

PROFESJONSHØGSKOLEN
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
BACHELOR I SYKEPLEIE

Fordypningsoppgave

SY180H 000

30.04 2010

HVORDAN BIDRA TIL MESTRING AV PSYKISKE BELASTNINGER
HOS PASIENTER ETTER AKUTT HJERTEINFARKT

Kandidatnummer

39

Antall ord:

9862

Kull 07 Høst

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning:

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.....	3
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	4
1.3 Avgrensning av problemstillingen.....	4
1.4 Presentasjon av oppgavens oppbygning.....	5

2.0 Presentasjon og begrunnelse for valg av metode..... 6

2.1 Kilde og metode kritikk.....	7
2.2 Etske overveielser.....	7

3.0 Teoridel..... 8

3.1 Hjerteinfarkt.....	8
3.2 Symptomer på hjerteinfarkt.....	8
3.3 Behandling.....	9
3.4 Den psykiske delen av et hjerteinfarkt.....	9 - 11

4.0 Vitenskapsteori..... 12

4.1 Hovedteoretikerne Benner og Wrubels teorier om holistisk omsorg omsorg.....	13
4.2 Benner og Wrubels syn på kunnskap.....	14

5.0 Kommunikasjon..... 15 - 16

5.1 Pedagogikk.....	16
5.2 Informasjon.....	17 - 18
5.3 Hvorfor er det viktig med god pasientinformasjon?.....	19
5.4 Hva skal informasjonen inneholde?.....	20

6.0 Stress og mestring	21 - 22
6.1 Mestring.....	22 - 24
7.0 Drøftning	25 – 26
7.1 Kommunikasjon og informasjon.....	26 – 28
7.2 Prioriteringer etter et hjerteinfarkt.....	28 - 30
7.3 Fra nybegynner til ekspert.....	30
7.4 Alternative former for kommunikasjon.....	31 - 33
8.0 Oppsummering og konklusjon	34
Litteraturliste	35 - 37

Forord

Etter egen avtale med veileder legger jeg ikke de transkriberte intervjuene som vedlegg til denne oppgaven.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.

Denne oppgaven er avsluttende eksamen i grunnutdanningen i sykepleie. Jeg har valgt å skrive om hvordan man som sykepleier kan fremme mestring av psykiske belastninger hos pasienter etter et akutt hjerteinfarkt. Dette er også et tema som kan være gjeldene på mange områder innenfor sykepleien.

Grunnen til at jeg velger å skrive om hjerteinfarktpasienter er at det rammer store deler av befolkningen, tall fra 2007 viser at 19 000 personer ble innlagt på norske sykehus i forbindelse med hjerteinfarkt. Et infarkt kan inntre svært raskt og uten forvarsel, og det er en veldig alvorlig sykdom som forårsaker mange dødsfall. Denne tilstanden utløser komplekse reaksjoner hos de rammede pasientene, mye på grunn av den store uvissheten både i forhold til sykdommen i seg selv og videre livsførsel. På grunn av dette har man som sykepleiere store utfordringer i forhold til god ivaretagelse av disse pasientene.

Mye av hensikten min ved å skrive om dette temaet er å få bredere kunnskap innenfor det å kunne hjelpe pasienter med alvorlige sykdommer å mestre en akutt situasjon. I en travel sykehusavdeling kan omsorg og kommunikasjon ofte bli nedprioritert, og dette er noe av det pasientene reagerer mest på. I en sårbar tilstand der hele livet har blitt snudd opp ned er god kommunikasjon, informasjon, og ikke minst omsorg det aller viktigste vi som sykepleiere kan tilby pasientene.

Sykepleien disse pasientene trenger gjelder også pasienter med andre alvorlige sykdommer som fører til at livet deres endrer seg drastisk. Derfor vil det være lærerikt for meg å skrive om dette temaet uansett hvilket område jeg kommer til å jobbe innenfor når jeg er ferdigutdannet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

” Hvordan kan sykepleieren bidra til å hjelpe pasienter å mestre psykiske belastninger etter et akutt hjerteinfarkt”.

Dette spørsmålet er relevant for alle sykepleiere i møte med pasienter med akutt hjerteinfarkt, på samme måte kan det være relevant på alle områder der man møter akutt syke pasienter

1.3 Avgrensning av problemstillingen

Av hensyn til oppgavens omfang, og ikke minst tidsaspektet har jeg valgt å avgrense oppgaven til å gjelde forholdsvis unge pasienter i alderen 40-60 år som opplever et førstegangs ukomplisert hjerteinfarkt. Dette skal være pasienter som ikke har psykiske eller fysiske begrensninger før hjerteinfarkt oppsto. Jeg skal ta for meg de første dagene etter infarkt på overvåkingsavdelingen. Jeg vil ikke fokusere noe særlig på de pårørendes rolle eller betydning selv om jeg innser at de spiller en stor rolle i denne sammenhengen.

Siden tidsaspektet skal være den første tiden etter hjerteinfarkt vil jeg ikke gå så mye på grundig veiledning av videre livsførsel siden denne delen gjerne kommer sterkere inn i en senere rehabiliteringsprosess. På grunn av dette kommer fokuset til å bli mer på god sykepleie til den psykiske delen etter et hjerteinfarkt. Hvordan man gjennom forskjellige former for kommunikasjon, informasjon, og omsorg kan redusere stress og utrygghet og dermed hjelpe pasientene til å mestre en akutt situasjon der de føler at livet kan være i fare.

Jeg skal ikke gå så mye inn i diagnosen hjerteinfarkt eller den medisinske behandlingen, bortsett fra å forklare det i korte trekk.

1.4 Presentasjon av oppgavens oppbygging

- **Innledning:** Her presenteres bakgrunn for oppgaven, valg av tema, selve problemstillingen og avgrensning av problemstillingen.
- **Metodedel:** Her presenteres begrunnelsen for valg av metode, og kildekritikk i forhold til valg av litteratur og metode.
- **Teoridel:** Her blir hjerteinfarkt og kompleksiteten av dette belyst. Går i denne delen dypt inn i de psykiske reaksjonene vedrørende et hjerteinfarkt for å skape et bilde av pasientens opplevelse og deretter mestring av infarkt. Vil utdype mine hovedteoretikers syn på mestring av sykdom, og gjennom litteratur om ulike former for kommunikasjon og informasjon fremstille sykepleierens møte med akutt syke pasienter.
- **Drøftningsdel:** I denne delen vil jeg ta utgangspunkt i mine intervjufunn, og sammenligne og drøfte dem opp mot teoridelen. Vil også bruke en del forskning som bekrefter eller avkrefter informasjonen jeg fikk av mine informanter.
- **Oppsummering/konklusjon:** Her vil jeg kortfatte funnene jeg har gjort både gjennom intervjuene og litteraturen, og finne sammenhengen til problemstillingen. Vil også fortelle litt om skriveprosessen, og hva jeg har lært.

2.0 Presentasjon og begrunnelse for valg av metode

Metode er et hjelpemiddel som blir brukt for å innhente informasjon til et studie, det er i tillegg et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Det er svært viktig å velge den metoden som best kan belyse et spørsmål på en faglig god og interessant måte (Dalland 2006:71).

Man skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode, og disse to metodene kan gjerne kombineres. En kvalitativ orientert metode brukes ofte for å få data som kan karakterisere et fenomen. Denne metoden gjør det lettere å gå i dybden på objektene og fange målgruppens meninger og opplevelser. En kvantitativ metode har mer fokus på å forme informasjonen til målbare enheter. Ved denne metoden er det vanlig å finne gjennomsnitt og prosenter ved å tallfeste ulike forskningsresultater (Dalland 2006:73).

Når det gjelder denne oppgaven blir en kvalitativ metode mest relevant siden jeg skal få en forståelse av pasientenes reaksjoner og følelser etter et akutt hjerteinfarkt. Oppgaven er bygd opp på et litteraturstudie, men på grunn av min manglende erfaring og kunnskap innenfor dette feltet har jeg brukt intervju som metode for å innhente representative svar på problemstillingen. Et kvalitativt forskningsintervju er mest relevant siden jeg skal få tak i intervjuobjektens egne beskrivelser av situasjonene de befinner seg i. Et viktig aspekt ved et kvalitativt intervju er å innhente åpne og nyanserte beskrivelser samt egne tolkninger. Det er også viktig å skille mellom beskrivelser av spesifikke situasjoner og hendelsesforløp og generelle meninger (Dalland 2006:125-127).

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori. Jeg velger disse teoretikerne fordi de fokuserer mye på omsorg, og beskriver menneskets opplevelse og mestring av helse og sykdom. Jeg baserer oppgaven på Hermeneutisk fenomenologi som beskriver mennesket som et selvfortolkende vesen som opplever verden rundt seg via egne tolkninger av hva ting betyr.

