



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Folkehelsefag

4BACH

Marian Helena Lettosunti-Børli og Camilla Pedersen

Veileder: Anne

Høstad With

Man må vite hvilken frekvens mottager hører på,
før man sender informasjonen.

One must know what frequency the receiver listening to,
before sending the information.

Ord: 11378

BASYK, 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

JA

NEI

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse.....	3
1.2 Presisering av problemstilling og avgrensing.	5
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleie relevans.	6
1.4 Begrepsavklaring.....	6
1.4.1 Kommunikasjon	6
1.4.2 Informasjon og kunnskap.	6
1.4.3 Livstilssykdom.	7
1.5 Oppgavens oppbygning.....	7
2. Metode.....	8
2.1 Strategi for litteratursøk.	8
2.2 Databaser og søkeord.	8
2.3 Kritisk granskning og utvalgt litteratur.	9
3. Teori.	12
3.1 Hjerteinfarkt.	12
3.2 Krise og krisereaksjoner.....	13
3.3 Kommunikasjon.	14
3.4 Om kommunikasjon i Empowermentprosessen.	17
3.5 Health literacy.	19
3.5.1 Functionel Health literacy (FHL).	20
3.5.2 Interactive Health literacy (IHL).	20
3.5.3 Critical Health literacy (CHL).....	21
4. Tolkning av teoretikere.	22
4.1 Joyce Travelbee.....	22
4.2 Aron Antonovsky.	26
5. Drøftning.	28
6. Konklusjon.	38
Litteraturliste	41

1. Innledning.

Vi er to sykepleiestudenter i 6. semester som skal skrive vår Bachelor oppgave. Vi har begge erfaring fra helsevesenet, den ene fra prehospital divisjon og den andre fra kardiologi og allmenn medisin. I år har høyskolen valgt å gi studentene fritt valg av tema til oppgaven. Vårt valg av tema ble kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse.

Samhandlingsreformen (2008) beskriver hvordan fremtidige nordmenn vil i større grad enn i dag få utfordringer med hensyn til økende omfang av livsstilssykdommer. Her beskrives det en økt andel av overvekt og fedme som fører til at flere får type 2 diabetes, som igjen vil gi økning i forekomst av hjerte-karsykdommer. Livsstilssykdommer er knyttet til samfunnmessig store kostnader i form av direkte utgifter i helsetjenesten, men også som sykefravær, trygdeutgifter og velferdsplaner (St.meld.nr.47). Hjerte- og karsykdommer er en av de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning (Folkehelseinstituttet, 2012).

Epidemiologiske studier viser en økning av risiko for sykdom og tidlig død ved kombinasjon av flere uheldige levevaner. Det vil si at for personer som har flere uheldige levevaner, vil risikoen ved hver enkelte av levevane summeres og medføre en høy samlet risiko.

Forebygging av uheldige levevaner vil ikke bare gi gevinst i form av flere leveår, men det vil desto viktigere gi bedre helse i de årene vi lever. Verdens Helse Organisasjon (WHO) har anslått at 80 % av hjerteinfarkt kan forebygges eller unngås med livsstilsendringer når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt (St.meld.nr.47).

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2011) (ICNs etiske regel) har grenseoppganger mot det faglige og juridiske, som gir en retning på forsvarlig sykepleie, men ingen konkrete løsninger.

2.1: Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom

2.4: Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått

Det er ikke bare (ICNs etiske regler 2011) som styrer at sykepleiere skal gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sin helsetilstand. Men også pasientrettighetsloven (2009) sier at sykepleier har en viktig funksjon i forbindelse med å gi samtaler og informasjon til pasient.

§3-2: "Pasienten skal få den informasjon som er nødvendig for pasienten, slik at pasienten får innsikt i sin helsetilstand"

Informasjonen skal ta hensyn til den enkelte pasientens forutsetninger (ibid).

Etter vår forståelse, må kommunikasjonen være tilpasset pasientens forutsetninger og ståsted og dette vil vi også gjerne se nærmere på i oppgaven.

Vi har møtt flere pasienter i spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten som har livsstilsrelatert sykdom, med reinnlegges på somatisk avdeling med samme symptomer. Flere av disse pasientene har etter vår erfaring ikke gjort noen tiltak angående livsstilsforandringer, og vår oppfattelse er at flere av disse pasientene har dårlig kunnskaper og liten innsikt i egen helsetilstand.

Eide & Eide (2011) mener kommunikasjon innebærer en form for interaksjon mellom sykepleier og pasient, og er et hjelpende verktøy for å formidle informasjon og kunnskap. Et gjentagende tema under vår tid som sykepleiestudenter har vært kommunikasjon. Vi har lært at kommunikasjon er kompleks og det er mange faktorer som er avgjørende for en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det vekker vår nysgjerrighet på om kommunikasjonene mellom sykepleier og pasient er god nok, og hvorfor noen har dårlige kunnskaper og innsikt i egen helsetilstand? Og hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonen fra sykepleier ståsted og pasientens ståsted? Vi formulerer derfor vår problemstilling slik:

Hva påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient når sykepleier skal formidle informasjon og kunnskap til en pasient med livsstilssykdom? Slik at pasientens innsikt i egen helsetilstand øker.

1.2 Presisering av problemstilling og avgrensning.

Som målgruppe har vi valgt livsstilssykdom, men til denne oppgaven og for å belyse vår problemstilling har vi valgt en pasient som har reinleggelse på grunn av sitt andre hjerteinfarkt, og som er preget av uheldige levevaner. Pasienten har dårlig innsikt i egen helsetilstand. Pasienten er mellom 40 til 60 år og har liggedøgn på 3 – 6 dager på en allmenn medisinsk avdeling. Pasienten har fortsatt et langt liv foran seg og vi utgår ifra at han er yrkesaktiv og enda har 10-20 år igjen i arbeidslivet. Derfor vil pasienten ha stor nytte av informasjon og kunnskap, slik at pasientens innsikt i egen helsetilstand øker.

Denne oppgaven tar ikke for seg mestringsstrategier innenfor livsstilssendringer, og oppgaven viser ikke hva pasienten må gjennomføre av tiltak for livstilsendring. Oppgavens fokus er hva sykepleier må ta hensyn til når hun formidler informasjon og kunnskap til pasienten, og faktorer som påvirker kommunikasjonen.

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleie relevans.

Vår hensikt med oppgaven er å belyse hvor vanskelig det kan være for sykepleieren å få til en god kommunikasjon. Oppgaven skal belyse kommunikasjonens kompleksitet ut ifra sykepleier og pasientens ståsted, og hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonen. Vi anser at oppgavens relevans ligger i at hver dag formidler sykepleier informasjon og kunnskap til pasienter og pårørende. Dette gjøres for å øke deres innsikt i sykdom og helsetilstand. Det er dessuten en rettighet pasienten har og en plikt vi sykepleiere har. Dette må gjøres uansett livsstilssykdommer, pasientdiagnoser eller sykdomsbilde.

1.4 Begrepsavklaring

Det vi ser som vesentlig begrep i problemstillingen vår blir her forklart.

1.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres i sin enkle form som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ”communicare”, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i eller ha forbindelse med. I det daglige språket vårt brukes begrepet om en rekke fenomener fra personlig samtale med en eller flere personer, chatting på internett eller massekommunikasjon gjennom globale nettverk (Eide og Eide 2011).

1.4.2 Informasjon og kunnskap.

Kunnskap og informasjon er en bevisst forståelse av noe og med mulighet til å bruke denne for en bestemt hensikt. Kunnskap er noe vi som sykepleier har. Denne informasjonen overføres til pasient, informasjonen virker på pasientens informasjonssystem og ny informasjon skapes. Dette gir ny kunnskap hos pasienten som kan bruke kunnskapen videre (Information, 2013). I denne sammenheng er informasjon og kunnskap som skal formidles til pasienten relevant for han/hennes sykdom og helsetilstand.

1.4.3 Livstilssykdom.

Norsk helseinformatikk (2012) gir eksempler på livstilssykdommer. Dette er høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2 diabetes, kols, koronar hjertesykdom (hjerterinfarkt og angina pectoris), hjerneslag, overvekt, slitasjegikt, depresjon og medikamentmisbruk. Faktorer i kost, ytre miljø, livsstilen og måten vi lever på påvirker vår disposisjon til slike sykdommer. Overspising, mangel på fysisk aktivitet og tobakksrøyking synes å være noen av de sentrale årsaksfaktorene for å få livstilssykdommer senere i livet.

1.5 Oppgavens oppbygning.

Videre består denne oppgaven av fem kapitler. Vi har i valgt å drøfte noen underveis som vi anser er relevante for å vise forståelser av teorien, likevel har vi et eget drøftingskapittel. Dette gjør vi for å få en helhet i oppgaven og problemstilling ut i fra valgt teori.

Kapittel 2: Metodekapittel inneholder litteratur vi har valgt, hvordan vi har funnet den samt vår kildekritikk.

Kapittel 3: Teorikapittel inneholder relevant teori ut i fra valg av problemstilling.

Kapittel 4: Inneholder Joyce Travelbee og Aron Antonovsky`s teori som vi har valgt til teoretisk plattform. Den er sentral for vår problemstilling.

Kapittel 5: Vi drøfter ulike faktorer som påvirker kommunikasjon. I drøftingen har vi valgt å kalle pasienten "Lars" for å gi det et mer menneskelig og personlig preg.

Kapittel 6: Konklusjon. Her oppsummerer vi våre funn fra teori og drøftning.

2. Metode.

Oppgaven er en litteraturstudie der tema og problemstillingen tar utgangspunkt i pensum, faglitteratur og egne erfaringer. Oppgaven baseres hovedsakelig på skriftlige kilder (Dalland, 2012). Vår strategi i litteratursøk, utvalg av litteratur, samt vår kritiske granskning av litteraturen blir nå presentert.

