktig som verbal. Hun skriver at verbal kommunikasjon uttrykker man med språk, mens nonverbal blir uttrykt gjennom kroppsspråk, ansiktsuttrykk, gester og lignende. Peplau (Forchuck,1993) er svært opptatt av det interpersonlige forholdet der sykepleier og pasient identifiserer behov ved at de kommuniserer med hverandre. Peplau hevder at sykepleier kan bidra til at pasienter blir sterkere personlig ved å hjelpe han til å føle seg trygg slik at han kan få uttrykt sine behov og kjenne en tilfredsstillende av dette. (Forchuck,1993)

## 4.0 Diskusjon – Hvordan kan vi sykepleiere bidra til økt trygghet hos pasienter med hjertesvikt?

Etter funnene jeg har gjort ved forskning og forskjellige litteraturstudier er det tre begreper som er sentral i forhold til pasientens trygghetsfølelse. Disse er: Relasjonstrygghet, stole – på – andre trygghet og kunnskaps – og kontroll trygghet. (Segesten, 1994).

### 4.1 Relasjonstrygghet

*”De har en spesiell utstråling og det er måten de er på og måten de snakker på. Det oppstår en uforklarlig kontakt som jeg ikke kan finne ord på, og jeg får en følelse av at akkurat jeg er viktig og ikke en av alle i hop. Når jeg føler slik for en sykepleier føler hun ofte slik tilbake. Jeg har også tillit til de sånn rent behandlingmessig og vi trives sammen. De får meg til å føle meg vel. Jeg føler meg trygg.”* (Informant, Kvåle, 2006)

I følge Orlando (Eide&Eide, 2007) består sykepleieprosessen av en reflekterende dialog med pasienten. Formålet er å bli bedre kjent med pasientens situasjon, for å kunne bedre yte profesjonell hjelp. Hun hevder at sykepleier må finne ut av hvorfor hun reagerer sånn som hun gjør i møte med pasienten. Sykepleier føler, tenker og handler ut i fra hvordan hun opplever relasjonen, slik også pasienten gjør det. Disse reaksjonene er det viktig og bli klar over. Peplau (Forchuck, 1993) hevder også at i utvikling og modning i relasjonen krever at sykepleieren bidrar til å avdekke de psykologiske forutsetningene som ligger til grunn for pasientens behov. I følge Travelbee (Overgaard,2003) har vi sykepleiere et ansvar for å skape et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Travelbee (Kvåle, 2006) hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om møte mellom medmennesker. I følge Overgaard (2003) vil sykepleier og pasient ha et førsteinntrykk av hverandre etter det første møtet seg imellom. Dette inntrykket må sykepleier kunne revidere, da pasienten ikke alltid er helt seg selv ved innleggelse på grunn av forskjellige faktorer. (Overgaard,2003)

En dag i min sykehuspraksis ble en eldre mann innlagt på avdelingen, han hadde forverret hjertesvikt og var veldig tungpustet og virket veldig stresset da han kom inn. Han hadde også nedsatt hørsel og mumlet litt når han snakket så det var vanskelig for meg å oppfatte hva han

sa. Mitt førsteinntrykk av han var at han ble lett irritert, og brukte upassende ord når han snakket. For meg virket det som denne mannen var smertepåvirket og tydelig under stress fordi han hadde vondt for å puste. Jeg fikk ansvaret for denne mannen, og skulle ha en inntakssamtale med han. Jeg spurte mannen om hvor han bodde, om han hadde unger og om det var noen som kom opp til han senere. Han forklarte meg at han bodde et stykke fra sykehuset, og at han bodde i lag med konen som hadde en begynnende demenssykdom. De fikk tilsyn av hjemmesykepleie en gang om dagen. Han sa også at det var han som passet på konen, da ungene bor i andre byer og er opptatt med sitt, og nå var han så bekymret for hvordan konen hadde det. Han hadde absolutt ikke tid til å være på sykehuset for konen kunne finne på å gå ut og glemme hvor hun bor. Mitt førsteinntrykk av denne mannens stemte ikke i det hele tatt, han var mer bekymret for konen hjemme, enn sin egen situasjon.

