Bachelor i
Sykepleie
SPL 3902

Kull: 07HBSPLH
Gruppe: 752

ER JEG TRYGG HER?

Høgskolen i Gjøvik

Helse, omsorg og sykepleie

Mai 2010

Antall ord: 10439

Innholdsliste

1.0 INNLEDNING....4

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen....4

1.2 Avgrensning av problemstillingen....5

1.3 Oppgavens oppbygning....5

2.0 METODE....6

2.1 Begrunnelse for metodevalg....6

2.2 Valg og kritikk av kilder....6

3.0 TEORI....9

3.1 Akutt kritisk syk....9

3.2 Sykepleie til akutt kritisk syke....10

3.3 Hva er hjerteinfarkt....10

3.3.1 Symptomer....11

3.3.2 Behandling....11

3.4 Frykt og angst....12

3.5 Trygghet....13

3.5.1 Trygghet som begrep....14

3.5.2 Trygghet som behov....14

3.5.3 Indre trygghet og ytre trygghet....14

3.6 Omsorg....15

3.6.1 Omsorg som filosofisk begrep....16

3.6.2 Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv....16

3.7 Tillit....17

3.10 Etablering av et menneske-til-menneske-forhold....17

3.8 Kommunikasjon....18

3.8.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon....19

3.8.2 Profesjonell kommunikasjon....19

3.8.3 Travelbee`s syn på kommunikasjon....19

3.9 Informasjon.....20

3.11 Mestring.....21

3.11.1 Mestringsstrategier.....21

3.12 Autonomi.....22

4.0 DRØFTING.....23

4.1 Hvordan er det å være akutt kritisk syk?.....23

4.2 Hvilke betydning har kunnskap for omsorg?.....25

4.3 Hvordan skal sykepleieren møte pasienten?.....26

4.4 Hvorfor er det viktig å informere?.....30

4.5 Hvordan ivareta pasientens autonomi?.....32

5.0 KONKLUSJON.....34

6.0 ETTERORD.....36

6.1 Prosessevaluering.....36

LITTERATURLISTE.....37

1.0 INNLEDNING

Innledningsvis vil vi først presentere bakgrunn for valgt tema og presentasjon av problemstilling. Deretter kommer avgrensningen av problemstillingen og til slutt oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen

I følge folkehelseinstituttet er hjerte – kar – sykdommer den hyppigste dødsårsaken her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Hjerte – kar- sykdommer omfatter både hjerteinfarkt, hjerneslag og andre karsykdommer. Videre kan vi lese at i 2007 døde 5842 personer av såkalte iskemisk hjertesykdom, som vil si hjerteinfarkt og angina pectoris. Det finnes ingen fullstendig oversikt over hvor mange som får akutt hjerteinfarkt, men ifølge folkehelseinstituttet er det mellom 12 000 – 15 000 som blir rammet hvert år. Som sykepleiere vil vi derfor med stor sannsynlighet møte denne type pasienter. I følge Kristoffersen m.fl. (2005 B) blir trygghet innenfor sykepleie sett på som et grunnleggende behov vi mennesker har, og ved et hjerteinfarkt vil dette behovet være truet. Vi har gjennom vår studietid hatt fokus på å kunne bidra til trygghet hos pasienter. Vi har både som pasienter selv, og som studenter i de forskjellige praksisperioder sett viktigheten av å føle seg trygg. Vi vil i denne sammenheng ta med et eksempel fra da en av oss hospiterte på hjerteovervåkningen. Det kom inn en pasient med lungeødem, og tilstanden var veldig alvorlig. Sykepleierne som tok seg av denne pasienten virket så rolige og trygge at det smittet også over på meg som sykepleierstudent. De handlet raskt, men måten de kommuniserte med pasienten og kollegaene på var så rolig, at jeg glemte hvor kritisk situasjonen var. Vi ønsker å bli dyktige sykepleiere som klarer å bidra til trygghet for pasienten, og vil derfor fordype oss i temaet, slik at vi får mer kunnskap om dette. Problemstillingen lyder derfor :

«Hvordan kan en sykepleier bidra til trygghet hos en mann som kommer inn med hjerteinfarkt?»

1.2 Avgrensning av problemstillingen

Vi har valgt å ta for oss en mann i 40- årene, som kommer inn med hjerteinfarkt. Det er en første gangs – hendelse. Han blir lagt inn på hjerteovervåkningen, og er sterkt preget av frykt og angst. Vi kommer til å ha fokuset rundt første møte i den akutte fasen. Vi har valgt å ta for oss en mann, da det viser seg at kvinner og menn kan ha forskjellige symptomer på hjerteinfarkt. Vi tar utgangspunkt i at pasienten er norsk, og blir innlagt på norsk somatisk sykehus. Mye av det som omtales i oppgaven kan allikevel knyttes opp mot en fremmedkulturell pasient. For å begrense omfanget i oppgaven velger vi å ikke ta med pårørende, da dette er et tema i seg selv. Men det er viktig å huske på å gi omsorg og informasjon til pårørende, og at pårørende kan være en stor ressurs for pasienten. Vi har også unnlatt å ta med kriseteori på grunn av ordbegrensningen. Men som sykepleier til akutt syke, som hos en hjerteinfarktpasient, er det viktig å ha kunnskap om dette.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven inneholder en teoridel, en drøftingsdel og til slutt en konklusjon. I oppgavens teoridel presenteres en definisjon på akutt kritisk syk og sykepleie til kritisk syke, teori om hva hjerteinfarkt er samt symptomer og behandling. Vi skriver om frykt og angst, kommunikasjon, informasjon, omsorg, mestring og autonomi. Vi har valgt å belyse begrepet trygghet i teoridelen, for så å bruke trygghet som en rød tråd i drøftingen. I neste kapittel drøftes hvordan det er å være akutt kritisk syk, betydningen av kunnskap for å kunne gi god omsorg til en pasient med hjerteinfarkt, viktigheten av informasjon, hvordan en som sykepleier skal møte en pasient med hjerteinfarkt og hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens autonomi. Til slutt presenteres konklusjonen som et svar på problemstillingen.

2.0 METODE

«Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare» (Tranøy i : Dalland 1997 s.14).

2.1 Begrunnelse for metodevalg

Som metode for oppgaven vår har vi valgt litteraturstudie. Metoden innebærer at vi bruker kunnskap fra bøker, artikler og andre skriftlige kilder. På grunn av skolens rammer for tid og antall ord i oppgaven, mener vi at denne metoden egner seg best. Det er den metoden vi er best kjent med utifra tidligere oppgaver vi har skrevet, og vi føler vi har erfaring med den. I forhold til problemstillingen vår finnes det mye teori vi kan bruke. Ved en litteraturstudie har man tilgang til et stort spekter av litteratur, og man kan lett få oversikt over temaet. Dette danner grunnlag for sammenligning og bred kunnskap om emnet. Samtidig kan stor tilgang til litteratur føre til at man ikke får lest alt i sin helhet, og dermed overse viktige poeng. Data man finner om et tema kan være unøyaktig og usanne. Det er derfor viktig å være kritisk ved valg av kilder (Dalland, 2000).

2.2 Valg og kritikk av kilder

Vi har hentet litteraturen i oppgaven fra bøker, artikler og internettsider. Vi har brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. For å finne frem til relevant litteratur brukte vi internett, Bibsys og biblioteket på HiG. Vi søkte etter artikler i basene: SveMed+, Academic Search Elite, PubMed og Artikkelbasen.
Søkeordene vi har brukt enten alene eller i kombinasjon for å komme frem til aktuell litteratur er:
Norske: trygghet, sykepleie, hjerteinfarkt, akutt kritisk syk, angst, kommunikasjon, informasjon, omsorg, etikk, mestring og intensivsykepleie.
Engelske: safety, patient, nursing, acute, heart attack, trust og communication.