2.1 Kilde og metode kritikk

Kildekritikk innebærer et kritisk blikk for å avgjøre om en kilde er sann eller ikke, da må man foreta en vurdering og karakterisering av de kildene man har benyttet (Dalland 2007:68-69). Tilgangen på relevant litteratur og forskning har vært svært stor. Mitt valg av litteratur er preget av mitt faglige og praktiske ståsted, og jeg innser at annen litteratur kunne bidratt til en annen vinkling av oppgaven. I tillegg er en stor del av litteraturen sekundærlitteratur, som medfører at mye av stoffet er bearbeidet og tolket av noen andre enn den opprinnelige forfatteren. Jeg har brukt BIBSYS og internett til å finne forskningsartikler, og har bevisst prøvd å finne det nyeste stoffet på dette området, siden det kontinuerlig skjer endringer og forbedringer på dette feltet.

Som sykepleiestudent mangler jeg mye informasjon og erfaring om hvordan alt foregår i praksis, jeg valgte derfor å utføre et kvalitativt intervju av to sykepleiere som jobber med denne type pasienter. Dette er jeg i ettertid svært glad for siden jeg fikk et helt annerledes og bedre bilde på hvordan en typisk hjerteinfarktpasient er, og hvordan sykepleierne jobber.

Jeg føler i ettertid at mine litteraturvalg, og mine kvalitative forskningsintervju har gitt meg gode og representative svar på problemstillingen, men jeg innser at meningene og uttalelsene jeg fikk gjennom å intervju kun to sykepleiere ikke nødvendigvis representerer det hele bildet av hvordan dette praktiseres i virkeligheten.

2.2 Etiske overveielser

Siden jeg har utført kvalitative forskningsintervjuer som en metode i datasamlingen er det strenge krav til de etiske overveielserne. Jeg har reflektert nøye over hvordan jeg skal formidle opplysningene jeg har hentet inn, dette for å unngå misforståelser og lignende. Når det gjelder intervjuet har jeg anonymisert alle muntlige kilder. Dette er svært viktig både med tanke på personvernet, og på grunn av at muntlige kilder er mer sårbare for feiltolkning enn skriftlige kilder. Jeg har i tillegg skrevet en tillatelsessamling og fått underskrift fra veileder og avdelingsleder på avdelingen der jeg utførte intervjuene.

3.0 Teoridel

3.1 Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt er en irreversibel skade som oppstår når en koronararterie eller en forgreining av den blir helt tilstoppet. Dette utløses oftest av at aterosklerotisk plakk i koronararterien løsner og en akutt blodpropp dannes. Denne plutselige koronarokklusjonen fører til at den tilhørende delen av hjertemuskelen ikke får tilført nok oksygen og dør. Noen timer etterpå skjer det en betennelsesreaksjon i myokardet der det døde muskelvevet blir erstattet med bindevev, denne tilhelingsprosessen varer vanligvis et par måneder (Jacobsen m.fl 2006:71).

Ved mange tilfeller kan hjerteinfarkt relateres til økte fysiske eller psykiske belastninger, men et hjerteinfarkt kan også komme helt uannmeldt på den rammede. Faren for død ved et hjerteinfarkt er størst de første timene, på grunn av dette blir rask og effektiv behandling svært nødvendig (Almås 2007:428).

3.2 Symptomer på hjerteinfarkt

Smertene som oppstår ved et hjerteinfarkt vil være klemmende, intense og vedvarende og de kan variere i styrke og lokalisasjon. Det er vanlig å få sterke smerter i brystregionen med utstråling til venstre arm, hals og kjeve. De fleste pasientene blir engstelige, bleke og kaldsvettende og kvalme og brekninger oppstår ofte. Ved et stort infarkt kan dyspne eller lungeødem oppstå på grunn av venstresidig hjertesvikt, og da er tilstanden svært kritisk. I enkelte tilfeller kan et hjerteinfarkt opptre uten symptomer, og blir i ettertid påvist ved EKG – funn (Jacobsen m.fl 2006:71). Kvinnelige pasienter kan oppleve litt mer diffuse symptomer enn menn. De kan gjerne oppleve tretthet, svetting, magesmerter og smerter i armer og nakke. På grunn av dette blir derfor viktig å være lydhør for disse symptomene for å unngå underdiagnostisering hos kvinnene.

Når det gjelder hjerteinfarkt kan det utløses av både upåvirkelige og påvirkelige risikofaktorer. Alder og kjønn er upåvirkelige faktorer som kan forårsake hjerteinfarkt. Høyt kolesterolnivå i blodet, overvekt, røyking, og psykososialt stress kan være påvirkelige faktorer som forårsaker hjerteinfarkt. En pasient innenfor disse risikogruppene kan forebygge et eventuelt hjerteinfarkt gjennom livsstilsendring, sunnere kosthold eller bruk av medikamenter (Folkehelseinstituttet).

3.3 Behandling

Å gi trombolytisk behandling til hjerteinfarktpasienter gir ofte svært god effekt, og det kan redde store deler av hjertemuskelen fra nekrose. Er en koronararterie totalt okkludert er det ofte nødvendig å utføre en akutt PCI – behandling der et kateter føres inn for å åpne blodåren (Mæland 2006:26). Pasienten blir innlagt på en overvåkingsavdeling og blir kontinuerlig observert med tanke på rytmeforstyrrelser, sirkulasjonssvikt eller andre komplikasjoner. Pasienten får deretter tilført oksygen for å opprettholde god saturasjon og for å minske skadene på hjertet. Pasienten blir i tillegg godt smertelindret med morfin for å skape en mer avslappet tilstand og redusere hjertets belastning. For å øke blodgjennomstrømmningen får pasienten Nitroglyserin, og Acetylsalicylsyre blir gitt profylaktisk for å unngå dannelse av nye tromber (Jacobsen m.fl 2006:73). En svært viktig sykepleieoppgave i en slik situasjon blir å redusere pasientens angst og uro, både ved hjelp av medikamenter som Sobril og Stesolid og rolig, korrekt og angstdempende opptreden (Almås 2007:428).

3.4 Den psykiske delen av hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt rammer som sagt gjerne helt uventet, og setter i gang en enorm krise hos den rammede. Uvissheten om man kommer til å overleve eller ikke, i tillegg til usikkerheten på hvordan livet blir i fremtiden er krevende for hvem som helst å oppleve. Når noe slikt oppstår fører det enorme stresset og maktesløsheten til at den rammende kan få enorme krisereaksjoner og problemer. En ledende spesialsykepleier ved intensivavdelingen på Ullevål universitetssykehus har utført en kvalitativ studie med fokus på psykiske problemer hos intensivpasienter. Her kommer det frem at mange pasienter utvikler alvorlige psykiske symptomer som kraftige stressreaksjoner, søvnproblemer og i verste fall vrangforestillinger og hallusinasjoner, dette kan oppstå både mens de er innlagt på sykehuset og etter utskrivelse.

Pasienter som utsettes for livstruende sykdommer som hjerteinfarkt kan i perioder sveve mellom liv og død, og opplever i ettertid ofte den første tiden på overvåkingsavdelingen som et svart hull i hukommelsen. Dette i tillegg til den kritiske første perioden preget av usikkerhet om overlevelse kan føre til at mange pasienter får store psykiske problemer. Som sykepleier byr dette på utfordringer når det gjelder å hjelpe pasientene med å mestre og forstå sin egen situasjon. (Ullevål universitetssykehus 2005).

Johan Cullberg beskriver en traumatisk krise som individets psykiske reaksjon ved en ytre hendelse som kan true fysisk eksistens, sosial identitet, trygghet og grunnleggende livsmuligheter (Cullberg 1997:108). Uvissheten og smertene ofte kombinert med en dramatisk sykehusinnleggelse fører til en slik personlig krise hos en hjerteinfarktpasient, de mister all personlig kontroll og opplever i tillegg gjerne sterk dødsangst.

Cullberg beskriver fire naturlige faser forbundet med en slik krise. Sjokkfasen er den første fasen, og kan vare alt fra et kort øyeblikk til noen døgn. I denne tidlige fasen klarer ikke den rammede å ta inn over seg det som har skjedd og bearbeide det, da blir en naturlig reaksjon å fornekte virkeligheten. I mange tilfeller kan personen virke uanfektet på utsiden, mens innsiden består av fullt kaos (Cullberg 1997:130).

Det er svært individuelt hvordan en person oppfører seg i en sjokkfase. Enkelte kan skrike, repetere setninger eller snakke om likegyldige ting, mens andre kan bli helt passive og virke fullstendig paralyisert. Hos noen kan bevisstheten bli uklar, og personen bruker mye krefter på å vende seg bort fra den smertefulle virkeligheten.

Det vi som helsepersonell må tenke på i møte med pasienter i denne fasen er at de har store vanskeligheter med å huske informasjon som blir sagt. På grunn av dette bør man vente med å gi viktige opplysninger og medisinsk informasjon (Cullberg 1997:130-131).

En reaksjonsfase starter i følge Cullberg i det øyeblikket når den rammede blir tvunget til å innse det som har skjedd. I denne fasen starter en enorm omstilling i hele det psykiske apparatet som har til oppgave å integrere virkeligheten på den mest funksjonelle måten. Personen stiller gjentatte ganger spørsmålet ”*hvorfor akkurat meg?*”, og han prøver hele tiden å finne en slags mening i den kaotiske situasjonen. Enkelte kan ofte oppleve skyldfølelse i denne fasen (Cullberg 1997:132).