2.1 Strategi for litteratursøk.

Vi har søkt etter forskningsartikler gjennom å bruke PICO- skjema med gjennomtenkte spørsmål. For å få så konkrete treff som mulig i vårt arbeid med å finne relevante artikler har vi brukt: Medical Subject Headings (MesH). Disse MesH-termer fant vi i databasen SveMed. Vi brukte ulike kombinasjoner av søkeord i databasene. Vi leste artiklenes abstrakt og konklusjon først for å finne ut om artiklene var relevant for vår problemstilling.

Vi benyttet Helsebiblioteket og Kunnskapsegget for å få tilgang til de andre databasene som Høgskolen i Hedmark anbefaler. Pensum litteratur fra studietiden ble sett på, og det vi fant som relevant for oppgaven ble inkluderte. Annen selvvalgt litteratur ble bestilt på bibliotek i god tid.

2.2 Databaser og søkeord.

Våre databaser har vært: Chinal, SveMed, PubMed, Googel scholar, Bibsys ask.

Søkord:

Hjerteinfarkt, Kommunikasjon, Sykepleie, Pasient, Livsstilssforandringer, Veiledning.
Myocardial infarction, Communication, Nurse, Patient, Changing lifestyle, Counselling.

2.3 Kritisk granskning og utvalgt litteratur.

For at vi skal kunne svare på problemstillingen på en troverdig måte må teorien vi bruker være relevant og gyldig, benevnningen for det er validitet. For at teorien skal være pålitelig må den inneholde målinger som er gjort på en korrekt måte, benevnningen på dette er reliabilitet (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2010). I vår vurdering og tolkning av forskning bruker vi sjekklister (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008).

For å unngå feiltolkninger har vi forsøkt å forholde oss til Dalland (2012) om hans anbefaling om primærkilder. Primærkilde er originalforfatteren av en tekst, oversatte verk av originalforfatteren er også primærkilde. Når man bruker primærkilder unngår man feiltolkninger. Sekundær kilde er når forfattere tolker en annen forfatters tekst. Ved bruk av sekundærkilder kan det foreligge feiltolkninger i teksten, som man drar med seg til sin egen tekst (ibid).

Den egenutvalgte pensumlitteraturen vi har brukt har sykepleier og sykepleie som målgruppe. Derfor anser vi denne litteraturen som gyldig og relevant for at vi skal kunne svare på problemstillingen vår. Alle våre forskningsartikler inneholder IMRAD prinsippet. IMRAD prinsippet inneholder introduksjon, metode, resultat (and) diskusjon (Dalland,2012). Forskningsartiklene og fagartiklene vi har tatt med er ikke eldre en 5 år, utenom en forskningsartikkel som er 8 år.

Boken: *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, (2001) av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har vi valgt. Hennes teori handler om etablering av menneske- til- menneskerforhold. Hun beskriver at kommunikasjonen er en viktig del av det å være sykepleier. Vi har brukt en oversatt versjon av boken og dette er da en primærkilde. Boken er av eldre dato men teorien er relevant og en sikker kilde.

Boken *Helsens Mystorium* (2012) av Aaron Antonovsky ble også valgt ut. Den bygger på salutogenes og Sens of coherens. Boken er av eldre dato men det refereres ofte til denne boken i annen litteratur. Vi har brukt en oversatt versjon av boken som da er en primærkilde, teorien er relevant og en sikker kilde.

Boken: *Den vet best hvor skoen trykker* (2007) av Sidsel Tveiten valgte vi for å få en dypere forståelse for empowerment og kommunikasjonsprosessen.

Forskningsartikkel: *Patient participation during hospitalization for myocardial infraction* (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010) er en studie der hovedmålet er å få frem hvordan pasienten og sykepleieren oppfatter behovet for at pasienten tar aktiv del i sin egen behandling. Studiet er interessant for vår problemstilling ettersom den viser visse vanskeligheter med å inkludere pasienten i behandling.

Forskningsartikkel: *Taillored nursin interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment* (Cossette, Frasure-Smith, Dupius, Juneau & Guertin, 2012) er en studie som er interessant for oss, fordi den viser at sykepleieroppfølging og samtaler til hjerteinfarkt pasienten øker pasientens delaktighet i rehabilitering etter endt sykehusopphold.

Forskningsartikkel: *Helsesøstres oppfatninger av pasienter health literacy* (Finbråten & Pettersen, 2012) har vi tatt med ettersom health literacy har stor betydning når sykepleier skal kommunisere med pasienter.

Forskningsartikkel: *A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patient, and their preference for follow-up contact after discharge.* (Hassen, Nordrehaug & Hanestad, 2005) har vi tatt med ettersom den samsvarer med vår erfaring av informasjonsbehovet hos hjerteinfarkt pasienten.

Artikkel: *Nurse educator guidelines for the management of heart failuer.* (Washburn & Hornberger, 2008) har vi tatt med fordi den belyser at sykepleier har en nøkkelrolle, når det gjelder formidling av kunnskap til pasienter med hjertesvikt. Vi mener at dette er overførbart til vår pasientgruppe, ettersom hjertesvikt kan forekomme sekundært etter hjerteinfarkt. Tiltak i livsstilssforandringer er tilsvarende de samme som for hjerteinfarkt.

Artikkel: *Häslitteracitet grundbult i patientmötet* (Mårtensson & Hensing, 2011) brukte vi fordi begrepsforklaringen gir oss mer innsikt i hva health literacy dreier seg om.

Artikkel: *Samtaler kan styrke hjertepasienten* (Netland, Fålund & Norekvåls, 2011) har vi tatt med fordi den handler om utskrivningssamtalen og salutogene samtaleteknikker.

For å belyse vår problemstilling ytterligere har vi også brukt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001), Samhandlingsreformen (2008) og Pasientrettighetsloven (2009) og forskjellige nettsider. Egenvalgt litteratur er markert med *stjerne i litteraturlisten.

3. Teori.

I teorien har vi tatt fram noen faktorer som vi ser er relevante og som påvirker kommunikasjonen, og informasjonen som blir gitt til pasienten med hjerteinfarkt. Vi vet at det er flere faktorer som påvirker kommunikasjonen og forståelse av informasjon, som for eksempel sosiale, psykososiale, kulturelle og språkforståelse. Men disse har vi ikke tatt med på grunn av oppgavens begrensning i antall ord.

3.1 Hjerteinfarkt.

Hjertet egen blodforsyning skjer via koronararteriene. Disse koronararteriene består av tre hovedstammer med mindre forgreninger, en for høyre hjertehalvdel og to for venstre hjertehalvdel (Ørn, 2011). I koronararteriene kan det bygges opp stenose (fortetninger) på grunn av arteriosklerose. Det betyr at det bygges opp plakkavleiringer i blodkarets vegg. Denne avleiringen gjør at diameter på lumen i blodkaret blir mindre, og blodtilførselen til den delen av hjertemuskelaturen som forsynes av oksygenrikt blod blir liten i forhold til etterspørselen og behovet. Denne stenosen kan om ikke karveggen er sterk nok revne. Kroppens forsvarmekanisme trår inn og trombocytene i blodet vil klistre seg sammen over det skadde område og danne en trombe. Det medfører enda mindre blodtilførsel og i verste fall opphører blodtilførselen helt (ibid).

Ved et hjerteinfarkt har koronararteriene blitt helt eller delvis tilstoppet, slik at lumen er blitt såpass mye mindre og det oppstår iskemi i hjertemuskelen. Dette innebærer at den delen av hjertet som forsynes av oksygenrikt blod gjennom koronararteriene ikke får tilstrekkelig oksygentilførsel til hjertets celler. Hjertets celler utsettes for nedsatt oksygen og dette gir hypoksi. Hvis dette vedvarer kan det oppstå celledød i hjertemuskelaturen, altså et hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt er en irreversibel skade i et avgrenset område i myokardet (ibid).

3.2 Krise og krisereaksjoner.

Fellesbetegnelse for alvorlige og vanskelige hendelser i livet kalles ofte for krise. Man skiller gjerne mellom to typer krisesituasjoner. Den ene er livskrise mens den andre er en traumatisk krise. Livskriser er påkjenninger som kommer gradvis av naturlig utvikling som eksempelvis pubertet, løsrivelse fra hjemmet, ekteskap, få barn, overgangsalder eller alderdom.

Traumatiske kriser er derimot ekstraordinære påkjenninger som kommer i forbindelse med sykdom, ulykker eller voldshandlinger. Traumatiske kriser brukes i benevnelsen når belastningen er så stor at personer i kortere eller lengre perioder blir preget av dem.

Den første reaksjonen i en traumatisk krise er normalt å benekte fare eller benekte konsekvensen av situasjonen. Slik vi forstår det kan en pasient som plutselig rammes av et hjerteinfarkt reagere spontant med forsvar og holder tanker og følelser unna. Denne fasen kalles sjokkfasen og varer normalt ikke lenge. Den etterfølgende fasen kalles reaksjonsfasen, den inneholder også et vist forsvar men tanker og følelser kommer til overflaten og pasienten får følelsesmessige reaksjoner. Deretter følger en fase der hendelsen bearbeides, denne fasen kalles bearbeidelsesfasen. Det naturlige forsvaret er enda tilstedet men det gis plass til det som er skremmende, vanskelig og truende slik at krisen blir godt bearbeidet og likevekt blir nådd. Det er ingen klare grenser mellom fasene, men faseinndelingen kan være til hjelp for oss som sykepleiere når vi forsøker å forstå pasientens reaksjoner og behov de har.

God kommunikasjon kan hjelpe pasienten med å bearbeide reaksjoner og følelser slik at de mestrer sykdom og krise bedre. Det er også viktig at pasienten får god tilstrekkelig informasjon om sin sykdom og behandling, fordi dette bidrar til økt forståelse, mening og forutsigbarhet (Eide & Eide 2011).