Noe av hva relasjonstryggheten innebærer, som nevnt i begrepsmessig rammeverk, er å ta vare på nettverket rundt pasienten. (Segesten, 1994). For å vite hvordan vi sykepleiere kan bidra til økt trygghet hos pasienter er det vesentlig at vi sykepleiere setter oss ned og blir kjent med han. I følge Thorsen (Kristoffersen, 2005) vil det og forholde seg til pasienter si å forholde seg til hele deres tilværelse. Å bli innlagt i sykehus kan innebære å bli revet ut fra den sammenheng en er vokst ut ifra. Noen ganger glemmer vi dette. Det er viktig å huske på at pasienten i senga også har et liv og en historie utenfor sykehuset. Etter at jeg hadde snakket med denne eldre mannen fikk jeg kontakt med hjemmesykepleien og ungene hans. Etter å ha fortalt han at var konen i gode hender, slappet pasienten mer av og vi kunne fokusere mer på behandlingen hans. Både for Travelbee og Peplau (Eide&Eide, 2007) er kommunikasjon en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Eide&Eide (2007) hevder at overfor pasienter og deres pårørende har sykepleier ofte kort tid til å etablere kontakt og skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen. Å lytte aktivt og vise at du er interessert og kommunisere klart er en forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever, og å forebygge gode løsninger å unngå uheldige valg av løsninger.

I følge Travelbee (Eide&Eide, 2007) er empati en viktig forutsetning for å kunne forstå pasienten og forstå dennes reaksjoner. I følge Kirkevold (S. 117, 2001) er empati: ”en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det vil si og gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk”. Dette er relevant i forhold til å skape en relasjonstrygghet hos pasienten. Å ha empati med noen vil si at du har erfaringer

som er lik pasienten, for i følge Kirkevold (2001) fremmes empati ved at sykepleier har en rik erfaringsbakgrunn, men også et ønske om å forstå den andre personen. Om sykepleier kommer på jobb og legger vekk sine tidligere erfaringer og bare gjør det som er forventet av hun praktisk vil ikke hun ha evne til å vise empati. At vi lever oss inn i pasienten og er interessert i hans liv utenfor sykehuset, kan vi lettere oppnå en relasjon som kan være en god forutsetning for at pasienten opplever trygghet. Men man må også kjenne til sine egne grenser om man skal dele erfaringer med pasienten. Thorsen (Kristoffersen,2005) hevder at dersom vi skal kunne dele det som skjer med oss, må vi våge å kjenne på vår egen sårbarhet uten å henfalle til en sentimental kretsing rundt oss selv. Dersom vi ikke klarer å være der vi er, å være ekte, blir vi fort avslørt. Vi må også våge å ikke ha svar i enhver situasjon. Av mine egne erfaringer som sykepleierstudent har det oppstått situasjoner der jeg ikke har hatt svar, når pasienten deler noe med meg som åpenbart er veldig følelsesmessig vanskelig for han. Noen ganger er det greit og bare lytte, gi pasienten oppmerksomhet og vise at vi er her på en nonverbal måte. Det er ikke i alle situasjoner vi nyutdannede sykepleiere kan vise empati i forhold til at erfaringene kanskje ikke er så mange, men vi ønsker gjerne å vise det. Dette er noe vi tilegner oss over tid, om vi er åpne for det.

Segesten (1994) omtaler den personen som man har en trygg relasjon til som åpen, erfaren, pålitelig og kan holde løfter. I følge Brinchmann (2005) er den etiske fordringen for ethvert menneske å ta vare på det av den andres liv som blir lagt i hans eller hennes hånd. Videre hevder Brinchmann (2005) at vi må i hver enkelt situasjon vurdere hva som er best for enkeltmennesket. Sosiale normer og konvensjoner, etiske regler og retningslinjer kan veilede oss, men vi må bruke vår innsikt å utøve et moralsk skjønn og vår forståelse. I følge Brinchmann (2005) er nærhetsetikk relasjonsetikk i den forstand at sykepleierens holdninger og væremåte har betydning for at situasjonen skal bli god for pasienten. Alle menneskelige forhold er maktforhold, vi kan selv velge om vi vil ta imot vår neste på en god måte. I å skape en god relasjon til pasienten handler det om hvordan vi møter han, hvordan vi opptrer og at vi viser at vi er interessert.