Bearbeidingsfasen kan komme svært lang tid etter det opprinnelige traumatiske sjokket. Personen går fra å være nesten besatt av krisen og det som skjedde i fortiden til å bli mer fremtidsrettet igjen. Personen godtar sin nye situasjon og lærer seg nye sosiale roller og væremåter. Symptomer og eventuelle adferdsforstyrrelser som oppsto etter krisen forsvinner, og personen slutter å fornekte det som har skjedd. Gamle aktiviteter blir gjenopptatt, og personen blir mer åpen for nye erfaringer. Livet blir gradvis lettere og bedre (Cullberg 1997:138-139).

Nyorienteringsfasen er den siste fasen, og har på mange måter ingen avslutning. Her lever den rammede med et slags arr som ikke forsvinner, men på samme måte ikke hindrer det daglige livet. Sviktende selvfølelse blir gjenopprettet, og uoppfylte håp blir bearbeidet. Men likevel kan gamle følelser dukke opp, og disse kan i mange tilfeller kjennes som et stikk av smerte. Krisen blir på mange måter en del av livet, og mange opplever at hendelsen får stor betydning for videre levemåte (Cullberg 1997: 140).

Det er som sagt svært store individuelle forskjeller i de psykiske reaksjonene hos pasienter etter et hjerteinfarkt, og det kan derfor være vanskelig å kunne skille mellom de forskjellige reaksjonsfasene en pasient går igjennom. En viktig sykepleieoppgave blir derfor å se hele pasienten og prøve å forstå de ulike reaksjonsmønstrene. Enkelte får sorgreaksjoner, mens andre opplever sinne, angst og frustrasjon. Pasientene forstår og godtar disse forskjellige reaksjonene bedre hvis de er godt informert om dem på forhånd.

4.0 Vitenskapsteori

Det er på mange måter vanskelig å forklare hva vitenskapsteori er. Det er en slags søken etter klarhet i hva som kjennetegner vitenskaplig tenking og metode, og dette endrer seg hele tiden sammen med historiske og samfunnsmessige forhold. Årsaken til at vitenskapsteorien spiller en sentral rolle i helsefaget er alle de nødvendige kravene til dokumentasjon og forskning. Et av hovedmålene er å skape en slags vekselvirkning der praksis og alle de ulike formene for dokumentasjon og forskning informerer og utfyller hverandre (Thornquist 2003:7-8).

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikken er en av de grunnleggende kunnskapssyn innenfor vitenskapen. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og er en grunnleggende metode knyttet til skillet mellom forklarende og forstående vitenskaper. Hovedmålet er å fortolke meningsfylte fenomener og beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig. Hermeneutikk handler også om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens, å grunn av dette er denne tilnærmingen svært relevant i arbeid med andre mennesker (Dalland 2006:55-56).

4.1 Benner og Wrubels teorier om holistisk omsorg

Patricia Benner og Judith Wrubel er to amerikanske teoretikere som tar et klart og tydelig utgangspunkt i en feministisk hermeneutisk fenomenologi. Årsaken til at jeg velger disse to som hovedteoretikere for min oppgave er at de har klare teorier som omhandler omsorg som den mest vesentlige faktoren for menneskers liv, i tillegg til sykepleieutøvelse. Omsorg blir en nødvendighet for sykepleierne for å få kontakt med egne og andres ressurser, samt å kunne forstå situasjoner og ulike muligheter (Konsmo 1995:26).

De to har også utarbeidet en omsorgsteori som tar utgangspunkt i at omsorg er primerkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse av helse og sykdom. De mener også at omsorg er det mest grunnleggende i sykepleiepraksis, og at omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv påvirkning på sykdommens resultater (Konsmo 1995:22).

Benner og Wrubel bygger som sagt på en hermeneutisk fenomenologi, og denne retningen har tre grunnleggende trekk.

- Mennesket sees på som et selvfortolkende vesen som opplever omgivelsene gjennom egne tolkninger av hva ting betyr for seg selv og andre. Disse fortolkningene kan være bevisste eller ubevisste, og de virkeliggjør hvem man er som person.
- Mennesket tar selv standpunkt til hvem man er. Den selvforståelsen man har får betydning for hvordan man tolker det som skjer, og hvordan man handler ut fra dette.
- Vår egen oppfattelse av mening av vårt språk, historie og kultur har betydning for våre tanker og handlinger, det vil si den konteksten vi lever i.

Disse trekkene kan kalles en holistisk tilnærming som ikke kan isolere ulike trekk ved personer eller situasjoner. Man må heller innrette seg etter hele personen i dens totale livssituasjon. Man må aldri skille en person fra den sosiale, kulturelle eller historiske sammenhengen den lever i (Konsmo 1995: 27-28).

4.2 Benner og Wrubels syn på kunnskap

De to teoretikerne hevder at praktisk kunnskap på mange måter er mer grunnleggende enn teori. I følge dem er kunnskap ikke bare intellektuell og kognitiv, men også kroppslig og menneskets visdom er viktigere enn rasjonelle tanker.

I sin bok "*From Novice to Expert*" fra 1984 beskriver Patricia Benner hva som kjennetegner klinisk gode sykepleiere. Hun karakteriserer en nyutdannet sykepleier som begrenset og ufleksibel i utdøvelsen av sykepleie, og er dermed svært avhengig av å ha erfarne sykepleiere rundt seg. En nybegynner må konsentrere seg så mye at kommunikasjon og lytting til pasienter blir vanskelig. Hovedfokuset blir mest på å følge regler og normer.

Etter hvert som tiden går utvikler nybegynneren seg mer mot en avansert begynner. Denne sykepleieren vil gjennom begrenset erfaring bruke noe av den lærte kunnskapen basert på tidligere situasjoner, men vil fremdeles trenge hjelp til å se hva som skal vektlegges og prioriteres.

Det neste skrittet er kompetent utøver. Denne sykepleieren setter opp en bevisst og overveid langsiktig plan om hva som skal prioriteres i den daglige utøvelsen. Den kompetente sykepleieren mangler det nødvendige tempoet og fleksibiliteten, men føler at hun mestrer daglige utfordringer. En sykepleier oppnår dette stadiet etter ca 2-3 års erfaring.

Den kyndige sykepleieren praktiserer yrket mer helhetlig og er flinkere til å se pasienten i et større bilde. Denne sykepleieren har god sansing og intuisjon, men vil med jevne mellomrom havne i situasjoner som kan gi manglende følelse av mestring.

Det siste stadiet er ekspertsykepleieren. Denne sykepleieren handler på en naturlig og flytende måte, og hun trenger ikke tenke så mye på det som skal gjøres. Sykepleieren er enhetlig og tenker langsiktig, og er svært trygg i sin rolle. Deres handlinger er preget av fortolkning og skjønn, men de må være åpne for uventede hendelser og nye perspektiver for å ikke bli for ensporet. Benner hevder at en sykepleier må arbeide reflektert innenfor et bestemt felt i minst fem år for å kunne kalle seg ekspert (Konsmo 1995:30-34).

5.0 Kommunikasjon .

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Ved verbal kommunikasjon er innholdet språklig formidlet enten ved tale eller skrift. Ved non – verbal kommunikasjon brukes utvekslinger av signaler for eksempel gjennom kroppsholdning, bevegelser ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring. Profesjonell kommunikasjon skiller seg fra den kommunikasjonen vi praktiserer i dagliglivet. Her kommuniserer man som yrkesutøvere, og det handler om personer som av ulike årsaker trenger vår hjelp (Eide og Eide 2007: 17-19).

Professor i helse og sosialfag Halvor Nordby hevder at sykepleiere ofte danner seg feil oppfatning av hvorvidt kommunikasjonsbetingelsene er møtt. I artikkelen ”*Oppfatter pasienten det du sier?*” belyser han ulike kommunikasjonsbetingelser man som sykepleier må være oppmerksom på. Det er viktig å være bevisst på å ha felles språk og pasientens oppmerksomhet for å unngå misforståelser. Medisinske uttrykk som for eksempel intravenøs, infeksjon osv er dagligdags og helt naturlig å ha kunnskap om som sykepleier, men det er viktig å ikke ta for gitt at en pasient vet hva man snakker om.

Oppnå pasientens oppmerksomhet er også en vesentlig faktor. Mange pasienter har problemer med å bearbeide detaljert og ukjent informasjon, og de har i tillegg store problemer med å huske informasjonen i ettertid. En løsning på dette kan være å gjenta informasjonen ofte, og be pasienten gjengi det som ble sagt. Som sykepleier må man hele tiden ha i bakhodet at pasientens verdier og måten de uttrykker seg på er formet av deres sosiale og kulturelle bakgrunn, dette for å unngå unødvendige misforståelser (Nordby 2008:68-71).