Vi syns det var en utfordring å finne relevante artikler, da de ikke var identiske med vår problemstilling. Det var også tidskrevende å lese gjennom de på grunn av lengden og

vanskelig språk. Derfor ble det mye lesing før vi fant en vi kunne knytte opp til vår oppgave. Artikkelen vi har valgt er aktuell for oppgavens problemstilling. Den handler om hvordan 14 pasienter opplevde å være akutt kritisk syke samt deres opplevelse rundt å bli lagt inn på en akutt avdeling. De forteller om inntrykk, og hva sykepleierne gjorde som bidro til at de følte seg trygge. De forteller også om hva de synes kan forbedres. Studien er gjort på amerikansk sykehus. Forholdene på norske og amerikanske sykehus er ikke identiske, men kan være tilnærmet like slik at de allikevel kan være sammenlignbare. Det samme gjelder pasientenes oppfattelse av trygghet.

Mesteparten av litteraturen vi har brukt er av nyere dato. Vi ser på det som viktig siden en del ting forandrer seg med tiden. Den eldre litteraturen ser vi går igjen i de nyere versjonene og er relevant den dag i dag. Vi har brukt både primær – og sekundærkilder. Fordelen med å bruke primærkilder er at disse ikke er tolket eller gjenfortalt av andre forfattere. Dermed er inneholdet nøyaktig det samme som forfatteren selv har skrevet. For å forstå sykepleieteoretikerne bedre har vi allikevel brukt en del sekundærkilder fordi vi syns det er vanskelig å få tak på hva de mener, og forstår det lettere når andre tolker dem på norsk.

Det finnes veldig mye litteratur relatert søkeordene våre, og utfordringen vår ble å ekskludere det vi ikke trengte. Vi leste i innholdsfortegnelsen til hver av bøkene, og plukket ut det vi mente var relevant i forhold til vår problemstilling. Etter å ha lest noen dager så vi klart for oss hva vi ville ha med i teoridelen og skrivingen kunne starte.

I forhold til trygghet bruker vi vesentlig Kerstin M. Andersson sin bok fra 1984. Selv om den er gammel, mener vi at den allikevel er relevant i dag, fordi fenomenet trygghet og opplevelsen av trygghet kan sies å være uforandret fra den gang. Andersson sin analyse er brukt i en del nyere bøker, hvilket kan underbygge at hennes trygghetsteori fremdeles er relevant. På den andre siden er faren ved å bruke gammel og mye brukt teori, at det kan bli en sirkel av myter som blir brukt igjen og igjen.

Av sykepleieteoretikere har vi valgt å bruke Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Travelbee ble født 1926 i USA, og har blant annet jobbet som psykiatrisk sykepleier.

Siden hun er spesielt opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie, mener vi hun sier mye relevant i forhold til vår problemstilling. Kari Martinsen ble født 1943 og er en norsk sykepleier. Vi velger å ta med henne i oppgaven, fordi hun særlig er kjent for sin omsorgstenkning innenfor sykepleie, noe som er sentralt i vår oppgave.

Det er mye informasjon å hente på nettet, men ikke alle nettstedene er like troverdige kilder. Det er derfor viktig å finne ut hvem som står bak nettstedet. Vi har benyttet oss av Statistisk sentralbyrå, Norsk sykepleierforbund og Lovdata. Dette er seriøse og anerkjente nettsider som vi derfor har brukt som referanser.

En del av den teorien som har relevans for vår oppgave er bygget på et hermeneutisk kunnskapssyn. Hermeneutikk betyr fortolkningslære som handler om å fortolke meningsfulle fenomener. Disse kildene er kvalitative, det vil si at de beskriver et fenomen, og forsøker å fange opp mening og opplevelser som er målbare (Dalland, 2000).

3.0 TEORI

3.1 Akutt kritisk syk

Hva vil det egentlig si å være akutt kritisk syk? Vi vil her definere begrepet for å tydeliggjøre dets betydning.

Moesmand og Kjøllesdal (1998) har tatt med to definisjoner på det å være kritisk syk. Den ene definisjonen er fra NSF, der de har definert pasientgruppen på følgende måte:

«*Målgruppen akutt og/eller kritisk syke er definert ut fra helse- og sykdomsdimensjoner og omfatter mennesker i alle aldersgrupper som:*

- *utsettes for skade/ulykke*
- *rammes av akutt inntreden av sykdom*
- *får en akutt forverring av en langvarig sykdomstilstand*
- *er i en tilstand hvor de vitale funksjoner er truet eller sviktende*
- *på bakgrunn av akutt/kritisk sykdom/sykdomsopplevelse kommer i fysisk, psykisk, sosial og/eller åndelig krisetilstand*

American Assosiation of Critical Care Nurses (AACN) definerer den kritisk syke slik: «*Den kritisk syke pasient er karakterisert ved å ha reelle eller mulige livstruende problemer. Han trenger kontinuerlig observasjon og intervensjon for å forebygge komplikasjoner og gjenvinner helsen*» (Moesmand og Kjøllesdal 1998, s,15)

3.2 Sykepleie til akutt kritisk syke

Nå som vi har definert begrepet akutt kritisk syk, vil vi også definere sykepleie til akutt kritisk syke for å få en bedre forståelse for hva det innebærer å gi sykepleie til denne pasientgruppen.

Moesmand og Kjøllesdal (1998) definerer sykepleie til akutt kritisk som :

å skape et terapeutisk miljø som tar utgangspunkt i pasientens og de pårørendes ressurser og spesielle situasjon. Sykepleieren skal bidra til:

- *at pasientens livsviktige funksjoner opprettholdes/gjenopprettes*
- *at pasienten tidlig kommer i en rehabiliteringsfase og kan gjenoppta personlig kontroll med sin situasjon*
- *at pasienten og de pårørende opplever sosial støtte også når behandlingen ikke nytter, og døden er uunngåelig*

Videre skriver forfatterne at: *«Utgangspunktet for sykepleie til akutt kritisk syke og deres pårørende er et helhetlig menneskesyn hvor integritet opprettholdes gjennom respekt for individet»* (Moesmand og Kjøllesdal 1998, s. 18).

3.3 Hva er hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt kommer av at en koronararterie blir blokkert. Blokaden oppstår som regel på grunn av en trombedannelse, og det er veldig vanlig at det kommer etter en ruptur av et ateromatøst plakk. Ved en slik ruptur vil endotelet bli skadet slik at trombocyttene fester seg til det. Når en koronararterie tilstoppes vil ikke den delen av hjertemuskelen som arterien hører til få tilstrekkelig oksygen, og den vil dø. På grunn av dette oppstår det en betennelsesreaksjon hvor det døde muskelvevet blir erstattet med bindevev. En slik tilhelingsprosess vil vare et par måneder. Akutt hjerteinfarkt kan oppstå i sammenheng med at pasienten er utsatt for stor fysisk eller psykisk belastning

(Jacobsen m.fl.2001, s.71).

3.3.1 Symptomer

Symptomene på hjerteinfarkt varierer fra person til person og om det er mann eller kvinne. Jacobsen m.fl. (2001) beskriver at pasienten vanligvis føler trykkende og intense brystsmerter som varer over lengre tid. Smertene kan variere i styrke og sted og noen føler kun et lett ubehag i brystet. Videre skriver forfatterne at det opptrer symptomer som kvalme og brekninger og at de aller fleste er bleke, kaldsvettende og redde. Ved store hjerteinfarkt inntrer ofte dyspne eller lungeødem fordi det har utviklet seg venstresidig hjertesvikt. Som nevnt tidligere i teksten kan det hos noen forkomme et hjerteinfarkt uten noen tydelige symptomer. Dette blir ofte kalt for et ”stumt infarkt”, og oppdages ved tilfeldige funn på EKG eller ved obduksjon (Jacobsen m.fl. 2001). Hvis høyre ventrikkel er rammet kan pasienten være blek og presjokkert på grunn av at den høyre ventrikkelen ikke klarer å føre blodet videre til den venstre ventrikkelen. Selv om den venstre ventrikkelen fungerer som normalt, vil pasienten få blodtrykksfall. Blodtrykksfallet kan forveksles med kardiogent sjokk med en dårlig prognose, men foreløpig har ikke pasienten lungestuvning og tilstanden vil bedre seg ved tilførsel av væske (Jacobsen m.fl. 2001, s.72).