3.3 Kommunikasjon.

Hummelvold (2010) skriver:

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to, aldri har skjedd og aldri kommer til å skje igjen. Et hvilket som helst møte mellom mennesker vil alltid bli stående som noe spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelse og opplevelse må tas imot og tas vare på som det enestående det er (s. 382).

Vår forståelse av hva Hummelvold (2010) beskriver er at vi som sykepleiere må reflektere over hvert eneste møte med pasienter vi skal møte første gang, og at vi skal ”nullstille” oss. Vi har et ansvar i å møte pasienter uten fordommer eller personlige oppfatninger av pasienten. Vi skal se menneske som trenger vår assistanse og hjelp, og bidra til at dette gjøres på en enestående måte. Det første møte skal oppleves godt for både sykepleier og pasient.

Tveiten (2007) mener at kommunikasjon innebærer en form for interaksjon mellom sykepleier og pasient. De grunnleggende elementene i ansikt til- ansikt kommunikasjon er tale og nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon refererer til trekk ved lyd og stemme, som tonebevegelse, setningsmelodi, hastighet, aksent, styrke, stillhet, ansiktstrekk, blikk, kroppsbevegelser, nærhet, avstand, berøring og lukt. Det fleste kan inkluderes i nonverbal kommunikasjon. Ubevisst kan vi formidle nonverbale budskap uten å mene det. Nonverbal kommunikasjon representerer 55-97 % av kommunikasjonen vår. Tveiten (2007) refererer til en studie som viser at nonverbale signaler oppfattes som mer betydningsfulle en tale. Dette forstår vi med at vi som sykepleiere skal møte pasienter med et kroppsspråk som inviterer og er åpent. Pasienten skal føle at vi tar imot dem med en nonverbal aksept.

Sanseorganene tar imot signaler og stimuli fra den ytre verden og våre omgivelser. Informasjonen omgjøres til nerveimpulser av reseptorer i hjernen vår. Hver informasjon og stimuli analyseres og oversettes til nøytrale representasjoner. Den nøytrale representasjonen sammenlignes i forhold til tidligere informasjon og kunnskap. (Eide & Eide, 2011).

Persepsjonsprosessen er når de inntrykkene vi tar inn blir meningsfulle for oss. Det vil si hvordan vi legger merke til, oppfatter, forstår, registrerer og sorterer ut informasjonen fra vår omgivelse, og hvordan vi tolker og gir mening til den informasjonen vi mottar. (Eide & Eide, 2011) Persepsjon er også en faktor som påvirker kommunikasjonen. Det vil si vårt kroppsspråk, blick og holdningen ovenfor den andre kan bidra til å avsløre men også til å forstyrre budskapet vi forsøker å formidle. Lyder uten ifra og mennesker som blander seg inne i samtalen eller bevisstheten som forteller at noen lytter til samtalen kan forstyrre kommunikasjonen. Det er viktig for oss som sykepleiere å være bevisst på støy som bidrar til forstyrrelse og tilsløre kommunikasjonen. Slik vi skjønner det kan budskapet gjentas eller klargjøres ved at vi uttrykker oss tydelig, eller ta vi tar med pasienten til et annet rom for å få ro. Det går også å kommentere støyen slik at den blir nøytralisert og får mindre innflytelse (ibid).

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder, slik at hun kan utføre sin kunnskap i praksis. Eide og Eide (2011) beskriver at sykepleier må ha kunnskap om de kommunikasjonsmetoder som et hjelpende verktøy.

Et kommunikasjonsverktøy kan være ”å bekrefte”. Dette viser at man ser og forstår pasienten. Bruk av bekreftende kommunikasjon viser at vi forutsetter og uttrykker respekt og interesse for den andre. Dette handler om empatisk baserte responderende ferdigheter som sykepleier innehar. De vil formidle umiddelbart en bekreftelse og anerkjennende svar på hva pasienten uttrykker. Profesjonell kommunikasjon skal vise at vi lytter. Her kan sykepleier bruke ord som, ”jeg skjønner”, ”jeg forstår”, eller medfølende ”så trist”, eller oppmuntrende ”så fint”, ”så bra”.

For oss som sykepleiere handler det om å oppdage og bruke samtalens gyldne øyeblikk. Her handler det om å få pasienten til å bruke sine egne ord som sykepleier igjen gir tilbake for at pasienten kan reflektere (speiling). Aktiv lytting og reflektering er en god strukturert måte sykepleier kan bruke i sin kommunikasjon med pasienter. Her handler det om å stille et spørsmål som gir refleksjon. Sykepleier kan stille spørsmål: ”Hva tenker du om det som har skjedd”? Etter at pasient har svart kan det komme et oppfølgingsspørsmål ”Kan du si litt mer om dette?”

Vi forstår at vi må kunne bruke kommunikasjonen som et verktøy for å oppnå noe, og når vi gjør det viser vi som sykepleiere at vi er interessert og følger med. Pasienten vil da føle seg sett, forstått og ivaretatt. I samtale med pasienter kan det også være lurt å tydeliggjøre og konkretisere. Hvis noe er uklart er det nødvendig og utforske dette, slik at en kan skape et tilstrekkelig bilde. Dette kan både være av problemer, følelser, oppfatninger, relasjon, forventninger eller annet. Det som er uklart for sykepleier kan også være uklart for pasienten. Pasienter som tar initiativ til samtale kan ha noe spesielt de vil snakke om. Men usikkerhet og blandede følelser som tristhet, hjelpeløshet kan komme i veien for problemet. Vi er enig i at vi som sykepleiere må "se" pasienten, samtidig som vi bruker kommunikasjonsverktøy for å tydeliggjøre problemet både for oss selv og pasienten. Her stiller sykepleier konkrete spørsmål samtidig som hun skaper interesse og trygghet, ved å ta i bruk et bredt spekter av responderende og bekreftende ferdigheter. Sykepleier følger tett både verbalt, nonverbalt, gjentar nøkkelord og benytter pauser aktivt. Sykepleier gir pasienten både støtte, tid og rom til å kjenne etter og sette ord på det han har på hjertet (Eide & Eide 2011).

Lukkede spørsmål begynner ofte med spørre pronomen som er: Hvor?, Hva?, Har?, Hvem? Og disse kan være fine å bruke i konkrete samtaler for å innhente informasjon. Et eksempel kan være innkomssamtalen hvor sykepleier stiller: Hva er ditt fulle navn?, Hvor bor du?, Har du barn?, Røyker du? Disse spørsmålene gir få svaralternativer, og den som stiller spørsmålene legger premissene viser lite av seg selv, og kontrollerer og styrer samtalen. Her skapes rollefordeling hvor pasienten føler seg henvist til å svare på nøyaktig det som man blir spurt om. Kommunikasjonen blir lineær, relasjonen asymmetriske og makten ligger hos den som spør (Eide & Eide 2011). Samtidig ser vi at denne kommunikasjonen er viktig i å kartlegge fakta som senere har betydning av videre undersøkelser.

Åpen spørsmål inviterer til utforskning, beskrivelse og forklaring. Det gir rom for pasienten til å snakke ut ifra egne følelser, tanker og opplevelser. Her ser vi at vi som sykepleiere kan benytte anledningen til å innhente informasjon fra innkomstsamtalen, men nå bruker vi åpne spørsmål. Sykepleier kan si: Jeg ser at du røyker. Hva tenker du om røyken nå etter at du har fått ditt andre hjerteinfarkt? Hvorfor røyker du? Hvor viktig er røyken for deg? Har du tenkt på hva røyken gjør med kroppen din, og har du motivasjon til å slutte?

Formålet med å stille åpne spørsmål er ikke først og fremst å innhente faktisk informasjon, men å få den andre til å snakke fritt og åpent om egne følelser og tanker. Som sykepleier kan man ut ifra sammenhengen ha ulike hensikter med å stille åpne spørsmål, men fellestrekk er gjerne at man vil hjelpe den andre til og utforske, klargjøre, utdype eller beskrive noe. Dette kan være tanker, følelser, erfaringer, faktiske forhold, eller annet (Eide & Eide 2011).

Yrkesetiske retningslinjene for sykepleier sier at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv, iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Dette skjønner vi betyr at vi som sykepleiere skal beskytte andre mot fare og bidra til å bestyrke pasienten til å ivareta egen helse og bruke sine ressurser. Dette er verdier som bare lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende. Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som kommunikasjon i dagliglivet. I vårt yrke som sykepleiere kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere.

De vi kommuniserer med er enten personer som av ulike årsaker trenger, søker eller er henvist til vår hjelp og assistanse. Men det er også kollegaer og andre profesjonsutøvere som vi samarbeider med for å yte hjelp. Profesjonell helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag (Eide og Eide 2011).

3.4 Om kommunikasjon i Empowermentprosessen.

Verdens helseorganisasjon (1998) definerte empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Ordet empowerment er opprinnelig engelsk og betyr å autorisere, gi tillatelse til, gi makt til eller istandsette (Tveiten, 2007). Kommunikasjonen skal være av den art at den fremhever betydningen av å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor og la pasienten beholde stor egeninnflytelse på sin helsesituasjon. I faglitteraturen kalles dette gjerne "Empowerment". Det er å la pasienter beholde mest mulig makt og kontroll, stimulere pasienten til og delta i beslutningsprosesser og utøve myndighet der dette er mulig og naturlig. Vi forstår det slik at empowerment er når pasienten har fått den informasjonen og kunnskapen som trengs, og da

gjør de nødvendige grepene for å ta ansvar for egen helse. Empowerment er en holding som kommer i uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon ved å involvere pasienten i beslutninger, og er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og som tar hensyn til pasientens beste (Eide & Eide 2011).