Som sykepleier jobber man med mennesker, og da blir gode kommunikasjonsferdigheter nødvendige for å forstå pasienten som person, i tillegg til å hjelpe, støtte og ta beslutninger sammen med pasienten. Når det gjelder pasienter som ligger på en overvåkingsavdeling etter et hjerteinfarkt har sykepleieren ofte kort tid til å etablere kontakt og skaffe et helhetlig bilde av situasjonen. På grunn av dette blir det å lytte aktivt til pasienten og kommunisere klart en forutsetning. I tilfeller der mangelfull eller dårlig kommunikasjon oppstår er det stor fare for profesjonelle feil og mangler. Derfor blir god kommunikasjon en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet. (Eide og Eide 2007:21).

Å kunne lytte aktivt til pasienten, bekrefte verbalt og non – verbalt, stille spørsmål, formidle informasjon, utfordre pasienten til å reflektere, samt å strukturere samtaler og fortelle dårlige

nyheter er sentrale aspekter som må utfylles for å oppnå best mulig kommunikasjon med en pasient. I likhet med god omsorg er det å vise empati svært viktig. Man må ha evnen til å lytte og forstå pasientens følelser og reaksjoner. Empati er også en forutsetning for gjensidig forståelse og god kontakt mellom sykepleier og pasient. God fagkunnskap kombinert med empati gjør det lettere å oppfatte hva pasienten tenker og føler. Har man for eksempel mye kunnskap om hjerteinfarkt, behandling, smerter, fysiske og psykiske reaksjoner klarer man som sykepleier lettere å leve seg inn i pasientens situasjon (Eide og Eide 2007: 23-42).

5.1 Pedagogikk

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring , vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger”
(Tveiten 2007:23).

Mestringshjelp og informasjon til mennesker i krise krever pedagogisk innsikt, og man må kunne forstå pasientens livssituasjon og hans muligheter for livsmestring for å kunne tilnærme seg på en god pedagogisk måte. Som sykepleier er en av oppgavene å hjelpe pasientene til å tilegne seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter som hjelper pasienten med å forholde seg til sin sykdom og sine symptomer slik at han mestrer dette og livskvaliteten øker.

En mestringskapasitet kan være at man som pasient må lære seg å leve med helsesvikt og mestre konsekvenser og behandling. Sykepleieren har ansvar for å legge til rette slik at pasienten oppnår dette, siden økt kompetanse øker mestringskapasiteten hos pasienten (Tveiten 2007:23-24). Når man som sykepleier skal utvikle eller øke pasientens mestringskompetanse må man tenke over hva slags ferdigheter pasienten har behov for å utvikle, hvilken kunnskap blir nødvendig, og hvilke holdninger er hensiktsmessig for pasienten (Tveiten 2007: 30).

5.2 Informasjon

”Pasienten trenger å få praktisk informasjon underveis i sykdomsforløpet, men denne må gis på riktig tidspunkt og i riktige mengder. Hvis man ikke tar hensyn til dette, kan man skremme pasienten, ta fra ham håpet eller ødelegge hans følelse av å ha kontroll over seg selv”

(Konsmo 1995: 118).

En ny amerikansk undersøkelse med fokus på pasienters kunnskap om hjerte og karsykdom hadde intervjuet 3500 personer som tidligere hadde hatt hjerteinfarkt eller annen iskemisk hjertesykdom. Det som var oppsiktsvekkende var at halvparten av disse hadde svært lite kunnskap om sin egen sykdom, behandling og fremtidig risiko for hjerteinfarkt (Riska 2008: 128).

Denne undersøkelsen viser hvor viktig god informasjon er for pasienter etter akutt hjerteinfarkt, men når og hvordan skal denne informasjonen gis?

Pasientrettighetsloven § 3 -2 sier at:

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

(Pasientrettighetsloven).

Når man blir alvorlig syk eller hjelpetrengende har man vanligvis et stort behov for informasjon og kunnskap. Det kan være alt fra den aktuelle sykdommen og videre prognose til praktiske forhold når det gjelder sykehusoppholdet. Å gi god informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. God formidling forutsetter at den skjer i dialog og på pasientens premisser. Man må som tidligere nevnt kartlegge hvilken informasjon pasienten trenger, og informere på en slik måte at det som blir sagt oppleves som relevant for pasienten.

Den økte kunnskapen pasienten får ved hjelp av god informasjon gir en bedre følelse av kontroll og mestring. Men selv om pasienten trenger god og fullstendig informasjon må man passe på å ikke overlesse pasienten slik at han bare husker bruddstykker av det som ble sagt. Man må gjøre det forutsigbart ved å gi riktig mengde informasjon til rett tid. Informasjonen må også gis på et språk som pasienten forstår, derfor bør man som sagt unngå fagtermer og ”sykehuslang” (Eide og Eide 2007:292-293).

SPRI er en svensk undersøkelse som ble gjennomført i det svenske helsevesenet på slutten av 1980 – tallet, og det viser seg at funnene i undersøkelsen samsvarer mye med dagens situasjon innenfor en helseinstitusjon. 3000 pasienter deltok i en spørreundersøkelse ved 10 svenske sykehus og resultatene viste kritikkverdige forhold i helsevesenet når det gjaldt informasjon og kommunikasjon.

En stor del av kritikken handlet om manglende informasjon, og det viste seg av mer enn 20 % av pasientene var svært misfornøyd med informasjonen de fikk under oppholdet. Noe av det de savnet mest var opplysninger om hvordan undersøkelser og operasjoner foregikk, og informasjon om deres sykdom og hvilken innvirkning den kom til å få på deres fremtidige liv.

Pasientene i undersøkelsen savnet også større mulighet til samtaler med legene i enerom, og mange hevdet at personalet opptrådte svært anonymt. Undersøkelsen viste at yngre pasienter var mer misfornøyd og stilte større krav enn de eldre pasientene (Svensson 2006:153-154).

På en hjerteovervåkingsavdeling er det gjerne svært travelt med stor gjennomgang av pasienter. På grunn av dette blir det ofte for lite tid for personalet til å snakke med pasientene og svare på spørsmål, da kan medpasienter være til stor hjelp. Den norske sosiologen Dag Album har forsket på dette med pasientkollektivets betydning, og beskriver samholdet pasientene imellom. I svært mange tilfeller blir pasientene på en avdeling fort kjent med hverandre, spesielt hvis de deler rom. De snakker gjerne om sin egen situasjon, behandlingen, personalet og andre sykehusrelaterte ting. Pasienter med samme sykdom får ofte en gjensidig forståelse for hverandre, og føler dermed samhørighet. Album beskriver for eksempel hvordan pasienter på en hjerteovervåkingsavdeling kan fungere som et slags kollektiv som håndterer viktig kunnskap og informasjon og gir gjensidig støtte til hverandre.

Medpasienter kan i mange tilfeller fungere som tolker av det helsepersonellet sier.

Interaksjonen mellom pasientene blir også en viktig del av det sosiale livet på en avdeling, og sammen hjelper pasientene hverandre med å mestre sin egen sykdom (Svensson 2006:155-157).

5.3 Hvorfor er det viktig med god pasientinformasjon?

I følge John Gunnar Mæland blir uvissheten en større byrde enn fysiske plager og smerter hos mange pasienter. God pasientinformasjon bør redusere denne uvissheten hos pasientene så godt det lar seg gjøre. Konkret kunnskap er viktigere å formidle enn teoretisk medisinsk forståelse. Hvis pasienten får mangelfull konkret informasjon blir han gjerne overlatt til fantasien, og kan danne seg bilder og skremmende misforståelser.

Men man må også tenke på at ikke alle pasienter har like stort behov for informasjon, spesielt ikke den aller første tiden etter hjerteinfarkt. De prøver gjerne å skyve tankene om sykdommen fra seg som en slags forsvarsmekanisme. På grunn av denne store forskjellen mellom pasientene må informasjon gis som et tilbud, og ikke en påkrevd rutine. Det bør også være flere ulike måter å informere på, noen pasienter klarer seg godt med vanlig muntlig eller skriftlig informasjon, mens andre vil ha opplysninger gjennom fortrolige samtaler (Mæland 2006:56-58).

Etter et hjerteinfarkt søker pasienten en slags mening, og danner seg ofte et bilde av sin egen sykdom og situasjon. Det er vanlig å konstruere en forklaring på hva som har skjedd og hvorfor, og de danner seg ofte forestillinger om hva som vil komme til å skje videre.

Mange hjerteinfarktpasienter vil vite hvorfor de ble syke, og lager seg gjerne en egen forklaring hvis de ikke får nok utfyllende informasjon. Resultatet kan da gjerne bli at pasienten unnviker aktiviteter eller situasjoner som oppfattes som risikable, uten at det er grunnlag for det. At pasientene får kunnskaper om hvilke forventninger de kan ha i fremtiden er også viktig, fordi forventningene gjerne styrer handlingene. En pasient som forventer at han er alvorlig syk og må holde seg i ro resten av livet blir gjerne det.

Slike forventninger og forklaringer dannes gjerne tidlig, derfor må informasjonen starte så fort som mulig for å etablere et mest realistisk indre bilde av sykdommen for pasienten (Mæland 206:59).