3.3.2 Behandling

Målet med behandlingen av hjerteinfarkt er å redusere smertene, størrelsen på infarktet og å forebygge og behandle komplikasjoner (Jacobsen m.fl. 2001, s.73).
Noe av det som skjer med pasienten når han kommer til sykehuset er:

- Morfin gis intravenøst. Morfinen demper smertene, utvider blodårene og reduserer angsten.
- Oksygen gis via nesekateter eller maske, og da vanligvis 3 liter. Blodet blir mer mettet med oksygen, som er nyttig for det kritiske området i hjertet.
- Glyseroltrinitrat (nitroglyserin) gis som infusjon. Det fungerer ved å utvide blodårene og senker blodtrykket. Hjerte vil få bedre oksygentilførsel.
- Får medisiner som består av acetylsalisylsyre. Acetylsalisylsyre hemmer tromben i å bli større og at det danner seg flere tromber.

- Det blir tatt blodprøver. Blodprøvene som viser om det er hjerteinfarkt er troponin, myoglobin og kreatin kinase MB. Det blir en økt konsentrasjon av disse i blodet når hjertemuskelcellene dør.
- For å redusere angsten får pasienten angstdempende medisiner.
- Kobles til EKG slik at en kan observere hjertets elektriske aktivitet. Hjerteinfarkt vises ved karakteristiske forandringer på EKG.
- Det tas observasjoner av puls, blodtrykk, hjerterytme, respirasjon og oksygen mengden i blodet.
- For å begrense belastningen av hjertet, skal pasienten holde senga det første døgnet.
- Det gis også fibrinolytisk behandling hvor målet er å løse opp tromber og redusere størrelsen på infarktet. Behandlingen bør gis 6 timer etter at smertene oppstod, for at den skal ha noen hensikt.
- I det akutte forløpet av et hjerteinfarkt, er det behandlingen PCI som foretrekkes . Denne behandlingen går ut på at en ved hjelp av tynne kateter og vaiere går inn gjennom blodårene til den tette åren, og blokker opp denne direkte. En påviser den trange blodåren ved at en sprøyter inn kontrast i koronararteriene og på denne måten finner det riktige blodkaret (Almås 2001).

3.4 Frykt og angst

Disse reaksjonene er i følge Moesmand og Kjøllesdal (1998) veldig vanlige hos akutt kritisk syke. Vi vil derfor belyse de, slik at vi som sykepleiere kan få bedre forståelse for disse reaksjonene.

I følge ordboka er «frykt» og «angst» synonymer, men i psykologisk sammenheng er det et tydelig skille. I følge Hummelvoll (2004) er frykt en følelse som kan komme når noe objektivt truer oss. Angst derimot er ikke rettet mot et bestemt ytre objekt. Individet kjenner seg engstelig, men vet ikke hvorfor. Han hevder at angst kan være en diffus følelse, en indre uro uten kjent årsak. En pasient med hjerteinfarkt kan føle en generell dødsangst, hvor døden har en eksistensiell betydning, mens han frykter en vond og brå

død. I følge Moesmand og Kjøllesdal (1998) kan det derfor være lettere å redusere frykten enn angsten til en pasient, fordi årsaken til frykten som regel kan identifiseres. De har tatt med Clark (1993) sin inndeling av angstnivåer, for å hjelpe sykepleieren til å vurdere pasientens situasjon. Ved *mild angst* har pasienten i følge forfatterne en slags forventet reaksjon på sykdommen som vil kunne motivere pasienten til å gjøre noe med situasjonen. Ved mild angst er angsten håndterlig. Har pasienten *moderat angst* er evnen til å ta imot informasjon og uttrykke sine behov redusert. Ved *sterk angst* er ikke pasienten i stand til å ta i mot informasjon. Pasientens evne til hensiktsmessig mestring er i følge forfatterne veldig dårlig. Hummelvoll (2004) har ett fjerde nivå som han kaller «panikk». Han forklarer at pasienten da ikke er i stand til å oppfatte noe annet enn angsten sin.

Moesmand og Kjøllesdal (1998) forklarer at pasienten ofte opplever psykologisk stress på grunn av stimuli som støy, mangel på søvn, sosial isolasjon og smerte i forbindelse med prosedyrer for å nevne noen av eksemplene. Dette er en ukjent stimuli som kan skape frykt og angst. Videre nevner de at generell utrygghet relatert til egen situasjon, personalets kompetanse og mangel på personlig kontroll er faktorer som kan fremkalle frykt og angst.

3.5 Trygghet

Trygghet er noe vi alle kjenner til, men som allikevel kan være vanskelig å definere. I den norske ordboka beskrives trygghet som «det å være trygg» og «sikkerhet», noe vi fortsatt syns er en litt «svevende» definisjon. I dette kapittelet ønsker vi derfor å belyse begrepet fra forskjellige vinkler, med håp om å få bedre forståelse for hva trygghet innebærer.

«*Livet lar seg ikke fange inn av definisjoner. Det er så mye som da blir borte. Men vi kan varsomt snu og vende på ord som trygghet – med håp om å bli litt klokere. I undringen kan vi kanskje utvikle en klokskap som kan være godt å ha med seg i møte med andre mennesker.*» (Kristoffersen m.fl. 2005 B, s. 15).

3.5.1 Trygghet som begrep

Ved å se på begrepets opprinnelse, kan vi se at i Dansk etymologisk ordbog beskrives «trygg» som pålitelig, sikker, sikret og ubekymret, og fra engelsk *true,* som på norsk betyr tro, ærlig og sann (Kristoffersen m.fl. 2005 B). Pålitelig, trofast og ærlig er gjerne egenskaper som er ønskelig at sykepleieren har. Kristoffersen m.fl. (2005 B) skriver at trygghet er rasjonell, og alltid står i forhold til noe. Trygghet kan ikke kvalitetsikres slik sikkerhet kan. På sykehusene stilles det krav til elektromedisinsk utstyr, til brannsikkerhet i tekstiler og til prosedyrer. Det er viktig for at sykehusene skal være et sikkert sted for pasientene. Men hvis vi bruker ordet sikkerhet synonymt med trygghet, mener forfatterne at mange viktige sider ved menneskelivet går tapt. I hverdagen bruker vi ofte ordet «skape» i forhold til trygghet. Vi ønsker å skape den, men i følge forfatterne er ikke trygghet noe vi skaper, men gir rom for hos en pasient.

3.5.2 Trygghet som behov

Innenfor sykepleien er det ofte vanlig å knytte trygghet opp mot et behov som vi mennesker har. Den humanistiske psykologen Abraham Maslow beskriver den hierarkiske oppbygningen av behovene (Kristoffersen m.fl. 2005 B). Trygghet eller sikkerhet er et av behovene. Han mener at trygghet er behov for blant annet forutsigbarhet og beskyttelse. Han bruker det engelske begrepet «safety needs», som rommer mer enn det norske begrepet trygghet. Her inngår også sikkerhet. Kristoffersen m.fl. (2005 B) belyser trygghet som behov ved å relatere til små barn. Når vi tenker på barn, tenker vi ofte på sårbarhet og avhengighet av de voksne. Forfatterne beskriver videre med at barn trenger å bli ivaretatt, - mat, drikke, søvn, hvile og lek inngår i barnets hverdag. Ved at den daglige rytmen gir livet form, føler barnet tilhørighet og kjærlighet. En sykehusinnleggelse er et eksempel på hva som kan svekke forutsigbarheten hos et barn. Trygghet er viktig i en slik situasjon.