Empowermentprosessen betraktes som en prosess og som et resultat. Prosessen er svært arbeidskrevende den krever antagelig både mer tid og arbeid enn tradisjonelle virkemidler. Slik vi skjønner dette tar det antagelig kortere tid og krever mindre arbeidsinnsats å fortelle noen hva de skal eller bør gjøre, enn å bidra til at de selv finner ut av det. Vi som sykepleiere må respektere at hver enkelt pasient har hovedansvar for sin egen helse, og at det er flere sosiale aspekter av helsen som må vektlegges og respekteres. Vi som sykepleiere må gi pasienten mulighet til å ta egne beslutninger og handle på vegne av seg selv, men da trenger de informasjon og kunnskap til å gjøre dette. Det er kun pasienten som kan "empower" seg selv, men som sykepleiere kan vi hjelpe i prosessen. Tveiten (2007)

Tveiten (2007) beskriver at for å hjelpe pasienten i empowermentprosessen må vi som sykepleiere oppgi vårt kontrollbehov og heller verdsette pasientmedvirkning. Vi forstår dette med at vi som sykepleiere må akseptere at pasientens avgjørelse kan være annerledes enn den vi selv ville tatt. Tillit er et nøkkelord i empowermentprosessen og den skapes ved at vi som sykepleiere viser interesse for pasienten. Det vil si at vi bruker tid, ser han eller henne, bruker navnet og virkelig lytter, vi viser at vi vil pasienten vel og forholder oss til pasienten med respekt. En konsekvens av å bruke empowermentprosessen i arbeidet som sykepleier er at vi må endre vår oppfatning av egen rolle. Dette skjønner vi med at vi må se pasienten som en likeverdig partner i helseteamet og at vår rolle er å støtte og styrke pasienten og familien. Empowerment er et resultat av selvbevissthet, utvikling og ressurser hos pasienten, ikke av helsetjenesten som sådan. Denne nye måten å tenke på krever ny kompetanse og spesiell kompetanse i forhold til å bidra i prosessen. Alle kan utvikle empowerment forutsatt evne og vilje til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse. Vår forståelse for dette er at vi sammen med pasient må reflektere over hvordan pasienten oppfatter sin sykdom, hvilke muligheter pasienten ser og klarer å forandre for å fremme egen helse (ibid).

3.5 Health literacy.

Health literacy (HL) er et nytt begrep i det internasjonale folkehelsearbeidet, spesielt i Norge. På norsk oversettes Health literacy til: Helsefremmende allmendannelse. (Finbråten & Pettersen 2012).

HL defineres av Finbråten & Pettersen (2012). slik:

”personlig, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse.” (s.64)

Forventninger om at enkeltpersoner skal kunne ta selvstendige avgjørelser angående helse øker både i hverdagen og i klinisk sammenheng. I et helsefremmende perspektiv trenger befolkningen derfor ferdigheter i å kunne kritisk sortere helseinformasjon, for å forebygge og mestre enkelte sykdommer kanskje spesielt livsstilssykdommer (Mårtensson & Hensing 2011). Health literacy (HL) handler ikke om selvstendige avgjørelser som den enkelte tar angående helse. HL handler i stedet om en av de mange faktorerne som påvirker hvilke beslutninger den enkelte tar. Det handler også om den enkeltes evne til å tilegne seg, forstå og bruke informasjon for å opprettholde, fremme eller forbedre egen helse (Mårtensson & Hensing 2011).

Tilgang til lett tilgjengelig, relevant og pålitelig informasjon er en forutsetning for HL. Men det kreves også individuelle kognitive og sosiale ferdigheter. Dette forstår vi med at når vi som sykepleier gir informasjon skriftlig og muntlig til pasienten må vi som sykepleiere være bevisst og ta hensyn til pasientens HL. Fordi vi vet at HL har betydning for pasientens forståelse av informasjonen (Finbråten & Pettersen, 2012).

HL kan defineres som høy og lav og deles inn i tre nivåer. For at en person skal kunne fremme egen helse, løse helse problemer og være aktiv i valg av tiltak og beslutninger i egen helse, krever et visst nivå av HL (ibid).

HL består av tre nivåer:

- ✓ Functionel Health literacy (FHL).
- ✓ Interactive Health literacy (IHL).
- ✓ Critical Health literacy (CHL).

3.5.1 Functionel Health literacy (FHL).

Det første nivået er beskrevet som en Functionel Health literacy (FHL) kan oversettes til norsk som funksjonell helsefremmende allmenndannelse. Dette nivået omhandler lese- og skriveferdigheter samt basale kroppskunnskaper som er av avgjørende for å forstå og kunne følge enkle helseråd. Mennesker med manglende skrive- og leseferdigheter vil trolig ha problemer med å forstå informasjon og kunnskap som blir formidlet av helsepersonell. Dette gjelder informasjon som gis både skriftlig og muntlig. Mennesker som er i dette nivået har trolig lav helsefremmende allmenndannelse. Vi skjønner at i den FHL finner vi personer som har vanskeligheter med å skjønne instruksjoner og informasjon. Og denne gruppen er ikke spesielt opptatt av helsefremmende tiltak fordi de ikke skjønner eller har helsekunnskaper. Slik vi forstår det kan mennesker med livsstilssykdommer på grunn av uheldige levevaner være på dette nivået av HL. (Finbråten & Pettersen, 2012).

3.5.2 Interactive Health literacy (IHL).

Interactive Health literacy (IHL) dreier seg om FHL og kommunikasjon- og samhandlingsferdigheter for å kunne ivareta egen helse i samråd med profesjonelle helsearbeidere. Dette innebærer at man har kunnskap og kjenner de ulike hjelpeinstanser i helsevesenet og hvordan disse brukes. Her forventes det at personer tar mer ansvar for egen helse. Slik vi skjønner dette har allerede personer på dette nivået noe grunnleggende ferdigheter i helse, og det forventes at de tar mer ansvar for egen helse. (Finbråten & Pettersen, 2012). Vi forstår at det som forventes av en person ikke nødvendigvis er det som tilsier at personen tar ansvar for egen helse.

3.5.3 Critical Health literacy (CHL).

For å ha Critical Health literacy (CHL) må de to andre nivåene (FHL og IHL) også ligge til grunn. Her har individet ferdigheter i kritisk tenkning og kritisk evaluering av all helseinformasjon og kunnskap man mottar, samtidig som man bruker informasjonen på en adekvat måte for å kunne fremme egen helse. Personen har evne til problemløsninger og handler deretter. (Finbråten & Pettersen, 2012). Dette skjønner vi med at personen forstår behandling, undersøkelser og forebygging av egen helse.

Personer med lav HL har trolig begrenset kunnskap og evne til å kunne ta sunne valg og tilpasse seg en helsefremmende livsstil. Internasjonale studier har vist at lav HL ofte befinner seg hos personer som har reinnleggelser for typiske livsstilssykdommer. (Finbråten & Pettersen, 2012). Men HL er også situasjonsbundet, det vil si at personer med høy HL (eksempelvis en lege el. sykepleier) kan ha like stort behov for informasjon i en sykdomssituasjon. Som helsepersonell kan vi ta for gitt at helsepersonell som rammes av sykdom og som vi yter sykepleie til har en høy HL. Vår oppfattelse kan være at de allerede har gode kunnskaper i helse og dette kan medføre at vi unnlater å informere i like stor grad som vi gjør ved en annen pasient. (Mårtensson & Hensing 2011).

4. Tolkning av teoretikere.

Vi valgte Joyce Travelbees sykepleieteori på grunn av vårt valg av tema som er kommunikasjon. Kommunikasjon er et nøkkelord i Travelbees teori for å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Aron Antonovsky har vi valgt ettersom kommunikasjonen i oppgaven handler om å formidle kunnskap og informasjon til pasienten, slik at pasientens innsikt i eget helsetilstand øker. Antonovsky mener at individets opplevelse av sammenheng har betydning når individet skal forstå sin situasjon og handle deretter.

4.1 Joyce Travelbee.

Joyce Travelbees (2001) definisjon på sykepleie er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.”(s. 29)

Travelbee (2001) hevder at sykepleier er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleiers mål og hensikt bare kan oppnås ved å etablere et ”menneske- til- menneske- forhold”.

For å danne et ”menneske- til- menneske- forhold” må man gjennom flere faser. Disse fasene består av det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati, etablering og gjensidig forståelse. I disse fasene gis håp og mestring.

I det innledende møte kjenner ikke pasient og sykepleier hverandre, og de baserer sine oppfatninger på stereotyper. Sykepleier forholder seg til pasienten som en hvilken som helst pasient. Pasienten forholder seg til sykepleier ut i fra sine forventninger til sykepleiere som er generelt. utfordringen til sykepleier er å bryte dette mønsteret og se mennesket og ikke pasienten. ”Se” han som et eget menneske. Sykepleier må overskride sitt eget seg selv og interessere seg for pasienten som menneske. Hvis vi som sykepleiere mangler evne til å ”se” mennesket i pasienten blir omsorgen overfladisk, upersonlig og mekanisk. Kun enkelt personer greier å etablere relasjoner som ikke bare er kategorier eller stereotyper. Travelbee tar avstand fra å se mennesket som et objekt som rollen ”pasient”.

Travelbee (2001) mener at for å kunne gi håp, mestring og hjelp, må vi se mennesket bak pasienten. Ifølge Travelbee (2001) vil pasienten og sykepleier se identiteten av den andre etter hvert som interaksjonen utvikler seg og rolleoppfatningen blir svakere. Det er da sykepleier oppfatter pasienten forskjellig fra andre pasienter, og pasienten oppfatter sykepleier som særegen og forskjellig fra andre sykepleier.

Empati er evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Når vi som sykepleier har empati kan vi delta i og forstå den andres tanker og følelser, men samtidig holde vi vårt eget liv atskilt fra den andre. Når empati vises i situasjoner med et annet menneske oppleves nærhet og kontakt. I sykepleiersammenheng gir empatisk forståelse viktig informasjon når det gjelder å forstå og ”se” den andres indre opplevelse og ytre adferd. Ved empati mellom sykepleier og pasient forandres forholdet mellom disse og et bånd knyttes (ibid).