I følge Eide&Eide (2007) er evne til å skape en god relasjon viktig i alle forhold til pasienter og pårørende. At relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet vises også i nyere teoretiske, kliniske studier både internasjonalt og i Norge.

## **4.2 Stole – på – andre trygghet**

Segesten (1984) hevder at vi noen ganger i livet kan havne i såkalte grensesituasjoner, situasjoner som vi ikke kan råde over. Dette vil si en situasjon der livet er truet. Vi er avhengige av hjelp av andre, og at de kan gi den hjelpen vi eller andre forventer av dem. Vi sykepleiere har et stort ansvar, og det er viktig for oss og ikke minst pasientene at vi tilegner oss de kunnskapene og ferdighetene som trengs.

Peplau (Forchuck, 1993) hevder at det er i den innledende fasen i sykepleier-pasient-forholdet, orienteringsfasen, hvor pasienten begynner og stole på sykepleier. I følge Løgstrup (Brinchmann, 2005) vil mennesker alltid møte hverandre med tillit. Dette gjelder ikke bare dem vi kjenner, men også ukjente personer. Den grunnleggende tilliten vi har til andre mennesker må ikke begrunnes, det er det bare mistilliten som må. Vi utleverer hverandre når vi møter hverandre med tillit. (Løgstrup, Binchmann 2001). Binchmann (2001) hevder at i kraft i at vi er sykepleiere møter pasienten som oftest oss med tillit, et naturlig tillitsforhold. Når pasienten møter oss med tillit er det uendelig viktig at sykepleieren er klar over hvor mye av pasientens liv hun holder i sin hånd. Det er vesentlig at sykepleieren viser seg denne tillit verdig, om pasienten skal beholde sin åpenhet og naturlige tillit. I følge Jensen (2004) har et godt håndlag tradisjonelt vært høyt verdsatt i sykepleie. Sykepleiere kan bruke berøring som et terapeutisk middel til å skape kontakt, trygghet, tillit og håp. Jensen (2004) viser til at et person- og velværeorientert fokus kan gjøre det lettere for pleiere å forstå hva pasienten har behov for, se muligheter i praksis og å utarbeide sykepleieintervensjoner som har som mål å fremme selvoppfatning, trygghet og velvære. At vi sykepleiere viser omsorg til pasientene er relevant i sammenheng med god pleie, av og til kan det være trygt og godt med en hånd og holde i når en opplever vanskelige situasjoner. Burström (2004) hevder at pasienter med hjertesvikt er mer utrygg enn pasienter med andre hjertesykdommer. Dette kan skyldes at ressursene deres er redusert, forandringer i symptom og behandling, og ved utydelig informasjon om sykdommen og behandling. I tillegg til utrygghet synes personer med hjertesvikt å oppleve en redsel, vanskeligheter med og stole på andre og mister litt troen på at ting skal gå bra. Informantene i studien til Burström (2004) hevder at å tro på livet, fremtiden og å ha en åndelig tro er noe de føler kan bidra til trygghet. Til og med positive erfaringer fra det livet de har levd, kan være en faktor som kan bidra til mer trygghet. I følge Thorsen

(Kristoffersen,2005) kan gode opplevelser kan hentes fram igjen og bidra til trygghet. Her kan sykepleieren være til hjelp. Pasienten kan varsomt hjelpes til å tenke på gode minner fra fortiden. Dette krever tid og ydmykhet overfor andre menneskers liv og historie. Pasienter som skal gjennom ubehagelige situasjoner kan varsomt hjelpes til og tenke på andre ting. Da jeg trillet pasienter ned til røntgen på sykehuset ble det alltid litt ventetid før vi fikk komme inn, da benyttet jeg anledningen til å spør pasienten om deres liv utenfor sykehuset. Mange forbinder gode opplevelser og minner til barna sine, mannen sin eller andre nettverk. Det jeg la meg merke til når pasienten begynte og prate om sine gode opplevelser ved ting var at de lyste opp, de ble lettere og snakke med og det virket som at undersøkelsene gikk lettere. Det er da man føler at man har oppnådd et tillitsforhold mellom seg og pasient, når pasienten åpner seg.