5.4 Hva skal informasjonen inneholde

Tilbud om systematisk informasjon og individuell rådgivning bør som tidligere nevnt starte på et så tidlig tidspunkt som mulig mens pasienten er innlagt på overvåkingsavdelingen. Men varigheten på sykehusoppholdet etter hjerteinfarkt er svært kort, og dette vanskeliggjør omfattende informasjon, i tillegg til at pasientene er i dårlig stand til å motta detaljerte opplysninger. Men selv om dette fører til begrensninger er det ikke slik at pasientene ikke er i stand til å lære. Man må gjerne gjenta informasjon ofte og sørge for at pasientene vet hvilke tilbud om bredere pasientundervisnings som fins etter utskrivelse.

Informasjonen pasientene får mens de er innlagt bør inneholde beskrivelser av den naturlige tilhelingen av kroppen, og de ulike faktorene som kan forsterke den. Man bør legge vekt på de ressursene pasienten har og som kan forsterkes for eksempel gjennom trening eller endring i levevaner. Man bør også snakke litt om hva pasientene kan forvente i fremtiden og hjelpe dem med å motvirke ulike bekymringer.

Det er også viktig å gi pasienten og hans pårørende grunnlag for å forstå sykdomsutviklingen og på den måten motvirke følelsen av motløshet. Man må hjelpe pasienten med å velge en livsstil som reduserer risikoen for tilbakefall, og fortelle om ulike konsekvenser usunne valg kan få.

Det har vist seg at informasjon tidlig etter hjerteinfarkt reduserer antall legekonsultasjoner, og unødvendige re - innleggelser (Mæland 2006:60-62).

6.0 Stress og mestring

En alvorlig livshendelse enten det er dødsfall, traumer eller i dette tilfellet akutt sykdom kan føre til stort tap av mening og sammenheng hos den som blir rammet. Den verden man er vant med blir plutselig mindre trygg og forutsigbar, og som tidligere nevnt går personen inn i en slags krise (Eide og Eide 2007:166).

Benner og Wrubel beskriver stress som et sammenbrudd i den vanlige funksjonen i hverdagen. Teoretikernes primærkilde er Lazarus og Folkmann som har et fenomenologisk syn på stress og mestring som omhandler både personen og situasjonen han er i.

”Stress defineres som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter”.

(Lazarus og Folkmann 1984, her fra Kongsmo 1995:79).

I dagliglivet benytter vi ofte begrepet stress, og det assosieres ofte med noe negativt. Stress kan beskrives som psykisk eller legemlig overbelastning, men det finnes ingen entydig definisjon av stressbegrepet (Gjengedal og Hanestad 2007:41).

Stress kan utløses av mange forskjellige faktorer, det kan være noe vi bryr oss om som står i fare for å gå tapt, eller at vi ikke får til noe vi gjerne vil få til. Å få en akutt sykdom for eksempel et hjerteinfarkt er en svært avgjørende stressfaktor. Livet avbrytes brått, og personen opplever å bli alvorlig syk. Det som man vanligvis tar for gitt blir ikke lenger en selvfølge, og dette påvirker alle delene av den som blir rammet (Kongsmo 1995:79).

Som tidligere nevnt oppstår det en enorm krise og pasienten har stort behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Som sykepleier er det viktig å vite akkurat dette, og på best mulig måte hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner, og på den måten mestre krise og sykdom bedre.

Et hjerteinfarkt kan karakteriseres som en traumatisk krise, en ekstraordinær påkjenning som ikke automatisk inngår i et vanlig livsforløp. Denne krisen er en psykisk, fysisk og sosial belastning som er så stor at pasienten for en kortere eller lengre tid blir merket av den. Ullevål universitetssykehus samt mange andre sykehus har som et ledd i mestringsprosessen begynt å skrive dagbok til hver pasient mens de er innlagt på overvåkingsavdelingen. Dette har vist seg å være til god hjelp for pasientene i ettertid når de skal bearbeide det som har skjedd (Ullevål

universitetssykehus 2005). Hvordan pasienten med hjerteinfarkt mestrer sin egen situasjon kan være svært avgjørende for hvilken livskvalitet han får i fremtiden (Eide og Eide 2007:166-167).

6.1 Mestring

”Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som ansees som stressende” (Konsmo 1995:84).

Benner og Wrubel hevder at hver enkelt mestrer stress på forskjellige måter. Man kan involvere og engasjere seg eller holde distanse og kontroll. Måten pasienten opptrer i en stressende situasjon er avgjørende for hvilke muligheter han har for å mestre den. Dette knyttes tilbake til tidligere erfaringer, kroppslig viten og ikke minst hva pasienten bryr seg om. Når man som sykepleier skal legge til rette for mestring hos en pasient er det sentralt at man forstår hvordan disse faktorene påvirker pasientens mestringsmuligheter (Konsmo 1995:85-86).

Det er helt vanlig og normalt med sterke følelsesmessige reaksjoner hos et menneske som rammes av alvorlig sykdom, og reaksjonene som oppstår har ofte preg av en krisereaksjon. Disse krisereaksjonene kan ofte være vanskelig for helsepersonell og pasienten selv å oppdage, hvis dette skjer kan den psykiske siden ved sykdommen bli usynliggjort.

Det å bli akutt kritisk syk og trenge profesjonell hjelp gjennom helsevesenet innebærer dramatiske endringer i hvordan pasienten oppfatter seg selv og hvordan han blir oppfattet av omgivelsene. Sykdommen innebærer en trussel mot pasientens selvoppfatning og identitet, og det stilles dermed nye krav til mestringsevne og endring i atferd.

Hvis sykdommen fører til permanente endringer i pasientens liv kan maktesløsheten og sykdomsatferden bli et mønster i livet som kan medføre alvorlig svekkelse av mestringsmuligheter. I tillegg kan identitetsforandringer og uhensiktsmessige reaksjonsmønstre som tilbaketrekning, frustrasjon, sinne, frykt, angst og depresjon lett oppstå (Håkonsen 1999:45-56).

Som sykepleier kan man bidra til pasienters mestring på mange måter. Et av målene vil være å redusere virkningene og belastningene pasientene opplever, og forsøke å gjøre det beste ut av en vanskelig situasjon. Det fins utallige mestringsstrategier, derfor må man hjelpe pasienten med å finne den som passer ham best. Vi er alle forskjellige individer som håndterer stress og traumatiske hendelser på svært ulike måter, på grunn av dette blir en viktig sykepleieoppgave å tilpasse seg etter hver enkelt pasient (Gjengedal og Hanestad 2007:40).

En av de beste måtene å hjelpe en pasient til å mestre sin egen sykdom er å forstå hvordan pasienten selv opplever sin egen historie og sin nåværende situasjon. Det er også viktig å kartlegge hvilke muligheter pasienten selv opplever å ha. Man må aldri jobbe under en teori om at en mestringsstrategi passer bra for alle siden alle mennesker har sin egen måte å oppleve og takle ting på (Konsmo 1995:84-85).

Pasientens sosiale nettverk og kontekst er avgjørende for hvordan han mestrer sin situasjon. Støtte fra familie og venner er viktig, men dette kan enkelte ganger være motsatt. Dette kan for eksempel være situasjoner der pasienten bekymrer seg alt for mye for familiens fremtid, som for eksempel en familiefar i 40 årene som gjennomgår et akutt hjerteinfarkt og forverrer sin helsetilstand både fysisk og psykisk ved å tenke på hva som kan komme til å skje med familien hvis han ikke overlever.

Som sykepleier må man legge forholdene godt til rette slik at pasientens pårørende kan være til god støtte og hjelp, og gripe inn hvis samspillet med familien utløser negative symptomer. I motsatte tilfeller der pasienter ikke har familie eller sosialt nettverk må sykepleieren være litt mer til stede og vise god omsorg (Konsmo 1995:90-91).

Hjelpe pasienten med å finne mening, dette fordi manglende tilhørighet og opplevelse av meningsløshet er de aller største truslene mot mestring. Å håpe er en god mestringsstrategi, på grunn av dette vil en viktig sykepleieoppgave være å fortolke det som virkelig er viktig for pasienten, og hjelpe ham med å ivareta det så langt det lar seg gjøre. Et annet mål er å styrke pasienten til å bli det han ønsker å være, da blir god omsorg og kommunikasjon en forutsetning (Konsmo 1995:98-99).

”Våre evner til å mestre daglige problemer, vår evne til å se mening i det som skjer, vår personlighet og vårt selvbilde er faktorer som påvirker vår evne til å takle stress”.

(Håkonsen 1999:12).

Et hjerteinfarkt i en akutfase kan karakteriseres som en stressor, en varsel om noe farlig eller truende. Når dette skjer aktiveres som regel både det sympatiske nervesystemet og binyrebarksystemet, og kroppens viktigste organer settes i beredskap for handling. Økt hjertefrekvens, blodtrykk og ventilasjon, økt muskeltensjon og omdistribuering av blod er noen få av de fysiologiske virkningene av en enorm stressreaksjon, tanke og følelsesmessige reaksjoner påvirkes også.