I en profesjonell situasjon og sammenheng forplikter sykepleier seg på en særlig måte ovenfor pasienten. Opplevelsen av nærhet vil gjøre pasienten mer sårbar og utsatt en tidligere. Pasienten har vist sykepleier tillit ved å åpne seg og være personlig og han vil bli desto mer skuffet dersom sykepleieren skulle foreta seg noe som gir han følelsen av at hans tillit blir svekket. Empati oppstår ikke tilfeldig beskriver Travelbee (2001) men bygges på visse likheter i partenes erfaringsgrunnlag. Dette vil si at et menneske ikke forstår noe som det ikke på en eller annen grunn kan knytte til egne erfaringer. Det er derfor urealistisk å forvente at vi som sykepleiere skal kunne ha empati med alle slags pasienter. For å kunne forstå pasientens opplevelse av sorg, lidelse, bitterhet eller glede må vi selv ha opplevd tilsvarende følelser. De fleste følelser er allment kjent men det finnes også reaksjoner som virker helt fremmede på oss, fordi vi mangler tilknytningspunkter til dem. I slike situasjoner er det vanskelig å dele den andres opplevelse. Empati utvikles på grunnlag av sykepleiers samlede livserfaring og gjennom ulike erfaringer i møte med pasienter. Hvis sykepleier har et ønske om å forstå pasienten kan det være motiverende for sykepleiers omsorgsverdier (ibid).

Sympati er resultatet av den empatiske prosessen. Travelbee (2001) beskriver empati som en nøytral forståelse 4mens sympati er knyttet opp til ønske om å hjelpe pasienten. En direkte handling.

Travelbee (2001) sier:

”Empati blir sympati når den mentale resonanse tilføyes ønsket om samarbeid eller hjelpe. Sympati rommer en varme eller tilskyndelse til å handle som ikke er tilstede i empati. Denne empatiske person kan oppfatte den andres ubehag, forså hva som skyldes og forutsi hva slags atferd det vil resultere i. Men den sympatiske personen vil føler den andres ubehag. Han blir rørt av det og ønsker å gjøre noe aktivt for å avhjelpe eller lette tilstanden” (s. 143)

I Travelbee`s (2001) siste fase etableres et menneske- til- menneske- forhold. Dette er nært og av gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Dette er resultatet av interaksjonen i de tidligere fasene og den utvikles når sykepleier i handling viser pasient at hun både forstår og ønsker og hjelpe pasienten med å få det bedre. For å nå dette nivået må vi som sykepleier både ha ønske om å hjelpe, inneha kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleiertiltak i samsvar med pasienten.

Kommunikasjon er et nøkkelord i Travelbees (2001) teori for å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Kommunikasjon gjør at sykepleier blir kjent med pasienten som et menneske og med det formålet kan sykepleier oppnå sine mål og hensikt. For å skape menneske- til- menneske- forholdet er kommunikasjon en proses der to eller flere kan formidle sine følelser og tanker seg imellom. Når mennesker møtes utspiller det seg kontinuerlig kommunikasjon som ord, berøring, mimikk, tonefall og bevegelse. Gjennom denne måten og kommunisere på mener Travelbee (2001) at sykepleier blir kjent med pasienten, og at sykepleier kan skille den fra andre pasienter. For å kunne bli kjent med pasienten som en person ved å identifisere hans behov vil det være en forutsetning at sykepleier kan planlegge, samt utføre en sykepleie som samsvarer med behovet til pasienten.

Travelbee (2001) sier:

”Vi mener at det å lære den syke personen å kjenne er en like opplagt og nødvendig sykepleieaktivitet som det å utføre prosedyrer eller sørge for fysisk omsorg. Enhver samhandling kan fremme den prosessen det er å lære (pasienten) å kjenne. Dersom samhandlingen ikke bevisst oppfattes som en måte å oppnå dette målet på, er det en stor fare for at de aktivitetene sykepleieren utfører, vil få forrang framfor det enkeltmennesket som aktiviteten utføres for”.

Kommunikasjonen er sentral for at sykepleier kan sikre tiltakene i samsvar med pasientens behov og at disse iverksettes. Detaljert kommunikasjonsferdigheter og teknikker er noe sykepleier må jobbe med hevder Travelbee (2001). Kommunikasjonsteknikker er verdifulle hjelpemidler når en vil oppnå bestemte hensikter og resultater. Men de er ingen mirakelkurerer som automatisk fører til god kontakt mellom sykepleier og pasient. Vi forstår at det ikke finnes noen magiske fraser som vi sykepleiere kan bruke. Men sykepleier må være fortrolig med sine metoder og kunne bruke dem, og vite hva en ønsker og oppnå med dem. De forskjellige kommunikasjonsteknikkene må heller ikke gå på bekostning av det som er spontant og naturlig i samhandlingen med pasient.

Travelbee (2001) sier at sykepleier som bruker seg selv terapeutisk er en profesjonell sykepleier. I sykepleiesammenheng innebærer dette å bruke sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i interaksjonen med pasient. Dette vil bidra til å fremme et ønske om forandring hos pasienten. Forandringen vil være terapeutisk ved at den bidrar til å minske eller lindre plagene til pasienten. Som sykepleier må vi være bevisst på hvordan vår adferd kan innvirke på pasienten når vi jobber terapeutisk. Vi forstår at gjennom praktiske erfaringer og teorier utvikler sykepleier seg kontinuerlig.

Ifølge Travelbee (2001) vil kommunikasjon være et middel for å kunne bli kjent med pasienten, forstå, møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å kunne mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er en tosidig prosess og det vil være svært viktig at sykepleier forstår pasientens budskap både verbalt og nonverbalt, slik at sykepleieren kan bruke denne informasjonen til å planlegge samt iverksette sykepleiertiltak.

4.2 Aron Antonovsky.

Begrepet salutogenes kommer fra latinets salu som betyr helse og fra det greske ordet genesis som betyr opprinnelsen. Med andre ord helsens opprinnelse. Perspektivet salutogenes fokuserer på faktorer som forårsaker og opprettholder helse. Det motsatte av salutogenes er patogenese som i sin tur forsøker å forklare hvorfor mennesker blir syke.(Antonovsky, 2012). Han beskriver at mennesker hele tiden beveger seg mellom to poler av helse og uhelse (salutogenes og patogenes). Han mener at ved sorg, tap og sykdom flytter mennesket seg nærmere polen av uhelse men at noen mennesker overvinnes sterke påkjenninger uten at de får fysiske eller psykiske skader. Antonovsky (2012) formulerte teorien med begrepet Sense of Coherence (SOC) 1979 som er et viktig begrep i den salutogene tilnærming. På norsk oversettes dette til ”opplevelsen av sammenheng”(OAS). Den kan defineres som svak og sterk.

Antonovsky (2012) definerer OAS slik:

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige,(2) man har ressurser nok til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i”
(s.41).

Tre komponenter ligger til grunn og former begrepet OAS. Disse tre komponentene er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det betyr at den enkelte forstår sin verden og kan håndtere det som skjer og den energien som det koster for å håndtere hverdagen anser den enkelte som meningsfullt (ibid).

Begripelighet er den første viktige komponenten i begrepet OAS. Den refererer til hvilken grad den enkelte opplever indre og ytre stimuli. Informasjonen er ryddig, rasjonell, konkret, sammenhengende, strukturert og oversiktlig. Opplevs den indre og ytre informasjonen som kaotisk, tilfeldig og uforklarlig vil det si at den ikke er forståelig for den enkelte (ibid).

Begripelighet forstår vi i denne sammenheng handler om at den enkelte kan bedømme

virkeligheten når overraskelser skjer, og at de da greier å forklare, ordne dem og at den enkelte forstår hvorfor det har blitt slik de blitt.

Den andre viktige komponenten i begrepet OAS som har betydning er håndterbarhet. Håndterbarhet er når den enkelte kan håndtere livets hendelser og opplever å ha kapasitet med å møte utfordringer. Eller helt enkelt at den enkelte har kapasitet til å holde ut med disse (ibid). Vi forstår dette med at håndterbarhet handler om i hvilken grad den enkelte oppfatter hvilke ressursene som er tilgjengelig for dem, og de ressurser som kan være til hjelp i møte med de krav som stilles. Vi forstår at det handler om både indre og ytre ressurser. Den indre ressursen handler om indre evner og personlige ferdigheter, mens den ytre ressursen kan være familie, venner, felleskap eller en høyere makt (GUD). Det vil si at håndterbarhet er når den enkelte på egen hånd eller med hjelp av andre kan takle alle de krav og vanskelige forhold som møter dem i livet (ibid).

Den tredje viktigste og siste komponenten i begrepet OAS er meningsfullhet. Meningsfullhet er i hvilken grad den enkelte føler at livet har en følelsesmessig betydning. Den enkelte finner det verdt å investere energi og engasjement i utfordringene, krav og de problemene som livet stiller. Meningsfullhet er når den enkelte har en følelsesmessig grunn som gir livsglede og mål i livet som man vil strebe for, selv når livet tar en uønsket retning. Meningsfullhet ses som den viktigste komponenten i begrepet OAS, fordi meningsfullhet er den motiverende komponenten (ibid).

Vår tolkning av OAS er at håndterbarhet er nært knyttet til begripelighet. For at den enkelte skal oppleve å ha ressurser til å håndtere kravene de står ovenfor, kreves en klar forståelse. Men hvis den enkelte mangler meningsfullhet, men har forståelse og ressursene til å handle, kommer den enkelte over tid til å miste mer og mer av sin forståelse og kontroll over ressurser. Men i andre hånd om den enkelte har meningsfullhet, men mangler forståelse og håndterbarhet kan man forvente stort engasjement i den enkeltes søk etter forståelse og ressurser, som på sikt kan føre til sterkt OAS.