3.5.3 Indre trygghet og ytre trygghet

Andersson (1984) knytter begrepet trygghet til to dimensjoner: indre trygghet og ytre trygghet. Indre trygghet er opplevelsen av trygghet som en indre tilstand. Hun forklarer at den indre trygghetsfølelsen henger sammen med en positiv og trygghetsskapende

oppvekst, og at man er forankret i et konkret livssyn. Kristoffersen m.fl. (2005 B) hevder at til tross for en barndom fylt av vonde opplevelser, kan man allikevel oppnå trygghet. Vonde livserfaringer kan gjøre oss bedre rustet til å møte livet. Andersson (1984) betegner indre trygghet som «grunntrygghet». Ytre trygghet er i følge forfatteren opplevd trygghet gjennom interaksjon med omverdenen. Videre hevder hun at denne tryggheten er situasjonsrelatert, og at en god grunntrygghet gir bedre forutsetninger for å oppnå god ytre trygghet.

Hun forsøker videre å dele den ytre tryggheten i ulike dimensjoner:
Hun knytter relasjonstrygghet til sosialt nettverk, varme, nære venner, familie og at noen er tilgjengelige. Hun forklarer at «m*an söker en relation där man blir positivt bemött och trodd, där man inte behöver gardera seg, där man känner sig respekterad och inte blir betraktad «som en avvikande*»" (Andersson 1984 s.13).
Når det gjelder stole – på – andre – trygghet**,** knytter hun det til å stole på andre, og forklarer videre at behovet for denne formen for trygghet oppstår dersom man havner i en situasjon som man selv ikke er herre over. Kristoffersen m.fl. (2005 B) forklarer det som at store deler av livet vårt ligger i andres hender. Da er vi avhengige av hjelp, og at de som skal hjelpe, kan det arbeidet de er satt til å utføre. Andersson (1984) forklarer at kunnskap – og kontrolltrygghet handler om å ha kunnskap, å vite hvordan ting er og hva som gjelder. Det innebærer også å vite hvordan ulike roller er, hva man kan forvente i forskjellige situasjoner og hvilke krav som stilles. Man må beherske og mestre ulike forhold, og man må kunne avsløre truende situasjoner og finne ut at de allikevel ikke er så farlige.

3.6 Omsorg

Sykepleie betegnes som et omsorgsyrke, men hva mener vi egentlig med omsorg? Når vi begynner å gå nærmere inn på omsorgsbegrepet blir det straks mer komplisert. Er omsorgen vi opplever blant venner og familie, den samme som pasienten opplever når vi gir omsorg i sykepleien?

3.6.1 Omsorg som filosofisk begrep

Filosofen Mayeroff (Morrison og Burnard 1992) beskriver omsorg som det å hjelpe folk til å vokse. Han mener at omsorg er en utviklingprosess som krever kontinuitet. Videre beskriver han omsorg med disse ordene: *kunnskap, tålmodighet, ærlighet, tillit, ydmykhet, håp* og *mot*. Han sier at vi ofte snakker om omsorg som om varme tanker og gode hensikter er nok, men understreker at også *kunnskap* er nødvendig for å gi god omsorg. Vi må kunne forstå den andres behov, og gode intensjoner er ikke nok. For å kunne gi god omsorg til noen, må en vite mye. Han skriver at vi for eksempel må vite hvem den andre er, hva som er hans begrensinger, styrke og behov. En må også vite noe om sin egen styrke og begrensinger, og hvordan respondere på hans behov. Når det gjelder *tålmodighet* sier han at det innebærer å gjøre den personen man har omsorg for i stand til å finne seg selv. Han forklarer at det er viktig å gi vedkommende rom og tid, mens en er til stede og lytter. Om *ærlighet* mener han at det er viktig å se den andre slik han virkelig er samtidig som en respektere dette. En må også se på seg selv for å finne ut om ens egen omsorg hjelper eller hindrer den andre i å vokse. Han forklarer videre at omsorgspersonen må ha *tillit* til at den som mottar omsorg vil vokse i rett tid og på sin egen måte. I følge Mayeroff innebærer *ydmykhet* at kontinuitet er en del av omsorgsprosessen. *Håp* mener han innebærer at den andre vil vokse gjennom omsorg , og *mot* er å gå inn i den andres situasjon uten den sikkerheten som kjente situasjoner gir.

3.6.2 Omsorg i et sykepleiefaglig perspektiv

Morrison og Burnard (1992) tar opp folks oppfatning om at helsepersonell er betalt for å vise omsorg ovenfor andre, og at det blir satt spørsmålstegn ved om omsorg kan foreskrives eller ytes som viljestyrt , profesjonell handling. De konkluderer med at det antageligvis er forskjell på den profesjonelle omsorgsrelasjoner og andre omsorgsrelasjoner. De begrunner konklusjonen med at det profesjonelle omsorgsarbeidet ikke er noe vi selv velger, i den grad som de fleste andre dagligdagse relasjoner. I følge Helsepersonelloven § 4, er vi pliktige til å sikre at pasienten får hjelp i samsvar med «krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp». Morrison og Burnard (1992) beskriver i hovedsak omsorg i sykepleien som en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren utfører pålagte, rollebestemte aktiviteter på en slik måte at mottakeren forstår at hun gir uttrykk for bestemte følelser.

3.7 Tillit

I Kristoffersen m.fl. (2005 C) kan vi lese at sykepleieteoretikeren Kari Martinsen drar opp tillit som viktig i sykepleierens omsorg. Hun sier at tillit tilhører dagliglivet, og at vi normalt møter hverandre med det. Står vi ovenfor hverandre med mistillit, så er det spesielle grunner for det. Vi tror ikke at en person lyver på forhånd, det gjør vi først hvis vi har grepet han i det. Hun støtter seg til Knud Løgstrup når han forklarer at vi på forhånd har tillit til hverandre, og om vi hadde møtt hverandre med mistillit så hadde våre liv vært ødelagt. Videre skriver hun at tilliten ikke skal begrunnes, men at mistillit oppstår av mangel på tillit og må begrunnes. Ved å vise tillit mener hun at en skal utlevere seg og våge seg frem for å bli imøtekommet. Tillit er elementær i hvilken som helst samtale, og i vår holdning til andre. Tillit har å gjøre med kvaliteter som utvikles i relasjonen. Det er et spørsmål om å bli den andres tillit verdig. Med det forklarer hun at partene må ta utgangspunkt i at det er tillit til stedet. Den forbeholdne tillit pasienten viser sykepleieren, må hun først vise seg verdig til å motta. Først da vil pasienten våge seg frem, og gi noen av sine problemer i den andres hånd. Hun bruker stikkordet «interesse» i den sammenheng. En må altså vise oppriktig interesse for den andre, for hvis interessen virker uekte, vil mistilliten komme. En må engasjere seg i relasjonen og vise pålitelighet og ærlighet.

3.10 Etablering av et menneske-til-menneske-forhold

En god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å kunne utøve god sykepleie. Vi har her valgt Travelbee sin teori om menneske – til- menneske – forhold.