Klarer man å hjelpe pasienten med å mestre stresset, og dermed redusere de kraftige fysiologiske reaksjonene blir negative følelsesmessige reaksjoner som angst, ubehag og mistriivsel mindre, og pasienten opplever bedre kontroll og mestring (Håkonsen 1999:14-15).

Sykdom, stress, mistriivsel og angst er forhold som kan utfordre vår mentale likevekt. Menneskets psykologiske forsvar skal beskytte mot slike påkjenninger ved hjelp av ulike forsvarsmekanismer. Alle har ulike mestringsstrategier for å mestre vanskelige problemer og erfaringer, og noen er mer hensiktsmessige enn andre (Håkonsen 1999:17-19).

Lazarus og Folkmann har hatt mye fokus på forholdet mellom problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokuset innebærer at pasienten setter fokus på den aktuelle situasjonen, og ønsker å endre, avslutte eller løse problemer forbundet med denne aktuelle situasjonen. Følelsesmessig fokusert mestring innebærer at pasienten fokuserer mest på følelsesmessige problemer, og vil fjerne det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen.

Når en person har opplevd en traumatisk opplevelse som hjerteinfarkt vil en følelsesmessig og emosjonell fokusering være mest hensiktsmessig for fremtidig mestring av infarkt. Problemfokuset blir mer relevant når det har gått en stund og stressopplevelsen er mer moderat. Det å oppleve at man mestrer livets utfordringer og føler personlig kontroll er muligens den faktoren som har størst betydning for helse og velvære (Håkonsen 1999: 20-29).

7.0 Drøftning

I denne drøftningsdelen vil jeg ta utgangspunkt i funnene jeg gjorde gjennom intervjuene, og belyse og drøfte dem opp mot hovedteoretikerne Benner og Wrubels teorier samt teorien om stress, mestring, kommunikasjon, informasjon og aktuell forskning vedrørende disse områdene.

”Jeg merket at jeg fikk vondt i brystet, begynte å skjelve kraftig og merket at jeg var redd. Smertene var uutholdelige, og ble forsterket av redselen. Ambulansen kom etter hvert, og det gikk opp for meg at jeg var tatt på alvor som et mulig hjerteinfarkt, mild panikk kom sigende. På sykehuset viste blodprøver og EKG at jeg hadde hatt et infarkt. Vantro, overraskelse og frykt var mine første reaksjoner. Den største psykiske knekken kom natta etter utblokkingen, dødsangsten fikk meg til å føle hvor alvorlig dette virkelig var”.

(Christensen 2008).

Denne pasientfortellingen beskriver litt av de enorme påkjenningene det kan være å oppleve et akutt hjerteinfarkt.

I dagens samfunn hører og lærer vi mye om diagnosen hjerteinfarkt. Mange forbinder gjerne hjerteinfarkt med akutt sykdom, død, dramatik og høyteknologisk behandling. Den mindre fremtredende siden ved et hjerteinfarkt er den rammendes konstante opplevelse av å være såret og sårbar. Et hjerteinfarkt er ikke over når pasienten er ferdigbehandlet og utskrevet, mange sliter i ettertid med alvorlige psykiske problemer i tillegg til kroppslige plager.

Men selv om et hjerteinfarkt kan karakteriseres som en traumatisk krise med stor fysisk, psykisk og sosial belastning er det viktig å understreke at ikke alle pasientene opplever det på samme måte. Benner og Wrubel beskriver dette på holistisk vis ved å påpeke at mennesket må sees på som et selvfortolkende vesen som opplever slike situasjoner i livet gjennom egne tolkninger av hva ting betyr for seg selv og andre. På grunn av dette må man som sykepleier innrette seg etter hele pasienten i hans totale livssituasjon, og ikke skille ham fra den sosiale, kulturelle eller historiske sammenhengen han lever i (Konsmo 1995:27-28).

Mange infarktpasienter går til stadighet rundt og undrer og bekymrer seg for fremtiden *”vil det skje igjen snart – kommer jeg til å overleve da?”*. Det er også vanlig at den rammende pasienten dømmer seg selv hardere enn nødvendig. Mange mister rett og slett troen på egen

yteevne som i verste fall kan resultere i angst, depresjon, sosial tilbaketrekking eller unødvendig uførhet.

Benner og Wrubel beskriver dette som et massivt sammenbrudd i den vanlige funksjonen til pasienten, som medfører at han opplever stor grad av stress, smerte, tap og utfordringer. På grunn av dette blir det livsviktig for den rammende pasienten å utvikle nye forståelsesmåter, ferdigheter og mestringsstrategier (Konsmo 1995:79). Men teoretikerne påpeker som sagt at alle mestrer slike påkjenninger på forskjellige måter. En pasient kan virke rolig og uanfektet, mens en annen kan virke svært angstpreget og urolig. Men likevel har begge pasientene det til felles at de opplever frykt for sitt eget liv, engstelse og mangel på kontroll, og begge forsøker å mestre situasjonen de har havnet i på den måten de selv mener er best. Enkelte får i tillegg sorgreaksjoner, mens andre opplever sinne, angst og frustrasjon. Cullberg forklarer at pasientene forstår og godtar disse forskjellige reaksjonene bedre hvis de er godt informert om dem på forhånd. Benner og Wrubel påpeker at man ikke skal dømme pasienters reaksjonsmønstre i en krisesituasjon, men heller gi støtte og forståelse for deres følelser og reaksjoner. Her blir omsorgsaspektet vesentlig.

Selv om det har skjedd en revolusjon når det gjelder medisinsk og kirurgisk behandling de siste tiårene er det likevel svært alvorlig for et menneske å få et hjerteinfarkt. Akkurat dette er det viktig å huske på for helsepersonell som skal jobbe med denne pasientgruppen. Mange kan ha lett for å konsentrere seg bare om selve hjertet, og dermed glemme resten av pasienten (Mæland 2006:9-10).

7.1 Kommunikasjon og informasjon

Som uerfaren sykepleierstudent har jeg svært begrenset erfaring med denne typen pasienter. På grunn av dette utførte jeg et kvalitativt intervju med to sykepleiere på en hjerteovervåkingsavdeling for å få et grundigere og mer realistisk bilde av hvordan ting blir gjort i praksis. Jeg fokuserte intervjuene på ulike mestringsiltak som ble gjort for å hjelpe pasientene i den første tiden etter infarkt, jeg ville også ha et mer generell karakteristik av en gjennomsnittlig pasient med hjerteinfarkt, og hans fysiske og psykiske reaksjoner.

Det første som slo meg under intervjuet var at mye foregikk svært annerledes enn det jeg har lest om i teorien. Et eksempel var mitt spørsmål om hvordan man som sykepleier gjennom god kommunikasjon, informasjon og omsorg kan bedre mestringsmulighetene til pasienten,

her gikk mye av svarene ut på at de vanligvis hadde svært dårlig tid til å ta seg godt nok av pasienten på den måten. Hovedfokuset var å få pasienten smertefri, og dermed gi relativt store mengder Morfin ved behov samt andre nødvendige medikamenter som oksygen, Nitroglyserin, acetylsalicylsyre og trombololysebehandling, i tillegg til å gi pasienten beroligende medikamenter som Sobril eller Stesolid for å redusere og mestre angst og uro.

Jeg innser at dette er svært livsviktige og nødvendige tiltak i en akutfase, men jeg trodde at det også var bredere fokus på mestringstiltak uten medisinsk karakter i tillegg. Når det gjaldt å informere pasientene om deres sykdomstilstand og etter hvert videre livsførsel var det i følge mine informanter vanlig å fortelle pasienten kort og konkret om hva som har skjedd, og ikke utdype informasjonen noe særlig.

Årsaken til dette er i samsvar med teorien om at pasientene har reduserte muligheter for å ta til seg og bearbeide grundigere informasjon i en tidlig fase. Eide og Eide beskriver viktigheten ved å gi riktig mengde informasjon til rett tid. Pasienten kan gjerne befinne seg i det Cullberg beskriver som en sjokkfase der det kan være vanlig å ha uklar bevissthet, og i tillegg bruke mye krefter på å fortrenge den smertefulle virkeligheten. Utdypende informasjon på et slikt tidspunkt kan gjerne gjøre situasjonen verre for pasienten, i tillegg til at han sannsynligvis ikke kommer til å huske noe særlig i ettertid (Cullberg 1997:130-131).

Informantene presiserte at kommunikasjonen og samværet med pasientene kunne ha vært bedre, men travle hverdager og stor gjennomgang av pasienter førte til at disse områdene kunne bli nedprioritert.

Carl May forsket på 1990 tallet på forholdet mellom sykepleier og pasient. Her kom det fram at selv om sykepleierne oppfattet forholdet til pasientene som svært viktig, var sykepleiernes kommunikasjon med pasientene til tider veldig begrenset. Carl May henviser også til Macleod Clarc som også har gjennomført flere prosjekter vedrørende sykepleiernes forhold til pasientene.