5. Drøftning.

I denne delen skal vi drøfte vår problemstilling. Problemstillingen ble skapt ut i fra vår erfaring om at mange pasienter med livsstilssykdommer på grunn av uheldige levevaner, har reinnleggelser og at de ikke har foretatt noen tiltak for uheldige levevaner. Vår opplevelse er at mange av disse pasienter har dårlig kunnskap og innsikt i egen helsetilstand.

Vår problemstilling ble derfor:

Hva påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient når sykepleier skal formidle informasjon og kunnskap til en pasient med livsstilssykdom? Slik at pasientens innsikt i eget helsetilstand øker.

Vi tar utgangspunkt i Travelbees sykepleiefilosofi og den teorien vi har beskrevet, samt pasienten som blir nevnt i presiseringen av vår problemstilling. For å få et personlig og menneskelig preg over drøftingen har vi valgt å kalle pasienten "Lars". Vi vil i drøftningen trekke inn vår egen erfaring fra praksis og faktorer som vi mener påvirker kommunikasjonen, samt Lars sin forståelse av informasjon som er gitt.

Når vi møter Lars som er reinnlagt på grunn av sitt andre hjerteinfarkt og som har uheldige levevaner, samt dårlig kunnskap og innsikt i eget helsetilstand, er det svært viktig at vi som sykepleiere gir informasjon og kunnskap til Lars slik at hans innsikt i egen helsetilstand øker. Vi mener at informasjonen skal bestå av hva et hjerteinfarkt er, hva som er underliggende årsaker og hva som kan påvirke så at progressen av hans sykdom reduseres.

Informasjonen og kunnskapen som vi gir skal være kunnskapsbasert teori og forskningsbasert. Informasjonen skal være relevant og innsiktsrik for Lars. I kommunikasjonen mellom Lars og oss skal hans følelser, tanker og behov ivaretas.

For å oppfylle sykepleiers mål og hensikt skal vi hjelpe Lars å finne mening med sykdommen ifølge Travelbee`s (2001) tenkning. Hun mener at sykepleiers mål og hensikt bare kan oppnås gjennom å etablere et menneske- til- menneske- forhold.

Vi er enig med Travelbee og ser at en god relasjon mellom sykepleier og Lars er svært viktig, for at vi skal forstå hans behov og ressurser. For å kunne danne et menneske- til- menneske- forhold må vi som sykepleier gjennom flere faser, ifølge Travelbee (2001). Å greie å etablere et menneske- til- menneske- forhold med Lars mener vi krever en kontinuitet mellom sykepleier og Lars. Dessverre er det iblant arbeidsstedets organisasjon som påvirker kontinuiteten. Med det mener vi at små stillingsbrøk gjør at det er mange sykepleiere i omløp og at sykepleiere ofte går i turnus. En allmennt medisinsk avdeling kan være oppdelt i ulike team, det vil si at sykepleieren går mellom de forskjellige teamene. På grunn av dette er mange sykepleiere som er innom Lars. Det er ikke sikkert at den sykepleieren som møter Lars når han blir innlagt er den samme sykepleieren som møter han dagen etterpå. Dette ser vi som en faktor som kan påvirke kommunikasjonen og dermed påvirker den informasjonen som blir gitt til Lars.

Vi mener at manglende kontinuitet kan gjøre det vanskelig for sykepleier å etablere et menneske- til- menneske- forhold gjennom kommunikasjon. Travelbee (2001), mener at kommunikasjonen er et nøkkelord og at det er helt avgjørende for å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Hun sier at kommunikasjonen hjelper sykepleier til å bli kjent med mennesket bak pasienten og at sykepleiere gjennom kommunikasjon kan oppnå sine mål og hensikter.

For at vi som sykepleiere skal være i stand til å møte Lars sitt behov må vi ta del i hans opplevelse, tanker, meninger, sorger og gleder. Dette krever at Lars tør å åpne seg for oss og at han har tillit til oss som sykepleiere. For å få fremvekst av identiteter kreves det at interaksjonen mellom sykepleier og Lars utvikles, som igjen gjør at sykepleier og pasientrollen blir svakere. Da kan sykepleieren og Lars se hverandre som mennesker (ibid). I møte med Lars må vi som sykepleier reflektere over vår kommunikasjon. Tveiten (2007) beskriver at 55-97 % av kommunikasjonen vår er nonverbal kommunikasjon. Vår erfaringen tilsier at sykepleiers arbeidsdag kan være stressende og travel, og at sykepleieren ubevisst kan formidle non-verbale budskap som kan være et stressende kroppsspråk. Lars kan da oppleve det som om at vi ikke har tid eller anledning til å møte hans behov.

Vi ser at dette også kan være en faktor som påvirker kommunikasjonen og gjør at Lars ikke får tillit til oss.

Hummelvold (2010) sier at det første møte mellom to mennesker skal oppleves som enestående og unikt. Han mener at akkurat dette første møte ikke kan gjøres om igjen. Dette må vi tenke på som sykepleiere. Vi må reflektere over vår non-verbale og verbale kommunikasjon, slik at Lars føler at det første møtet er godt. Hummelvold (2010) mener at grunnlaget for videre kommunikasjon ligger i gjensidig respekt. Med en gjensidig respekt blir det lettere for Lars å få tillit til oss.

Å skape en god relasjon kan være tidskrevende. Med kort sykehus opphold og en travel hverdag vet vi at det ikke alltid er mulig for oss å foreta en god kommunikasjon med Lars. Lars sin opplevelse, tanker og behov blir ikke ivaretatt og prioritert. Tidsklemme og sykepleierens prioriteringer ser vi som en faktor som kan påvirker kommunikasjonen. Dette kan bidra til at Lars kanskje ikke får den nødvendige og tilstrekkelige informasjonen som han trenger, og at dette også kan være grunnen til at han har dårlig kunnskaper og innsikt i egen helsetilstand. En studie viser at kort sykehusopphold for hjerteinfarkt pasienten reduserer muligheten for forebygging av risikofaktorer (Cosette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau & Guertin 2012).

Vår erfaring tilsier at det å bli rammet av et hjerteinfarkt kan være en traumatisk opplevelse for Lars og kan sette han i en krisereaksjon. Det finnes ingen klare grenser mellom de ulike fasene i krisereaksjoner og det er usikkert hvor lenge en fase kan vare (Eide & Eide 2011). Derfor ser vi at når vi som sykepleiere formidler informasjon og kunnskap til Lars må vi ta hensyn til krisereaksjoner. Vi vet at i de forskjellige fasene er det mulig at Lars holder tanker og følelser unna. Vi må være bevisst på at informasjonen som gis av oss ikke alltid når inn til han og at vi må gi samme informasjon flere ganger. Vi ser at det derfor kan bli en utfordring og gi tilstrekkelig informasjon og kunnskap til Lars når faktorer som krise og krisereaksjoner ligger til grunn. Pasientrettighetsloven (2009) beskriver at pasienter skal få den informasjonen som er nødvendig for den enkelte pasient, og at denne skal være tilpasset pasientens

forutsetninger. I en krisesituasjon ser vi at forutsetningen for Lars ikke er optimal for å motta informasjon og kunnskap. Vi mener at om han befinner seg i en krise, vil krisen være ytterligere en faktor som kan påvirke kommunikasjonen og Lars sin forståelse av informasjonen som blir gitt.

Når en pasient blir innlagt med akutt hjerteinfarkt har sykdomsforløpet ulike faser. I den akutte fasen arbeider helsepersonell ofte under tidspress. Vår erfaring tilsier at førsteprioritet er å stabilisere pasienten og minimalisere skadeomfanget i hjertet, noe som gjør at medisinskbehandlingen prioriteres først. Vi vet at pasientmedvirkning og informasjon i denne fasen er lite prioritert. Pasienten kan være smertepåvirket, angstfull eller påvirket av medisiner. Vi mener at informasjon som vi gir til Lars i denne tilstanden, gjør at ikke all informasjon går inn hos han. I en studie som har foretatt intervjuer av sykepleiere og pasienter, ble det spurt om hva pasienten og sykepleiere mente om pasientmedvirkning i sykdomsforløpet ved akutt hjerteinfarkt? Studien konkluderte med at det var verdifullt og ønskelig fra begges sider med pasientmedvirkning når sykepleieren og pasienten møttes. Men både sykepleiere og pasienten så pasientmedvirkning primært som formidling av informasjon. Aktiv deltakelse i medisinske avgjørelser var mindre vektlagt. Pasientmedvirkning ble vurdert spesielt vanskelig å oppnå under den innledende akutte fasen ved hjerteinfarkt. Men man så at det var like viktig å få informasjon i denne fasen (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz , 2009).

Om pasientmedvirkning skal oppnås i alle faser, må pasienten gjøres oppmerksom på deres rettighet til å medvirke i beslutninger og behandling. Dette krever støtte, oppmuntring, informasjon og kunnskap. Det man så som et hinder i pasientmedvirkning var at pasienten hadde for dårlige medisinske kunnskaper til å medvirke i avgjørelser og tiltak i egen behandling, og at det var mangel på sykepleiere og sykepleieres tid. Likeledes vil helsepersonell trenger støtte og opplæring for å utvikle hensiktsmessige kommunikasjonsferdigheter for hver fase i sykdomsforløpet. (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz , 2009).

Sykepleieren har en nøkkelrolle når det gjelder å formidle kunnskap til pasienten og pasientens familie i henhold til endringer i livsstilssvaner. Sykepleierens kunnskap om sykdom og pasientopplæring kan bidra til optimalt pasientresultat. Ettersom det er begrenset med studier gjort i henhold til sykepleierens kunnskaper, er det mulig at sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskaper i å formidle informasjon og kunnskaper på en adekvat og riktig måte til pasienten. Hvis pasienten ikke er riktig utdannet, er det urealistisk å forvente at de skal selv inneha ferdigheter for egen behandling i henhold til endringer av livsstilssvaner (Washburn & Hornberger, 2008). Vi er enige i dette, fordi vi ser og vet at sykepleierens kompetansenivå varierer ut i fra erfaring og opplæring.