Travelbee mener at et menneske-til-menneske-forhold oppstår gjennom en interaksjonsprosess som består av ulike faser (Kristoffersen m.fl. 2005 C). Den første fasen er det *innledende møtet* mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren og pasienten danner seg et førsteinntrykk av hverandre som personer, og det vil skje gjennom at de observerer hverandres væremåte, handlinger og språk. Travelbee (ibid) mener at hvis sykepleieren ikke kan se pasienten som en person, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk. Etter hvert vil forholdet mellom sykepleieren og pasienten

utvikle seg, og deres *identiteter* vil komme frem. Oppfatningen av hverandre som roller vil bli mindre og det vil utvikle seg et kontaktforhold mellom dem.

Den neste fasen handler om *empati*. For Travelbee handler *empati* om «*evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en særegen person er i der og da»* (Kristoffersen m.fl. 2005, s.30 C). Gjennom empati kan en sette seg inn i og få forståelse for meningen ved tanker og følelser hos et annet menneske. At en sykepleier har empatisk forståelse vil bidra til viktig informasjon, når det kommer til å skjønne seg på det pasienten opplever inni seg og hans ytre adferd.

Sympati er den neste fasen i Travelbees interaksjonsprosess. Ved å vise sympati ovenfor en pasient, sier en at en bryr seg om han og om hvordan han har det. Sykepleieren kan vise sympati gjennom verbal og nonverbal holdning og væremåte (Kristoffersen m.fl. 2005 C). Videre kan vi lese at den siste fasen i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold går ut på en nær og gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Denne fasen kommer av at sykepleieren har vist pasienten at hun har forståelse, at hun bryr seg og vil hjelpe pasienten til å bli bedre.

3.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en av de viktigste redskapene en sykepleier bruker. Det er gjennom kommunikasjon at hun kan skape grunnlag for å gi god sykepleie.

Selve begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare,* som betyr å gjøre noe felles, inkludere en annen og ha kontakt med (Eide&Eide 2007). Vassend (1997) forklarer at når to personer kommuniserer med hverandre, går de på en eller annen måte inn med informasjon i kommunikasjonen og dette kalles for budskap eller innhold. Det handler om forholdet eller relasjonen mellom de som kommuniserer å gjøre.

3.8.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Vassend (1997) mener at når vi kommuniserer er språket det viktigste hjelpemidlet. Det gir oss hovedinformasjonen i samtaler med pasienten. Det er viktig at vi er opptatt av hvilket språk vi bruker, hvilke tiltak vi foretar oss ved hjelp av språk og hvilke sosiale og kulturelle faktorer som har en innvirkning på kontakten og kommunikasjonen. Når en kommuniserer bruker en også kroppsspråk, nonverbal kommunikasjon. Han skriver at forholdet mellom de som kommuniserer som regel vises gjennom nonverbale signaler som ansiktsuttrykk, blikk, stemmebruk, avstand, øyekontakt og bevegelser. Til og med når mennesker ikke utveksler ord til hverandre, sender de ut flere tegn gjennom kroppsspråket. Dette kan være både ubevisst og bevisst.

3.8.2 Profesjonell kommunikasjon

Eide&Eide (2007) skriver at profesjonell kommunikasjon ikke helt kan sammenlignes med kommunikasjon i dagliglivet. På jobb kommuniserer en som helsepersonell, og ikke som privatperson. Vi kommuniserer med mennesker som av forskjellige grunner behøver, søker eller er henvist til vår hjelp og assistanse. Videre skriver de at gode kommunikasjonsevner er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å yte bedre hjelp og støtte, til å foreta gode beslutninger sammen og til å påvirke den andres utvikling på en best mulig måte. Til pasienter og pårørende har helsepersonell ofte liten tid på seg til å opprette kontakt og skaffe seg en oversikt over situasjonen. De hevder at det å lytte aktivt og kommunisere på en klar måte er en betingelse for å klarlegge hva situasjonen forlanger og å forhindre uheldige valg og løsninger som er mangelfulle.

3.8.3 Travelbee`s syn på kommunikasjon

Travelbee i Kristoffersen m.fl. (2005 C) mener at kommunikasjon er et av de viktigste hjelpemidlene som sykepleieren har, og da spesielt når det kommer til å utvikle et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon dreier seg om at vi mennesker deler våre tanker og følelser med hverandre. Videre sier hun at når vi mennesker møtes oppstår det en kontinuerlig kommunikasjon hvor vi bruker ord og kroppsspråk, altså verbal og nonverbal kommunikasjon. Ved å kommunisere blir sykepleieren kjent med pasienten som person.

3.9 Informasjon

Når man blir syk eller hjelpetrengende på annet vis, har man ofte et stort behov for å få informasjon og kunnskap relatert sykdommen, prognosen, behandlingen, bivirkninger av medisiner og behandling, psykiske reaksjoner, praktiske forhold når det gjelder sykehusopphold, støtteordninger, treningsprogrammer eller andre ting. Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste oppgaver.

I Eide&Eide (2007) kan vi lese at informasjon er formidling av kunnskap som bør skje i dialog og på pasientens premisser. Man må finne ut hva pasienten trenger informasjon om og informere på en slik måte at informasjonen oppleves relevant. De nevner at det er viktig å ha som mål at pasienten skal mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpen som mulig. Videre forklarer de at økt kunnskap gir en følelse av kontroll, både kognitivt og instrumentell og opplevelse av mestring. Men ved siden av informasjon om sykdom og behandling, er det også viktig å informere om praktiske ting. Da drar de inn tre viktige forhold:

Informasjonen skal være fullstendig, men man skal samtidig ikke overlesse pasienten med for mye informasjon. Det er da lett at pasienten ikke klarer å forholde seg til den, eller har evne til å huske den da for mye informasjon har lett for å prelle av. En del informasjon kan med fordel også gis skriftlig. Det andre de nevner er at informasjonen bør være med på å gjøre pasientens situasjon så forutsigbar som mulig. At den kommer på rett tidspunkt og i god tid, er derfor viktig. Det tredje er at informasjonen gis på en enkel og forståelig måte, med tanke på språk og tydelighet. «Sykehusslang» og latinsk språk bør unngås. Informasjon om pasientens sykdom, skade, behandling eller prognose er det primært legen som skal gi. Sykepleieren har et medansvar for å legge til rett for det. Er det flere som skal gi informasjon, er det viktig at det er samsvar i den.

3.11 Mestring

Ved et hjerteinfarkt vil pasienten havne i en situasjon han selv ikke har kontroll over. Vi vil derfor belyse dette begrepet, for å få en dypere forståelse for hva mestring kan bety for pasienten.

Menneskers opplevelser og reaksjoner på sykdom, variere fra menneske til menneske. I følge Lazarus og Folkman i Kristoffersen m.fl (2005 B) går mennesker gjennom flere faser for å vurdere om en kan mestre en situasjon. Den første vurderingen er *primærvurderingen*. De forklarer at når pasienten prøver å mestre situasjonen vil han enten handle ut ifra sin kognitiv vurdering eller vurdere det ut fra sin oppfatning av situasjonen. Opplever han situasjonen som alvorlig, ny og usikker vil han få en sterk stressopplevelse som kan føre til angst, sinne og fortvilelse.

Den neste fasen de beskriver er *sekundærvurderingen*, som går ut på at pasienten vil vurdere om han på noen måte kan takle situasjonen. Pasienten vil for eksempel søke etter erfaringer fra liknende situasjoner som han kan bruke. Pasienten vil også vurdere om han har nok kunnskaper og ferdigheter til å mestre situasjonen.

Blir pasienten klar over at han kan mestre situasjonen, vil han ta for seg en *revurdering*. Han vurderer situasjonen på nytt når han har fått ny informasjon av for eksempel legen eller sykepleieren. Pasienten vil da se muligheten for at han kan mestre situasjonen. Situasjonen som pasienten opplevde som en trussel, kan nå oppleves som en utfordring (Kristoffersen m.fl. 2005 B).