Her kommer det frem at samtalene ofte er kortvarige og av spesiell karakter. Mange sykepleiere stiller ofte begrensede og ledende spørsmål som ikke tillater fortsatt samtale, eller begrenser svarmulighetene, samtalen kan også inneholde direkte uttalelser i form av påstander. Clarc hevder at mange sykepleiere etter hvert utvikler en slags teknikk for å kontrollere interaksjonen med pasienten, og at de bevisst eller ubevisst utvikler ulike strategier for å unngå kommunikasjon med pasientene. Hvorfor det ofte blir slik er vanskelig å

svare på, kan det være tidspresset på avdelingen, eller er det en slags måte å distansere seg fra pasientene på? Clarc hevder at mange sykepleiere til tross for ambisjoner om å ta seg av hele pasienten og individualisere omsorgen, fortsatt har en tendens til å se pasientene som mennesketyper, atferdstyper eller sykdomstyper i stedet som individer (Svensson 2006:168-171).

Kan dette være noe av årsakene til at kommunikasjon og samvær med pasientene blir nedprioritert?, og hvorfor blir det slik? Teorier kan være at effektivisering og mangel på personale kan føre til at dette skjer naturlig, man har rett og slett ikke tid til å gjøre alt man føler at man bør gjøre i løpet av en vakt. Kan det også være at det å kommunisere med pasientene blir ansett som mindre viktig enn å gjøre organisatorisk arbeid eller snakke med andre kollegaer? Med Benner og Wrubels omsorgsteori innser man viktigheten av å ta seg god tid til pasienten. Men likevel er en sykehusavdeling til stadighet preget av effektivisering og nedskjæringer. Dette resulterer i økt press på de ansatte, og god kommunikasjon og informering er arbeidsoppgaver som ifølge mine informanter kan bli nedprioritert.

7.2 Prioriteringer etter et hjerteinfarkt

I de første timene etter hjerteinfarkt har pasientene ofte kompliserte medisinske problemer som krever konstant overvåking og behandling. Når det første døgnet er over og situasjonen for pasienten blir mer stabil, er ro og hvile hovedfokus. I følge mine informanter skal pasientene utsettes for minst mulig belastning både fysisk og psykisk, og det kan bli nødvendig å fråråde pårørende om å besøke pasienten for mye. Bare de mest nødvendige prosedyrene og gjøremålene skal utføres, og pasienten får beroligende medikamenter for å kunne være mest mulig avslappet.

Dette forklarer på mange måter hvorfor fokuset på kommunikasjon og informasjon er begrenset. Men på samme måte har jeg vanskeligheter med å forestille meg at dette skal være gjeldende helt til pasienten blir utskrevet. Hvilke forutsetninger har han da for å klare de enorme utfordringene med å mestre sin nye livssituasjon?

Lill Torjesen er intensivsykepleier på hjerte og lungesenteret, og har sammen med forskningsleder Nina Aarhus Smeby gjennomført en studie med fokus på informasjon og mestring hos hjerteinfarktpasienter. Torjesen hadde ut fra egne erfaringer oppdaget at mange

sykepleiere hadde veldig lite fokus på informasjon til hjerteinfarktpasienter, og ville undersøke om dette kunne påvirke tilpasningen videre i livet.

Hensikten med studien var å få pasientenes vurdering av informasjonen de fikk på sykehuset, og om den kunnskapen var god nok til å hjelpe dem å mestre hverdagen etter utskrivelse. Resultatene viste at flertallet av pasientene var misfornøyde med informasjonen de fikk under sykehusoppholdet, i tillegg til at kommunikasjonen med helsepersonell var mangelfull. Undersøkelsen viste at informasjon angående psykiske problemer som angst, depresjon og irritabilitet var det pasientene savnet mest. Men grunnleggende opplysninger om hva et hjerteinfarkt egentlig er, årsaker, bruk av medisiner, trening, livsstil, kosthold og seksualitet var også mangelfulle under sykehusoppholdet.

Studien konkluderte med at større satsing på informasjon og veiledning til hjerteinfarktpasienter kan spare pasientene og deres pårørende for unødige belastninger, samt forebygge reinnleggelser og hjelpe dem tilbake til et normalt liv (Torjesen og Aarhus 2001).

Akkurat denne studien samsvarer veldig med hva teorien og spesielt John Gunnar Mæland sier, men jeg forstår veldig godt informantenes forklaringer på hvorfor det ikke fokuseres så mye på kommunikasjon og informasjon den første tiden etter hjerteinfarkt. Kjell Magne Håkonsen hevder at det kan være mer enn nok å bare være tilstede uten å si så mye i en akutt situasjon. Det å vende seg mot pasienten, innta en åpen kroppsholdning og være avslappet er gode former for kommunikasjon som reduserer angst og uro hos pasienten.

Som sykepleier må man være bevisst på dette, og bruke denne formen for non – verbal kommunikasjon på en hensiktsmessig og målrettet måte. Dette signaliserer i tillegg respekt og troverdighet til pasienten (Håkonsen 1999:96). ” *Å vise omsorg gjennom blikk, kroppsspråk og tonefall tar ikke mer tid, men gjør allikevel stor forskjell for pasientens velvære* ” (Konsmo 1995:183).

Den ene informanten påpekte dette med viktigheten med å gjøre pasienten smertefri. Ved sterke smerter kan pasienten nesten være likegyldig til sykepleierens væremåte og hva som blir gjort eller sagt, dette fordi det er vanskelig å tenke på noe annet enn smertene. Mæland beskriver hvordan de sterke smertene som kan oppstå i forbindelse med et hjerteinfarkt kan være altopplukende, og en enorm stressfaktor for pasienten. I slike tilfeller der pasienten er kraftig smertepåvirket vil absolutt alt virke mer beroligende og bedre idet han blir smertelindret.

Benner og Wrubel beskriver hvor viktig det er å være omsorgsfull i sin væremåte ovenfor pasienten, og skape kontakt gjennom å være helt tilstede. De sier også litt om at man som sykepleier må være svært bevisst på sin verbale og non – verbale fremtoning. For eksempel det å være rettet mot pasienten, og ha øyekontakt viser at man bryr seg om den man snakker med. Små ting kan gjøre underverker på pasientens opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Holde pasienten i hånda hvis han uttrykker redsel eller sorg, hjelpe ham med å finne en behagelig stilling i senga, eller tørke ham i ansiktet med en våt klut. Det er veldig viktig å hele tiden observere behovene, og hjelpe pasienten helhetlig slik at han opplever bedre trygghets og mestringsfølelse. Sykepleieren må se etter pasientens væremåte og reaksjoner, og reflektere over hvordan man fremstår ved måten man reagerer og handler på, og på samme tid kjenne sine egne begrensninger. ” *Det er avgjørende å finne den riktige balansen mellom nærhet og avstand, og at omsorgen skjer ut fra de behov som pasienten og pårørende har for hjelp og støtte*” (Konsmo 1995:184).

7. 4 Fra Nybegynner til ekspert

Sykepleieren må vise pasienten at hun kan sitt fag ved å utføre ulike rutiner og prosedyrer på en selvsikker og trygg måte og ikke bli oppkavet hvis noe gjøres feil, dette gjør pasienten mer trygg på at han blir godt ivaretatt. Under intervjuet beskrev den ene sykepleieren hvor viktig akkurat dette var for pasientens opplevelse av trygghet og mestring. Som tidligere nevnt har Patricia Benner delt sykepleie inn i ulike kompetansenivå fra novise til ekspert, der en ekspert kjennetegnes ved en evne til helhetsoppfattelse i de fleste situasjoner. Men ikke alle sykepleiere kan være eksperter til enhver tid. En nyutdannet sykepleier kan på samme måte som en ekspertsykepleier ha mange gode kvaliteter til å behandle akutt syke mennesker. Det gjelder bare at man gjør det som er riktig i enhver situasjon, og ber om hjelp hvis man føler begrensninger eller ikke stekker til. Det viktigste er at pasienten føler seg trygg, og har tillit til sykepleieren og den behandlingen han får, på denne måten mestrer han hjerteinfarkt bedre i akuttfasen.

7.5 Alternative former for kommunikasjon og informasjon

På samme tid som denne formen for kommunikasjon kanskje er alt pasienten trenger de få døgnene han er innlagt på overvåkingsavdelingen, må man passe på å ikke undervurdere pasienten. Selv om han enten er i sjokk eller reaksjonsfasen som Cullberg beskriver, og på samme tid er sløvet og har nedsatt bevissthet på grunn av sterke smerter og morfinvirkningen kan han likevel få med seg mye av det som foregår rundt ham, og kan i ettertid huske det som skjedde enten positivt eller negativt.

Som sterkt bekreftet i teorien og intervjuet kan man ikke informere pasienten om alt som har med hans tilstand å gjøre, både på grunn av tidsaspektet og pasientens tilstand. Siden dette er tilfelle bør kommunikasjonen og informasjonen dreie seg om de spesifikke situasjonene der og da. Forklare pasienten hvorfor man tar blodtrykk, hvorfor elektroder kobles på brystet, eller hvorfor man må legge inn en venekanyle. Dette bidrar til å gjøre helhetsopplevelsen mer forutsigbar for pasienten, og dermed tryggere.