I følge Segesten (1994) kan faktorer som bidrar til utrygghet relateres til å stole på andre tryggheten. Det handler om å legge seg selv i andres hender når egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom, og å stole på at de som behandler deg har tilstrekkelig med kunnskap om området. I helsepersonelloven (hlspl ,2001) § 4 uttrykkes det slik: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Flere grunner til at hjertesvikt pasienter føler seg mer utrygg enn andre kan være at vi som sykepleiere ikke har tilegnet oss nok kunnskap om området til å gi tilstrekkelig med informasjon om sykdommen og behandling. Det kommer fram i studien til Burström (2004) at trygghet kan knyttes til å ha tiltro på et godt fungerende helsesystem, at avdelingen man ligger på fungerer sånn som den skal, at man blir behandlet av spesialister og stoler på dagens medikamenter. Det samme gjelder legens og sykehusets oppdatering på nye behandlingsmetoder ved hjertesvikt. Det kan også knyttes trygghet til det å kunne ringe en sykepleier om man har spørsmål eller er usikker på effekter og bivirkninger av behandlingen eller andre ting. (Burström, 2004). Å etablere et godt tillitsforhold til pasienten under sykehusoppholdet, er vesentlig i forhold til tryggheten han føler etter han er komt hjem. At han har noen og ringe til når han er usikker og har spørsmål kan bidra til at trygghetsfølelsen øker, og kan igjen bidra pasienten til å unngå hyppige re-innleggelser. (Les: punkt 4.3).

Kvåle (2006) skriver at pasientene føler seg verdifulle og opplever trygghet når de omsorgsfulle sykepleierne er aktive, til å stole på, oppmerksomme på pasientens behov for

trøst og er positive. I Segestens (1994) studie forklarer en av informantene at og stole på det sykepleier og lege sier er sant, er veldig viktig for trygghetsfølelsen. Informanten opplevde at hun fikk forskjellige beskjeder fra forskjellige leger og sykepleier om hvordan hun skal opptre i forhold til sykdommen når hun kom hjem. Dette skapte forvirring og hun kvidde seg til hjemreisen. Det er vesentlig at vi sykepleiere er bevisst på hva informasjon vi gir ut, og dokumenterer hvilken informasjon som er gitt, samt å kommunisere med kolleger. I undersøkelsen til Segesten (1994) kommer det og fram at kontinuitet i pleien er viktig for trygghetsfølelsen. Som sykepleier i turnus er det viktig og ha ett godt samarbeid med andre kolleger for å sikre at pleieresultatet til pasienten blir det beste.

### **4.3 Kunnskap – og kontroll trygghet**

I følge Segesten (1994) handler denne tryggheten om og vite at man mestrer, og behersker ulike situasjoner. Etter vi har skapt ett tillitforhold til pasientene, kan vi vise oss verdige denne tilliten ved at vi har den kunnskapen og forståelsen som kreves av oss. Kunnskap og kontroll trygghet handler også om at pasienten føler at han har kontroll, dette kan oppnås ved at han er delaktig i planlegging av pleien og utførelsen.

Man kan beskrive trygghet som å være delaktig, få beskjed om det som gjelder og få hjelp fra eksperter. I følge pasientrettighetsloven §3-1 (psrl. 2001) har pasienter rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp. Pasienten har og rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser og behandlingsmetoder. Klessling og Kjellgen (2004) hevder at om ikke hensyn blir vist til pasientens opplevelse av sykdom, eller om pasienten blir betraktet som ”vanskelig” fordi han krever sin rett til informasjon og delaktighet, blir dette en negativ opplevelse. Mange pasienter har ikke kjennskap til avdelingens rutiner eller er ikke kjent med hvordan systemet fungerer, og ofte får de utilstrekkelig med informasjon til å kunne være delaktige. Når pasienter med langtkommen hjertesvikt blir innlagt på sykehus, kan det være mye som skjer rundt dem i startfasen. Legene forordner behandlinger, sykepleierne følger opp med tiltaksplaner og fokuset kan bli mer rettet mot generelle gjøremål enn å bli kjent med pasienten. Dette kan føre til at pasienten blir liggende med mange ubesvarte spørsmål, og en følelse av redsel over å ikke ha kontroll. I følge Molven (2006) følger gode behandlinger og pleieresultater av et godt samarbeid mellom pasienter og sykepleiere. Derfor legges det stor vekt på at pasientene informeres og medvirker i forhold til eget behandling og pleieopplegg. Slik medvirkning forutsetter at det er vilje og evne til åpen og god kommunikasjon mellom pasientene og sykepleierne, der de sistnevnte



ofte må legge til rette for det. Molven (2006) hevder at ideologien om medvirkning bygger på de alminnelige etiske prinsippene om å vise respekt for den enkeltes autonomi og integritet. Man må få være med på å bestemme om det som nært angår en selv fysisk og psykisk.