I Yrketsetiske retningslinjer (2011) står det at vi som sykepleiere skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved at vi gir tilstrekkelig informasjon og at vi skal forsikre oss om at informasjonen er forstått. Informasjon som blir gitt av oss kan både være skriftlig og muntlig. Den skriftlige informasjonen kan bestå av eksempelvis brosjyrer, disse brosjyrene tar ikke hensyn til Lars forutsetninger, personlige behov eller ressurser. For at Lars skal kunne skjønne informasjonen som vi gir må vi som sykepleiere vite noe om Lars ståsted. Her ser vi at Health literacy (HL) spiller en stor rolle. HL handler om at Lars skal ha personlige, kognitive og sosiale ferdigheter. Disse personlige, kognitive og sosiale ferdighetene er avgjørende for hans evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Finbråten & Pettersen, 2012). Vi vet at HL deles opp på flere nivåer og det er her vi som sykepleiere må finne ut av hva slags HL nivå Lars har.

Internasjonale undersøkelser har vist at lav HL forekommer ofte hos personer som blir gjentagende ganger reinnlagt for typiske livsstilssykdommer.(Finbråten & Pettersen 2012). Pasienter med lav HL viser også at de har dårligere etterlevelse av medisinske instruksjoner, og at forebyggende tiltak blir mindre brukt (Mårtensson & Hensing 2011).

Det vi vet om HL betyr nødvendigvis ikke at vi ikke kan gi forståelig informasjon til Lars. Men det krever mer tid og det må gis på hans nivå av HL. Det finnes ingen bra målingsmetoder for å finne ut hvilket nivå av HL Lars befinner seg i. Men med kunnskap om HL kan vi bruke HL som et verktøy når vi formidler informasjon og kunnskap til Lars. (Mårtensson & Hensing 2011). For å vite om den informasjonen vi har gitt og om den er forstått av Lars, er det viktig at han får tid til å fordøye informasjonen. Vi må da tilstrebe og gå tilbake til Lars for å høre om han har forstått, men vi må også vite hva han har forstått og hvordan han har forstått informasjonen. Her må vi bruke kommunikasjonsverktøy som ”speiling”, ”åpne spørsmål”, ”tydeliggjøring” og ”reflektering” som gir Lars muligheten til å fortelle åpent om hva han har forstått (Eide & Eide, 2011). Først da kan vi gi Lars mer informasjon og kunnskap som han er i behov av og som tar hensyn til hans forutseninger, noe pasientrettighetsloven (2009) også sier at vi skal gjøre.

Vår erfaring tilsier at når informasjon gis til pasienter, er det ikke alltid mulig at sykepleier går tilbake for å spørre om informasjonen er forstått. En grunn til dette kan være at sykepleierens arbeidsdag er for hektisk og hun ikke rekker dette. Hvis det er slik at Lars har lav HL og at vi ikke er bevisst på dette og at vi ikke går tilbake for å høre hva han har forstått, ser vi også dette som en faktor som kan påvirke kommunikasjonen og informasjonen som blir gitt.

For å få Lars til å snakke åpent må vi prøve å skape en atmosfære hvor åpen kommunikasjon kan råde. Å etablere et forhold der Lars føler seg trygg er en viktig faktor uavhengig av samtalens formål, mener Hummelvold (2010) og Eide & Eide (2011). Travelbee (2001) beskriver også at menneske- til- menneske- forhold kun kan skapes ved at det etableres tillit og trygge rammer. Vi som sykepleiere skal derfor strebe etter og forberede praktiske forhold med hensyn til dette, ved å finne et sted hvor kommunikasjon kan skje trygt, sikkert og privat for Lars (ibid). Vi vet at på en allmennt medisinsk avdeling er det ulike prosedyrer og tradisjoner på hvordan sykepleier formidler informasjon, vedrørende pasientens helsetilstand. Dette har også med hvordan legevisitt og utskrivningssamtalen foregår. Vår erfaring fra praksis er at disse samtalene ofte ikke foregår på enkeltrom. Men at de skjer på pasientrommet hvor også det er en medpasient.

Hvis kommunikasjonen med Lars skjer på pasientrommet der også en medpasient befinner seg, vil ikke dette gi trygghet og kommunikasjonen blir ikke privat.

Lars vil muligens ikke åpne seg og stille spørsmål og det kan hende at Lars er mer opptatt av at nabopasienten ligger ved siden av og hører alt vi sier. Derfor er det mulig at Lars går glipp av innholdet i informasjonen vi formidler og at vi som sykepleiere ikke fanger opp om Lars har spørsmål. Dette kan igjen føre til at vi ikke forstår Lars sin opplevelse av situasjonen og hvilke behov han har. Vårt mål og hensikt er å hjelpe og gi assistanse til Lars slik at hans kunnskaper og innsikt i egen helsetilstand øker. Men vi ser at når vi setter Lars i denne situasjonen blir det vanskelig å oppnå vårt mål og hensikt. Dette ser vi som en faktor som kan påvirke kommunikasjonen og informasjonen som blir gitt.

Vår erfaring om å formidle informasjon og kunnskap både skriftlig og verbalt ofte fokuserer på risikofaktorer og tiltak til å minimalisere disse. Gode levevaner og livsstilsendringer står sentralt i veiledning hos hjerteinfarktpasienten. Helsepersonell er opplært til og har tradisjoner for å være sykdomsfokusert. Pasientens problemer og begrensninger vektlegges i mindre grad. Det er ofte slik at pasientenes ressurser og muligheter gjerne blir oversett, og derfor ikke utnyttes til å fremme helse (Netland, Fålund & Norekvål, 2011).

Det å formidle informasjon og kunnskap om sunne levesett kan for mange oppleves moraliserende og gi skyldfølelse (ibid). Med tanke på dette kan Lars som har uheldige levevaner føle skyld og skam i forhold til sitt andre hjerteinfarkt. Det akutte hjerteinfarktet kan for Lars ikke bare være en kroppslig hendelse men den kan påvirke hans identitet og følelser, som dermed påvirker inn i hans eksistensielle livsoppfatning.

Sykehusoppholdet ved et ukomplisert hjerteinfarkt er i dag vanligvis 3 – 6 dager (Netland, Fålund & Norekvål, 2011) & (Cosette, Frasure-Smith, Dupuis, Juneau & Guertin 2012).

Dette sier oss at det korte sykehusoppholdet ikke gir Lars tid til refleksjon og kartlegging av hans personlige og subjektive aspekter ved sin sykdom. Her ser vi enda en faktor som kan påvirke kommunikasjonen og Lars sin forståelse og oppfatning av informasjonen.

Antonovsky (2012) mener at alle mennesker har en ”opplevelse av sammenheng” (OAS). Når vi møter Lars må vi være bevist på dette. Lars sin OAS er hans personlige livsoppfatning. Dette handler om hvordan Lars forstår og hans følelse om å ha ressurser til å håndtere de kravene han stilles ovenfor i situasjonen. For at Lars skal forstå og klare av å håndtere sin situasjon må han ha en meningsfullhet. Derfor bør vi i kommunikasjonen med Lars vektlegge hans sterke sider og hva som er viktig for Lars i hverdagen. Er det slik at vi kartlegger at Lars ikke har noe som gir meningsfullhet i hverdagen hans, vil den informasjonen og kunnskapen vi gir til Lars bli mindre forståelig.

Kommunikasjonen skal være å styrke Lars og mobilisere hans krefter samt nøytralisere krefter som påvirker avmakt (”Empowerment”). (Netland, Fålund & Norekvål, 2011). Lars sin medvirkning og kontroll står sentralt i empowermenttenkningen. Empowerment forutsetter at Lars selv ønsker medbestemmelse. Men det innebærer ikke at Lars sin rett til medvirkning fratrar oss ansvaret. Vi har myndighet i kraft av vår fagkunnskaper. Maktfordelingen innebærer redusert paternalisme, men vanskelige problemstillinger må ikke overlates til Lars. Vi må være bevisst i forhold til maktbalansen mellom oss og Lars. Maktbalansen er nødvendig i styrkende kommunikasjon og veiledning til Lars (ibid). Lars sin emosjonelle tilstand og vårt tidspress kan føre til mindre medbestemmelse og undertrykking av potensielle ressurser. Tveiten (2007) sier at empowermentprosessen krever tid og mer arbeid en tradisjonelle virkemidler. Her ser vi at det kan være vanskelig for oss som sykepleiere å få til denne prosessen fordi Lars har et kort sykehusopphold. Begrenset tid er et gjennomgående tema i all pasientomsorg, også i forbindelse med utreiser fra sykehus. Utskrivningsrutiner i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt er vanligvis konsentrert om objektive data knyttet til sykdomshendelsen (Netland, Fålund & Norekvål, 2011). Her ser vi at Lars kan være lite mottakelig for informasjonen vi gir, fordi han ser frem til å komme hjem. Dette er en vesentlig faktor som også kan påvirke kommunikasjonen og den informasjonen som Lars får med seg.

Behandling av hjerteinfarkt (Revaskularisering) samt medisinsk behandling har blitt en revolusjon, og man ser at pasientene overlever og blir fort utskrevet etter hjerteinfarkt. Sett bort i fra dette ser man at risikofaktorer som inaktivitet, røyking, diett og stress gjenstår som en viktig faktor for å redusere nye hjerteinfarkt. Med bare å behandle det akutte hjerteinfarkt uten å ta opp de underliggende årsakene til sykdommen er nytteløst. (Cossette, Smith, Dupuis, Juneau, Guertin, 2012).