3.11.1 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman i Kristoffersen m.fl. (2005 B) beskriver to forskjellige mestringsstrategier. Den ene strategien kalles *problemorientert mestring*, hvor pasienten deltar aktivt og direkte til situasjonen eller problemet. Denne mestringsstrategien går ut på at pasienten søker informasjon fra forskjellige referanser, før han eventuelt bestemmer seg for et behandlings alternativ. Det vesentlige er at pasienten bearbeider følelsene og aktivt tilpasser seg den nye livssituasjonen sin.

Den andre mestringsstrategien de beskriver er den *emosjonellorienterte* mestringen. Her går strategien ut på at pasienten istedenfor å forandre situasjonen, endrer opplevelsen av den. De mener at strategien i hovedsak handler om å minske ubehaget ved situasjonen, slik at pasienten reduserer følelsene som fører til opplevelse av stress, eller forandrer meningsinnholdet ved situasjonen.

3.12 Autonomi

Autonomiprinsippet er det etisk prinsipp som i størst grad verner om pasientens integritet. Hos en akutt kritisk syk pasient, som ved et hjerteinfarkt, kan det være en utfordring å alltid ivareta pasientens autonomi. Men vi mener allikevel det er viktig, og vil derfor belyse begrepet.

Kristoffersen m.fl. (2005 A) skriver at ordet *autonomi* kommer fra det greske språket og betyr selvstyre eller selvbestemmelse. Videre kan vi lese at betydning av ordet autonomi er at personen selv har rett til å foreta ta valg og beslutninger som angår han. Før i tiden var det legene som tok avgjørelser i forhold til hva som var best for pasienten. Legene mente at på grunn av sin fagkunnskap visste de hva som var best, og hadde derfor myndighet til å ta avgjørelser for pasienten. Denne form for innstilling blir kalt paternalisme. Sykepleierne hadde også en slik rolle.

I følge Brinchmann (2008) er pasientenes autonomi i dag betraktet som et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Pasientene har rett til medvirkning og informasjon i forhold til sin helse og diagnose, noe som er understrekt i pasientrettighetsloven § 3-1 og 3-2, og helsepersonelloven § 10. Det er også lagt vekt på pasientens rett til medbestemmelse i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Stort sett så handler retten til medbestemmelse om retten til å nekte behandling.

4.0 DRØFTING

4.1 Hvordan er det å være akutt kritisk syk?

Vi tror dette er et viktig spørsmål å stille oss selv, og kanskje avgjørende for å kunne bidra til trygghet hos akutt kritisk syke. Innlevelse i pasientens situasjon kan i følge Moesmand og Kjøllesdal (1998) åpne for nye perspektiver i utøvelsen av sykepleie og bidra til at det skjer på pasientens premisser.

Det å bli akutt kritisk syk, som ved hjerteinfarkt, preges av forandring, tap og krise. Situasjonen kan ha oppstått brått og medført frykt og angst. Ved et hjerteinfarkt vil pasienten komme i ukjente omgivelser og blant ukjent helsepersonell. Han har da varierende grad av personlig kontroll over sin situasjon. Allerede under transporten til sykehuset møter pasienten ukjente mennesker som starter behandlingen som regel ved hjelp av teknisk utstyr. Moesmand og Kjøllesdal (1998) hevder at det allerede fra første stund er fare for at pasienten vil oppleve fremmedgjøring og tingliggjøring grunnet at behandlingen blir utført av mange personer og ved hjelp av teknisk utstyr som i seg selv krever overvåkning. Når pasienten kommer inn på sykehuset vil han oppleve å møte flere ukjente mennesker, og enda et nytt sted å forholde seg til.

En pasient med hjerteinfarkt vil bli lagt inn på en hjerteovervåkningsavdeling, og i Almås (2001) kan vi lese at å bli lagt inn på en slik avdeling kan være skremmende i seg selv. Moesmand og Kjøllesdal (1998) forklarer at hos en akutt kritisk syk skifter det fra time til time, og fra dag til dag. Det kan skifte mellom håp og håpløshet, visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet. De beskriver videre at pasienten kan ha varierende grad av bevissthet og evne til å skille mellom fantasi og virkelighet. Slik vi forstår dem kan en hjerteinfarktpasient oppleve å ha svingende følelser og i perioder være desorientert. I artikkelen The need to know: experiences of critically ill patiens (Hupzey og Zimmerman 2000) viser de til 14 pasienter som har opplevd å være akutt kritisk syke. Noen av de forklarer at de følte seg forvirret. De følte at sykepleierne var ute etter dem og ville skade dem. Dette førte til at de dro ut intravenøsen og slo etter sykepleierne.

Moesmand og Kjøllesdal (1998) forklarer at sykdom kan forstyrre pasientens selvoppfatning, hvordan han handler og hans væremåte. Slik vi forstår dem kan pasienten bli fremmed for seg selv, og verken klare å gjenkjenne sine egne reaksjoner eller vite hvordan han skal hanskes med dem. Pasientene i artikkelen forteller hvor viktig det er at sykepleieren orienterer om tid og sted, hvem hun er, hvorfor pasienten er der, og forteller at hun er der for å hjelpe.

Det er bare den som har vært akutt kritisk syk som kan si hvordan det er. Vi kan lese om det gjennom forskning på pasientopplevelser, via poesi, skjønnlitteratur, biografer og artikler i fagtidsskrifter og massemedia (Moesmand og Kjøllesdal 1998, s. 32). I artikkelen beskrev tre av de å være akutt kritisk syk slik:

«*I was basically scared, cause I didn`t know, as I said, never having a heart attack and never really being sick – I didn`t know what the hell was going on*»

«*I was really bad for a while. I thought I was in hell*».

«*I didn`t know where they were taking me. I didn`t even think they were going to call my husband. All my stuff was there and I was just scared to death. The more I panicked, the harder it was for me to breathe..*».

Ut fra Hupcey og Zimmerman (2000) var behovet for trygghet det viktigste for pasientene på en hjerteovervåkning. Noe av det som påvirket opplevelsen av trygghet var det å vite hva som skjedde og hva en kunne forvente seg, ha tillit til personalet, bli overvåket og gitt omsorg av personalet og troen på at høyere makter hjalp dem igjennom.

4.2 Hvilke betydning har kunnskap for omsorg?

I definisjonen på sykepleie til en akutt kritisk syk står det som nevnt før i oppgaven at sykepleieren skal ha et helhetlig menneskesyn. Det vil si at sykepleieren tar utgangspunkt i omsorg for hele personen. Da må hun inkludere pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon.

Kari Martinsen hevder at omsorg er et grunnleggende moralsk begrep (Kristoffersen, 2005 C). Hun sier at omsorg er et mål i seg selv, og at det ikke skal være noen baktanker med den. Det vil si uten å ha som mål at pasienten for eksempel skal bli bedre eller gjenvinne uavhengighet. Vi forstår ikke helt denne tanken. Når en pasient kommer inn med hjerteinfarkt, mener vi at målet er å opprettholde og/eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Vi mener at vi da bruker omsorg som et verktøy for å nå målet. Videre sier hun at omsorg dreier seg om å ha ansvar for den svake, og forplikter til å handle på en måte som hjelper den syke. Derved har omsorg både en relasjonell og en praktisk dimensjon. Hun sier at omsorg i sykepleien er å handle i nestekjærlighet, uten å forvente å få noe tilbake. Vi forstår hvor Martinsen vil, men vi føler allikevel at å gi omsorg gir oss *noe.* Det føles godt å kunne hjelpe andre. Det er den største grunnen for at vi har valgt et omsorgsyrke. Men sykepleieren er som sagt også pliktig til å gi omsorg. Helsepersonelloven § 4, sier at sykepleieren er pliktig til å sikre at pasienten får hjelp i samsvar med «krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp».