I følge Segesten (1994) utgjør smerter og andre ubehag i sammenheng med prøver, undersøkelser og behandlinger en trussel mot tryggheten. Dette kan skyldes at for lite informasjon er gitt i forkant av undersøkelsen, slik at pasienten ikke vet hva han går til, og ikke har kontroll over situasjonen. Det kommer frem i studien til Segesten (1994) at om pasienten får ha en samtale med sykepleier før undersøkelser og eventuelle behandlingsmetoder, og får spørre om de tingene han er usikker på kan dette hjelpe til en økt trygghetsfølelse og følelse av kontroll. I følge Klessling og Kjellgren (2004) er sykepleierne på lik linje med legene pliktig å gi pasienten individuelt tilpasset informasjon om sin helsetilstand og de metoder en bruker for undersøkelse og behandling. Pasientens delaktighet på det nivået ressursene hans strekker til, og informasjon om sykdommen vil mest sannsynlig føre til et bedre samspill mellom pasient og sykepleier.

Thorsen (Kristoffersen, 2005) hevder at kroppen og sinnet husker opplevelser vi har hatt, på godt og vondt. Opplever pasienten at sykehusoppholdet har vært trygt, kan dette bæres med til en eventuell innleggelse siden. Dette mener jeg er relevant å nevne fordi i følge Rustøen (2007) er pasienter med hjertesvikt over 65 år er den pasientgruppen i Norge som har den høyeste forekomsten av re-innleggelser på sykehus. I følge Haugland mfl (2001) kan dette være svikt i selvmedisineringen, og at kostrestriksjonene ikke har blitt fulgt. I følge Segesten (1994) er noen pasienter usikre på egen evne til å nå opp til de krav som sykepleierne setter, altså etter sykehusoppholdet. Dette vil komme helt an på hva informasjon vi sykepleiere gir, og hvordan vi gir den. Haugland mfl (2001) hevder at de hyppige re-innleggelsene kan skyldes at pasientene har fått for dårlig undervisning av sykepleierne til hvordan de skal mestre sin egen sykdom når de kommer hjem, og for mye informasjon som har blitt gitt på en gang. Dette kan føre til en utrygghet forbinde med hjemreise, og hvordan man skal mestre sykdommen på egen hånd. I følge psrl. (pasientrettighetsloven, 2001) §3-1 og §3-5 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, helsepersonell skal også så langt det er mulig sikre seg at pasienten har forstått informasjonen vi har gitt, og informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Thomspon m. fl. (2004) hevder at som profesjonelle yrkesutøvere, har sykepleiere et ansvar overfor dem selv og pasienten og andre til å opprettholde deres profesjonelle kunnskap og kompetanse. Det er viktig at sykepleier holder seg oppdatert på forskning som inneholder sykepleievitenskap og i politiske sammenhenger. Thomspon mfl (2004) mener at denne oppdateringsprosessen burde være en obligatorisk part av yrket for alle sykepleiere og ikke valgfritt. Det kommer også fram i Segestens (1994) undersøkelse at pasientene stoler på at vi har tilegnet oss den kunnskapen som er nødvendig for at god pleie skal tilrettelegges.

## 5.0 Avslutning

Trygghet er et begrep jeg synes er sentral i forbindelse med god pleie, og jeg synes det har vært interessant å prøve å fordype meg mer i dette. Hovedfunnene jeg har gjort meg ved hjelp av relevant litteratur og forskning var at god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er vesentlig, og at sykepleier er bevisst på hvordan hun opptrer i forhold til pasienten. Det er relevant og skape en god relasjon, og et tillitsforhold for at pasient skal føle seg tryggere. Klare beskjeder, god informasjon og inkludere pasienten i pleien er og vesentlig for at pasienten skal føle han har mer kontroll og får en trygghetsfølelse av dette. At sykepleier interesser seg for pasientens nettverk og i hans liv utenfor sykehuset bidrar til et bedre forhold mellom pasient og sykepleier.