Hendelsesforløpet forut innleggelsen er gjerne dramatisk nok om ikke pasienten i tillegg skal være redd for prosedyrene som utføres og utstyret som brukes. Men dette må man hele tiden vurdere fortløpende, en pasient som er svært medtatt kan kanskje oppleve slik forklaring og informasjon som mer belastende. I slike situasjoner er det kanskje best at sykepleieren tar over styringen og handler på pasientens vegne, slik informantene beskriver det i intervjuet.

En av informantene begrunnet også den reduserte kommunikasjonen med pasientene med at de ofte ikke klarer å innse hva som egentlig skjer. De tenker ofte at det ikke er alvorlig, og prøver innbitt å overtale seg selv og helsepersonellet om at det er noe som går over, eller at det er pårørende som overdramatiserer det hele.

Når man ikke kan forandre en bestemt situasjon eller oppfatningen av den, er det vanlig å bruke ubevisste strategier for å redusere angsten som er forbundet med stressopplevelsen. For å holde uakseptable tanker og impulser borte fra bevisstheten er en forsvarsmekanisme å prøve å forandre den opplevelsen man har av virkeligheten.

Denne forsvarsmekanismen reduserer indre spenninger som følger med angsten og bidrar til å opprettholde stabilitet og ro i følelseslivet. Ved alvorlige stressopplevelser som akutt livstruende sykdom kan forsvarsmekanismene hjelpe til å gradvis tilpasse seg de ytre realitetene. Et hjerteinfarkt kan være så sjokkerende for pasienten at det kan bli vanskelig å ta det inn over seg, og ved å fortrenge og stenge opplevelsen ute mister den mye av sin kraft. I

likhet med fortregning er fornektning en vanlig mestringsstrategi, da nekter pasienten rett og slett å erkjenne realiteten.

I mange akutte situasjoner kan disse mestringsstrategiene være svært hensiktsmessige mekanismer som gir muligheter til å la traumatisk kunnskap mer gradvis bli en del av virkelighetsoppfatningen (Håkonsen 1999:61-65).

Å la pasientene være i en tilstand der de fortrenger eller fornekte virkeligheten innser jeg kan være en god strategi spesielt den aller første tiden. Dette kan på mange måter bidra til å holde både den fysiske og psykiske tilstanden stabil, men etter hvert må man virkelighetsorientere pasientene slik at de ikke utskrives med visshet om at tilstanden deres ikke var alvorlig. Da ser jeg for meg konsekvenser der pasienten ikke har innsikt eller kunnskaper om videre livsførsel, og ulike risikofaktorer. Benner og Wrubel påpeker viktigheten med å relatere seg til pasientens opplevelse og møte han der han er.

Som tidligere nevnt beskriver Sissel Tveiten at mestringshjelp til mennesker i krise krever pedagogisk innsikt, og en viktig oppgave er å hjelpe pasientene til å tilegne seg nye kunnskaper, holdninger og ferdigheter for å best mulig mestre konsekvensene av sykdommen. På denne måten bedres livskvaliteten.

Under intervjuet ble jeg informert om "Hjerteskolene" som er et tilbud alle pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan benytte seg av. Dette er et veldig bra opplegg med tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, ernæringsfysiologer, sosionomer, leger og psykiatere. På "Hjerteskolene" får pasientene grundig undervisning i alt de trenger å vite på områder som kosthold, ernæring, trening, røykeslutt, seksualitet osv, og de fleste som har deltatt har opplevd bedre mestringsopplevelse og livskvalitet etter kurset.

Jeg er enig i mine informanters påstander om at pasientene lærer bedre gjennom et slikt opplegg, men ulempen er at ikke alle pasientene benytter seg av dette tilbudet av forskjellige årsaker. På grunn av dette tenker jeg at grunnleggende pasientinformasjon bør gis mens pasientene er innlagt på sykehuset, man kan ikke ta for gitt at alle pasientene benytter seg av tilbud som "Hjerteskolene" eller poliklinisk oppfølging etter at de er utskrevet. Som John Gunnar Mæland sier *"Uvissheten er en større byrde enn fysiske plager og smerter"*.

Som Benner og Wrubel forklarer det er formålet med mestring å finne mening igjen. Det finnes utallige mestringsstrategier, og man må på grunn av dette hjelpe pasienten til å finne den som passer ham best. Det er også viktig å styrke pasienten til å bli det han ønsker å være.

Hvordan pasienten med hjerteinfarkt mestrer sin egen situasjon kan være svært avgjørende for hvilken livskvalitet han får i fremtiden

8.0 Oppsummering

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan man gjennom ulike former for kommunikasjon, informasjon og ikke minst omsorg kan bidra til at pasienten mestrer de psykiske belastningene forbundet med et hjerteinfarkt. Jeg har tatt for meg sykepleierens rolle i møte med disse pasientene i en akutfase, og har gjennom litteraturstudie og intervjuer prøvd å få større innsikt i hvordan man skal møte disse pasientene og hjelpe dem å mestre en vanskelig situasjon.

Jeg har gjennom dette arbeidet innsett at det ikke finnes noe fasitsvar i utøvelsen av sykepleie til disse pasientene, og det er heller ikke noe entydig svar på hvordan sykepleierne skal opptre i form av væremåte eller kommunikasjon. Alle pasientene er individuelle personer, og på grunn av dette kan man ikke hjelpe dem til å mestre denne påkjenningen på samme måte.

Arbeidet med Benner og Wrubels omsorgsteori har fått meg til å se at man må kunne relatere og bry seg om pasienten for å kunne oppnå trygghet, tillitt og mestring. Man må i tillegg ha et helhetlig menneskesyn, og hele tiden observere og forstå pasientens reaksjonsmønster.

Den akutte tiden etter et hjerteinfarkt er et vanskelig tidspunkt å utøve best mulig sykepleie. Det kan oppstå mange vanskelige problemstillinger både når det gjelder hvor mye informasjon som blir hensiktsmessig å gi pasienten og hvordan man på en god måte kan bidra til mestring av psykiske reaksjoner hos pasienten.

For å oppsummere vil jeg si at beroligende og oppklarende tilstedeværelse, reflektert atferd, ulike former for verbal og non – verbal kommunikasjon, grunnleggende informasjon og ikke minst god omsorg er viktige aspekter som bør utfylles for å bidra til best mulig mestring fra pasientens side.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2007) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Eide, H og Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, Dag m.fl (2006) *Sykdomslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

Cullberg, Johan (1997) *Mennesker i krise og utvikling*. H. Aschehoug og co.

- **33 sider**

Gjengedal, Eva. Hanestad Berit Rokne (2007) *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.

- **2 sider**

Håkonsen, Kjell Magne (1999) *Mestring og relasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- **58 sider**

Konsmo, Trulte (1995) *En hatt med slør..om omsorgens betydning for sykepleie*. Otta: Tano AS.

- **112 sider**

Mæland, John Gunnar (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

- **49 sider**

Svensson, Roland (2006) *Samfunn, medisin og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- 12 sider

Thornquist, Eline (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- 2 sider

Tveiten, Sidsel (2007) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- 7 sider

Internettsider

Christensen, Arnfinn (2008) *Dagbok for et hjerteinfarkt*. (Online) I: Arnfinns hjerte blogg 23. Oktober 2008. Tilgjengelig fra:

<http://arnfinnchristensen.blogspot.com/2008/10/dagbok-for-et-hjerteinfarkt.html> (Hentet 26.04 - 10)

- 8 sider

Folkehelseinstituttet: *Risikofaktorene for hjerteinfarkt fortsatt utbredt*. (Online), Publisert 08.10.07. Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:66300::0:5667:1:::0:0 .(Hentet 23.03 – 10).

- 4 sider

Nordby, Halvor (2008) *Oppfatter pasienten det du sier?* (Online) S. 68-71. I: Tidsskriftet Sykepleien nr 15. Tilgjengelig fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=117354 (Hentet 07.04 – 10)

- 6 sider

Pasientrettighetsloven § 3- 2 (1999) (Online), Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-063-006.html#5-1> (Hentet 06.04 – 10).

- 1 side

Riska, Oda (2008) *Pasienters kunnskap om hjerte og karsykdom* .(Online) S. 128. I: Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr.15. Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1712445 (Hentet 04.04 – 10)

- **1 side**

Torjesen, Lill. Aarhus, Nina. *Sammenhengen mellom informasjon og tilfredshet hos hjerteinfarktpasienter*. (Online) S. 31-37. I Tidsskriftet Hjerterforum nr. 14, Tilgjengelig fra:
http://www.palliativmed.org/asset/39591/1/39591_1.pdf (Hentet 05.04 - 10)

- **10 sider**

Ullevål universitetssykehus (2005). *Snakk med pasienten*.(Online) S. 28-32. I: Tidsskriftet sykepleien nr. 15, Tilgjengelig fra:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=118065 (Hentet 04.04 – 10)

- **1 side**

Sum selvvalgt litteratur = 309 sider