Den relasjonelle siden ved omsorg knytter vi opp mot å etablere mellommenneskelig kontakt, mens den praktiske siden av omsorg dreier seg om praktiske ferdigheter og erfaring. En pasient med hjerteinfarkt har havnet i en situasjon som han selv ikke er herre over, og han har da behov for å kunne stole på andre. Det er denne form for trygghet Andersson (1984) kaller for stole – på – andre – trygghet. Det kan føles som at pasienten legger store deler av sitt liv i andres hender. Han er da avhengig av at de som skal hjelpe han kan arbeidet sitt. Sykepleieren er pliktig til å hjelpe han, og det er da viktig at hun har kunnskap om hvordan. Mayeroff i Morrison og Burnard (1992) bruker som nevnt disse ordene om omsorg: *kunnskap, tålmodighet, ærlighet, tillit, ydmykhet, håp* og *mot*. Ordet kunnskap er nevnt først, og vi velger å tro det er en grunn for det. At

sykepleieren har god kunnskap er avgjørende for at en hjerteinfarktpasient kan føle trygghet. For at sykepleieren skal kunne gi den omsorgen og sykepleien som pasienten trenger, kreves allsidige kunnskaper og ferdigheter.

Martinsen skiller grovt mellom to typer kunnskap. Den ene er kunnskap som bygger på sanselig forståelse, og den andre er kunnskap som bygger på begrepslig forståelse. Kunnskap som sykepleieren har fått gjennom begrepslig forståelse er i følge Martinsen fastlagt og klassifiserende (Kristoffersen m.fl. 2005 C). Denne kunnskap er opptatt av det generelle og allmenne, det som er felles for en gruppe situasjoner som for eksempel hos hjerteinfarktpasienter. Vi tror at ved bruk av kun denne kunnskapen, vil omsorgen bli overfladisk. Den vil ikke involvere hele personen. Hun forklarer at i den sanselige forståelsen er grunnlaget for kunnskapen de sanseinntrykkene sykepleieren mottar gjennom sansene og kroppen. Denne kunnskapen har flere betegnelser, som for eksempel praktisk kunnskap. Martinsen skriver at når denne kunnskapen benyttes er hele personen involvert. Hun sier at denne kunnskapen blir utviklet gjennom erfaring. Slik vi forstår Martinsen, må sykepleieren ta utgangspunkt i den konkrete pasienten. Sykepleieren må bruke sansene sine for å kunne tolke hvordan nettopp denne pasienten opplever situasjonen. Vi mener at denne form for kunnskap er viktig for å kunne gi sykepleie basert på et helhetlig menneskesyn, og at det er dette Travelbee mener når hun skriver om empati (Kristoffersen m.fl. 2005 C)

4.3 Hvordan skal sykepleieren møte pasienten?

Ved en sykehusinnleggelse kommer et menneske inn i pasientrollen. I følge Travelbee kan sykepleierens mål og hensikt bare nås ved å danne et menneske – til – menneske – forhold (Kristoffersen m.fl. 2005 C). Vi stiller oss litt kritiske til hvordan sykepleieren kan oppnå et menneske – til – menneske – forhold hos en person som kommer inn med hjerteinfarkt, og der tiden kanskje er knapp. Ting skjer fort, og førsteprioriteten er å redde livet til pasienten. Sykepleierens mål og hensikt når det kommer inn en pasient med hjerteinfarkt vil være å opprettholde og/eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Kan ikke dette oppnås uten å danne et menneske – til – menneske – forhold?

Travelbee beskriver ulike faser for hvordan et menneske – til – menneske – forhold oppstår. Første fasen er *det innledende møtet* mellom sykepleier og pasient. Hun forklarer at begge danner seg førsteinntrykk av hverandre som personer, gjennom å observere hverandres væremåter, handlinger og språk. En vennlig og umiddelbar presentasjon av seg selv med navn syns vi absolutt hører hjemme også i en akuttsituasjon, som for eksempel ved hjerteinfarkt. I følge Nortvedt (2002) etableres det da kontakt med pasienten, og det legges et viktig grunnlag for videre behandling. Vi tror det er denne kontakten Travelbee sikter til når hun skriver om det innledende møtet. Sykepleieren presenterer sitt navn, som da gjør henne til noe mer enn bare «sykepleieren». Det blir mer personlig.

Nortvedt (2002) nevner også at berøring og det å ta på pasienten ofte er noe av det viktigste sykepleieren gjør i det første møtet. De fire viktige kanalene for overføring av nonverbale signaler er syn, hørsel, luktesans og hudsans (Eide&Eide 2007). For å nevne eksempler kan et håndtrykk, en hånd rundt skulderen, en myk hånd på panne eller kinn, formidle kontakt som på en unik måte fører til trygghet. Samtidig er dette også vesentlig for å innhente opplysninger om blant annet pasientens sirkulasjon. Vi mener at dette er et godt eksempel på at berøring kan registrere, - men også formidle ønsket om å hjelpe og gi følelsen av trygghet også i en akutt situasjon.

Det er viktig at sykepleieren får pasienten til å oppleve at omsorgen for han er ekte, og at sykepleieren ser hans behov og bekymringer. Travelbee (Kristoffersen m.fl. 2005 C) sier at ved å vise sympati ovenfor en pasient, sier sykepleieren at hun bryr seg om pasienten og hvordan han har det. Sykepleieren kan vise sympati gjennom verbal og nonverbal holdning og væremåte En slik sykepleier har et godt utgangspunkt for å skape trygghet, tro og håp hos pasienten. Andersson (1984) sier at trygghet er knyttet til det å oppleve seg ivaretatt. Det er derfor viktig at sykepleieren prøver å vise en oppriktig omsorg til pasienten. Travelbee (ibid) sier også noe om dette; hun skriver at sykepleieren gjennom sin egen oppførsel må vise at hun kan og vil hjelpe den syke ved behov. De aller fleste pasienter ønsker å bli sett, hørt og tatt på alvor.

Travelbee er opptatt av begrepet *håp,* et begrep Mayeroff (Morrison og Burnard 1992) også nevner er viktig ved omsorg. Travelbee knytter håp opp mot den trygge forvissningen om at en vil motta hjelp fra den andre når en trenger det (Kristoffersen 2005 C). Vi tror det er viktig at sykepleieren formidler håp til pasienten. Ved for eksempel å si «jeg er her for å hjelpe deg, - dette klarer du!», kan gi pasienten håp og mot i en situasjon der han føler håpløshet. Videre sier Travelbee (ibid) at en person som håper, opplever en viss mulighet til å velge. Dette gir igjen en opplevelse av autonomi og frihet. Som enkeltfaktor er opplevelsen av å kunne velge den mest betydningsfulle når det gjelder å bevare følelsen av kontroll over eget liv og egen skjebne, selv i ekstreme situasjoner som ved et hjerteinfarkt. Hun sier at en trenger mot for å kunne holde ut og ikke gi opp. Ved at sykepleieren er positiv, tror vi dette kan smittes over på pasienten. Oppmuntrende ord som for eksempel «Fortsett å pust rolig, - du er kjempe flink!», kan hjelpe pasienten til å føle mot til å holde ut. En av de intervjuede i Hupcey og Zimmerman (2000) forteller: «.. *a nurse just kept touching me and rubbing my shoulder. She said «come on, you can do it. You`re gonna be fine. You`re gonna be okey». The nurse was wonderful. She really talked me through*». Travelbee (ibid) sier også at mot er nødvendig for å overvinne angst, frykt og usikkerhet.