## 5.0 Referanseliste for Bachelor

Almås H., Mosand R. D, Førstund A. J, (red.). (2001) *Klinisk sykepleie*, bind 1. Gyldendal Norsk Forlag

Burström, M. Boman, K. Strandberg, G. Brulin, C. (2007) *Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga* Sykepleievitenskap. 3/2007. Publ. No. 85 Vol. 27 No. 3 PP 24-28  
Hentet fra: Vård i Norden

Brinchmann, B. S. (2005) (Red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Samlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide. H. Eide. T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Elektronisk norsk ordbok. Hentet 6 Februar 2010 fra:

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?OPP=Trygg&begge=S%F8k+i+begge+ordb%F8kene&ordbok=begge&s=n&alfabet=n&renset=j>

*Engelsk lommeordbok* (2007). Kunnskapsforlaget, Aschehoug og Gyldendal.

Forchuk, C. (1993). Hildegard E. Peplau – Interpersonal nursing theory. Sage publications, California.

Forsberg C. & Wengstrøm Y. (2008). *Att göra systematisk litteraturstudier*. 2. utgave. Forfatter och bokforlaget natur og kultur, Stockholm.

Haugland, T. Hansen, I. Areklatt, E. (2001) Sykepleie til pasienter med hjertelidelser. H. Almås. *Klinisk sykepleie – bind 1*. (S. 410 – 445). 3. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Helsepersonelloven, (2001). Lov om Helsepersonell av 01/01 2001. Hentet 14. Februar 2010 fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B. Buanes, T. Røise, O. (2009) *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen, L. T. (2004) *Det gode håndlag*. Sykepleien 2004 92(21):45-47

DOI: 10. Sykepleien.no

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p\\_document\\_id=172835](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=172835)

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og vurdering*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Klessling, T. Kjellgren, K. (2004) *Pasienters opplevelse av delaktighet i vården*  
Sykepleievitenskap. 4/2004. Publ. No. 74 Vol. 24 No. 4 PP 31-35  
Available from: [www.vardinorden.no](http://www.vardinorden.no)

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4*.  
Gyldendal Norsk Forlag

Kvåle, K. (2006) *Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det* Sykepleievitenskap.  
1/2006. Publ. No. 79 Vol. 26. No. 1 PP 15-19  
Hentet fra: [www.vardinorden.no](http://www.vardinorden.no)

Molven, O. (2006). *Sykepleie og Jus*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Olsson H. & Sörensen S. (2003). *Forskningsprosessen kvalitativ og kvantitative perspektiver*.  
Gyldendal Norsk Forlag AS.

Overgaard, A.E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck  
A/S.

Pasientrettighetsloven, (2001). Loven om pasientrettigheter av 01/01-2001 Hentet 13 Februar  
2010 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Renolen, Å. (2008) *Forståelse av mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rustøen, T. (2007) *Å leve med hjerte og karlidelser*. B. R. Hanestad (Red.) *Å leve med  
kronisk sykdom*. 2. utgave. J. W Cappelens Forlag AS.

Segesten, K. (1994). *Pasienters opplevelser av trygghet og otrygghet*. K&K Segesten Förlag  
AB.

Statistisk sentralbyrå, 2005. Andel med ulike varige sykdommer<sup>1</sup> blant personer i ulike  
aldersgrupper. Per 1 000 personer. Hentet 29. Januar 2010 fra:  
<http://www.ssb.no/histstat/tabeller/4-1.html>

Thomson, D. R. Webster, R. A. Quinn, T. (2004) *Caring for the coronary patient*. 2. utgave.  
Elsevier Butterworth – Heinemann, limited.

Thorsen, R. (1997). *Kan vi skape trygghet?* Sykepleien.no, no. 7, pp. 22-01. 2009  
Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=128>

Thorsen, R. (2005) Trygghet. I: N. J, Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A, Skaug. (Red.)  
*Grunnleggende sykepleie – bind 3* (s. 13 – 39). Gyldendal Norsk Forlag.