Vi må gi informasjon og kunnskap til Lars om de underliggende årsakene til hvorfor hjerteinfarkt oppstår. Det er ulike tradisjoner og rutiner på hvordan en utskrivningssamtale gjennomføres på de forskjellige sykehusene. Vår erfaring tilsier at legens utskrivningssamtale består ofte av at pasienten får beskjed om at de skal hjem på legens vitittrunde. For at Lars skal få informasjonen gjentatt en siste gang før han reiser hjem, ser vi at han bør få en god utskrivningssamtale med oss som sykepleiere. Dette bør skje i enerom hvor det er trygt for Lars å stille spørsmål og gi uttrykk for sin opplevelse og hva han trenger hjelp til. Lars bør få tilbud og bli oppmuntret til å ha med seg sin nærmeste pårørende, ettersom informasjonen og kunnskapen som vi skal formidle i stor grad har med hele familiens levevaner å gjøre.

I en studie gjort av Cossette, Smith, Dupuis, Juneau, Guertin (2012) blir det foretatt intervensjon på mannlige gifte arbeidere som har gjennomgått hjerteinfarkt uten komplikasjoner. Disse pasientene hadde liggedøgn på gjennomsnittlig 3,6 dager. Sykepleierne gjorde intervensjon i forhold til å ta opp de underliggende årsakene til hjerteinfarkt og livsstilsendringer, gjennom en lang utskrivningssamtale. Pasientene ble også oppringt 3 dager etter utskrivning og de fikk også tilbud om en oppfølgingssamtale på sykehuset en uke etter at de ble skrevet ut. Her ble det gitt mulighet til å ta med familiemedlemmer hvis de ønsket det. Det viste seg at de pasientene som gjennomførte dette hadde en 50 % større økning i å melde seg på rehabiliteringsstilbud og livsstilsendring kurs etter utskrivning (ibid). Hassen, Nordehaug & Hanestad (2005) kvalitative studieresultat viser at det er regelmessig forsømmelse av å oppfylle akutt hjerteinfarkt pasienters behov for informasjon, både under sykehusoppholdet og etter utskrivelse. Pasientene i studie mente og hadde foretrukket oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset, i form av en åpen telefonlinje eller at det ble opprettet telefonoppfølging med sykepleier.

Vår erfaring tilsier at det ikke er en rutine med sykepleierutskrivningssamtaler eller oppfølging etter utskrivning fra sykehuset. Vi mener at også dette er en faktor som påvirker kommunikasjonen og formidlingene av informasjonen og kunnskap til Lars.

6. Konklusjon.

Vår erfaring med pasienter som har reinnleggelse på grunn av livsstilssykdommer, har gjort at vi gjerne ville se nærmere på hva som kan være grunnen til at de legges inn igjen med samme symptomer, og hvorfor de har lite innsikt i egen helsetilstand. I første omgang vil vi gjerne konkludere med at vi har lært mye underveis i arbeidet med denne oppgaven. Vi har reflektert mye over våre holdninger og syn til pasienter med livsstilssykdommer. Arbeidet med denne oppgaven har gjort at vi har revurdert våre holdninger. Det vil si at vi har fått økt innsikt og forståelse på hvorfor mange av disse pasientene blir reinnlagt, og har dårlig innsikt i egen helsetilstand. Vi vet nå at det er mange faktorer som påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient som kan legges til grunn hvorfor situasjonen er som den er.

Vår oppgave viser at pasienter som har blitt rammet av hjerteinfarkt er i en spesiell situasjon, både sykdomsmessig og personsmessig. Vi ser også at vår situasjon som sykepleier blir spesiell i møte med disse pasientene.

Sykehusoppholdet for en hjerteinfarkt pasient ligger mellom 3-6 dager. Å bli rammet av et akutt hjerteinfarkt innebærer at sykepleier i første omgang prioriterer den medisinske behandlingen, framfor formidling av informasjon til pasient. Pasientens tilstand som krisereaksjoner, smertepåvirkning, angst og medisinpåvirkninger gjør at pasienten muligens ikke får med seg hva vi informerer. Pasienter som rammes av hjerteinfarkt kan stå fast i sjokkfasen på grunn av at de forlater sykehuset for fort, og de får ikke tilstrekkelig med tid til å bearbeide sine følelser, de får ikke mulighet til å samle seg innen de kommer hjem til hverdagen. Hassen, Nordehaug & Hanestad (2005) studie viser at pasientene opplever at informasjonen under sykehusoppholdet og etter utskrivning fra sykehuset er for dårlig. Studie viser også at pasienter ønsker å få informasjon kontinuerlig under hele sykehusoppholdet, og oppfølging etterpå. Resultatet fra denne studien gir en del informasjon som er nødvendig for å forbedre informasjonen til pasienten, oppfølging og støtte etter et akutt hjerteinfarkt.

Pasientenes nivå av health literacy (HL) har betydning for hvor mye og hva pasientene forstår av den informasjonen vi formidler. I dagens dato er HL lite kjent blant helsepersonell, derfor blir det ikke tatt hensyn til HL. Pasienter med lav HL blir gjentatte ganger reinnlagt på sykehus (Finbråten & Pettersen, 2012). Forskning viser at HL er en sterkere indikasjon for helsetilstand, enn sosialøkonomisk status, alder eller etnisk bakgrunn. Forskere mener også at høy HL påvirker positivt, i henhold til pasientens evne til egen tillit (self-efficacy) og makt til å bestemme selv (empowerment) (Mårtensson & Hensing, 2011).

Pasientenes opplevelse av sammenheng (OAS) blir lite vektlagt ved formidling av informasjon. I stor grad fokuseres det på riskfaktorer og minimalisering av disse når formidling av informasjon og kunnskap gis til pasientene (Nettland, Fålund & Norekvål, 2011).

Det finnes mange gode kommunikasjonsverktøy å ta i bruk når vi informerer pasientene, men mangel på tid, travel arbeidsdag og sykepleierens prioriteringer gjør at det blir vanskelig å få til en god kommunikasjon. For å få en god kommunikasjon kreves det at sykepleier og pasient har tillit til hverandre, dette er tidskrevende og krever en kontinuitet mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001). Små stillingsbrøk og turnus arbeid tilsier at det er mange sykepleiere i omløp og at kontinuiteten ikke kan opprettholdes.

Det korte sykehusoppholdet og pasientens situasjon både sykdomsmessig og personmessig gjør at det for sykepleieren er mange faktorer å ta hensyn til. Mulighet til å formidle informasjon og kunnskap til pasienten på en optimal måte ser vi er svært vanskelig. En travel arbeidsdag, tidsbrist og arbeidets organisasjon vanskeliggjør dette ytterligere. Men med større stillingsbrøk blir det mulig og opprette primærsykepleie til pasientene og sykepleier/pasient kontinuiteten forbedres. Prosedyrer i henhold til utskrivningssamtalen med sykepleier bør etterstrebes. Salutogene samtaleteknikker bør brukes og samtalen skal ha en pasientsentret tilnærming istedenfor sykdomssentret. Kunnskaper om health literacy bør få større fokus for alle helsepersonell. Oppfølging i en lengre periode etter sykehusoppholdet bør vektlegges og være en naturlig del i behandlingen, og pasientenes familie bør inviteres og gis muligheten til å involveres i pasientens behandling både under og etter sykehusoppholdet.

Flere observasjon og randomiserte studier viser at tverrfaglig tilnærming med pasientutdanning med fokus på strategier i selvledelse, er assosiert med goder som reduksjon i frekvensen av reinnleggelser. Totale sykehusdøgn og kostnader rundt sykepleie og omsorg ble redusert (Washburn & Hornberger, 2008).

Vi ser at det er opp til den enkelte pasient å foreta tiltak og ansvar for egen helse, men vi ser at vi som helsepersonell har et stort ansvar til å hjelpe pasienten til å forstå sin egen helsetilstand, og øke pasientens kunnskaper. Det er urealisk av oss helsepersonell å forvente store forandringer hos pasienten, hvis pasientens ikke har kunnskaper og innsikt i egen helsetilstand. Våre forventninger må samsvare med det arbeidet vi utfører.

Litteraturliste

*Antonovsky, A (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Cossette,S., Frasure-Smith,N., Dupius,J., Juneau, M & Guertin, M-C (2012). Tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment. *Nursing Research* 61(2),111-120. doi: 10.1097/NNR.0b013e318240dc6b

Dalland, O (2012). *Metode og oppgave-skriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Finbråten, S.H & Pettersen, K.S (2012). Helsesøstres oppfatninger av pasienter health literacy. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 1(8), 63-77

*Folkehelseinstituttet (2012). Hjerte- og karsykdommer- faktaark med helsestatistikk.

Lokalisert på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70806:15,4576:1:6043:1:::0:0

*Hassen, T.A, Nordrehaug, J.E & Hanestad, B.R (2005) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction/patients, and their preference for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4(1), 37-44

*Helse og omsorgsdepartement (2008), *St.meld. 47, Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

*Hummelvoll, J.K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Höglund, A.T., Winblad,U., Arnetz, B. & Arnetz,J.E (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infraction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 482-489. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x

* Information (2013). Lokalisert 12. februar 2013 på Wikipedia:
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Information>

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag

* Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63.(2012) Lokalisert på:
<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#map003>

*Mårtensson, L & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet.
Läkartidningen 51

*Netland,H., Fålund, N. & Norekvåls, T.M (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten.
Sykepleien 99(04), 50-52

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2008) *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe A/S

*Norsk helseinformatik (2012) Livsstilssykdommer.
Lokalisert på: <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>

*Norsk Sykepleierforbund (2011). *ICN's Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.sykepleierforbundet.no>

*Travelbee, J (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Tveiten, S (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Washburn, S.C. & Hornberger, C.A (2008) Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Journal of Continuing Education of Nursing* 6(39), 263-267

*Ørn, S. (2011) Sirkulasjonsforstyrrelser. I E. Mjell, J. & Gansmo, E.B (Red.) *Sykdom og behandling*.(s.92-145) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.