Det er også viktig at sykepleieren opptrer rolig og formidler trygghet. Hun må være bestemt og besluttsom, men også formidle varme, omsorg og omtanke (Nortvedt 2002). En skal som sykepleier være oppmerksom på at pasienten som regel registrerer alle signaler verbalt og nonverbalt som sykepleieren uttrykker. Det er derfor viktig at sykepleieren gir signaler om kunnskap, oversikt og kontroll over situasjonen. Disse signalene forklarer Nortvedt (2002) at den kompetente sykepleieren formidler med faste blikk, en dempet stemmebruk og rolige kontrollerte bevegelser. Vi tror dette vil føre til at pasienten får tillit til at sykepleieren har den kunnskapen og erfaringen som skal til for å hjelpe han. Sykepleieren må kort sagt vise trygghet for å kunne skape trygghet. Når Andersson (1984) sier at en god grunntrygghet gir en bedre forutsetning for god ytre trygghet, gjelder det sykepleier så vel som pasient. Dersom sykepleieren er trygg på seg har hun en bedre forutsetning for å være trygg i de ulike situasjonene hun kommer i som sykepleier.

En sykepleier skal vite hva hun ikke mestrer. Helsepersonelloven § 4 bruker som tidligere nevnt ordet «faglig forsvarlighet». Sykepleier har plikt til å drive faglig forsvarlig sykepleie, og må be om hjelp til det hun ikke mestrer. Hvis sykepleieren må be om hjelp av en annen sykepleier, vil pasienten da miste tilliten? Vi tror ikke det. Vi mener dette vil gi signaler om at sykepleieren er ansvarlig. Det å vite at en sykepleier er ansvarlig mener vi kan bidra til trygghet hos pasienten.

Sykepleieren må være til stede her – og – nå, og vise oppriktig interesse for pasienten. Dersom for eksempel sykepleier gir et inntrykk av at hun har dårlig tid, kan dette medføre at pasienten ikke tør å spørre om ting han ønsker svar på. Hvis det ikke er rom for at pasienten kan stille de spørsmål han ønsker, skapes utrygghet. Martinsen (Kristoffersen 2005 C) beskriver tillit som en grunnleggende verdi som er spontant til stede i mellommenneskelige forhold. Hun sier det er viktig at sykepleieren innfrir til pasientens forventninger om å bli tatt på alvor, ellers vil tillitsforholdet være ødelagt og pasienten vil føle seg utrygg. Slik vi forstår dette, henger tillit og trygghet tett sammen. I det første møtet som Travelbee beskriver, vil det da i følge Martinsen være tillit tilstede fra første sekund. Det er da opp til sykepleieren å bevare tilliten eller å skape mistillit.

Travelbee (Kristoffersen 2005 C) sier at menneske – til – menneske forholdet ikke kan oppstå mellom roller, men mellom personer. Men hva mener hun med dette? Hadde vi selv hatt hjerteinfarkt ville vi søkt hjelp fra nettopp de som har roller innenfor helsevesenet, fordi de har kunnskap som trengs for å kunne hjelpe. Sykepleiere har kompetansen som skal til for å kunne gi riktig behandling, og det i seg selv kan skape tillit. Nortvedt og Helseth (2002) skriver at det nettopp er kjennskap til rollene som kan skape grunnlaget for trygghet. Men i tillegg skriver de at for virkelig å skape trygghet er det også viktig å ivareta den personlige dimensjonen i forholdet. De mener sykepleieren bare kan ivareta det dersom han er seg selv. Eksempler de kommer med er : å møte blikk, ta i mot en utstrakt hånd, være oppmerksom på tåren i øyekroken, høre på pasienten og ikke avvise angsten som pasienten uttrykker. Vi tenker at dette henger sammen med å bruke sansene sine, som Martinsen (Kristoffersen 2005 C) skriver om.

Vi tror at Nortvedt og Helseth (2002) sikter til at selv om det oppstår roller som «sykepleier» og «pasient» skal sykepleieren fortsatt se på pasienten som en person som er ulik andre pasienter. I en personlig relasjon mellom «du» og «jeg» mener forfatterne at det finnes alt det som skal til for et godt møte, og at det er i en slik relasjon sykepleieren kan hente frem det som kalles menneskelighet. Vi tror at dette også er det Travelbee (Kristoffersen 2005 C) er inne på når hun skriver at hvis ikke sykepleieren ser på pasienten som en person, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk.

4.4 Hvorfor er det viktig å informere?

Frykt oppstår, som nevnt, når en trussel kommer uten ifra eller for noe som kan skje i fremtiden, mens angst kommer når eksistensielle behov er truet. Ved hjerteinfarkt har mange dødsangst. Her har angsten en eksistensiell betydning, mens en frykter en vond død. Smertene ved et infarkt er forbundet med sterk dødsangst. Morfin er derfor et viktig tiltak, og sykepleieren bør samtidig informere kort om hva hun gir og hvorfor. Pasienten føler seg truet i forhold til å overleve og i forhold til usikkerheten med hva som skjer med en selv. McKinley mfl. (2002) hadde en studie med 14 tidligere akutt kritisk syke (Eide&Eide 2007) Her kom det frem at sårbarheten deres ble redusert da de fikk informasjon om hva som skulle skje. Eide & Eide (2007) konkluderer med at informasjon kan dempe engstelse, fordi den gir mer forståelse og oversikt over situasjonen. Manglende informasjon kan føre til det motsatte og medføre til at fantasien overtar hos pasienten, som igjen styrer hans opplevelse og atferd.

«Hva vi gjør og hvorfor» tror vi derfor er viktig å informere om slik at pasienten slipper å bruke mye energi på å ikke vite hva som foregår. Det kan resultere i at han bare blir enda mer engstelig og redd, og tenker det verste. Om utrygghet skapes av frykt eller omvendt er vanskelig å si. Kanskje det er uttrykk for samme sak? En undersøkelse gjort i en akutt mottaksavdeling på et engelsk sykehus (Moesmand og Kjøllestad 1998), viser at angsten var knyttet til flere faktorer. Å ikke vite hva som ville skje med en selv i avdelingen, å måtte gjennomgå ubehagelige prosedyrer, å ha smerte og å ikke vite hva som var galt med en, var noen av faktorene for angst. Vi ser her at usikkerheten rundt ting kan føre til angst, som igjen er en stressfaktor. Stress er ugunstig hos en

hjerteinfarktpasient på grunn av at oksygenbehovet da vil øke. Når pasienten for eksempel får analgetika er det viktig å informere om hva vi gir og hvorfor vi gjør det. Det kan føles skremmende for pasienten og bli sløv uten å vite hvorfor. Informasjon om hva slags tilkoblingsutstyr – og behandlingsutstyr kan også virke betryggende å informere pasienten om. I følge Moesmand og Kjøllestad (2001) kan dette realitetsorientere han om hva som er årsaken til ukjente lyder, alarmer, ubehag og nedsatt mulighet til bevegelse. Gulbrandsen og Stubberud (2005) hevder at ved å informere pasienten får han bedre kontroll på det som skjer, og det hjelper pasienten til å mestre det negative stresset som er forbundet med situasjonen. Vi knytter dette opp mot Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi. Den går ut på å minske ubehaget ved situasjonen slik at pasienten reduserer følelsene som fører til opplevelse av stress.

Et av punktene i Eide&Eide (2007, s.21) for god kommunikasjon med pasienter er «*å formidle informasjon på en klar og forståelig måte*». Akutt kritisk syke pasienter, som en hjerteinfarktpasient, er ikke alltid i stand til å ta i mot informasjon på samme måte som vanlig, fordi han oppfatter mindre av det som blir sagt. Derfor er det viktig å gjenta informasjonen ofte, bruke et dagligdags språk og korte setninger. I Hupcey og Zimmerman (2000) mente pasientene at de fikk for lite informasjon, eller at de ikke forstod informasjonen som ble gitt. En av pasientene forteller at legen brukte medisinske ord som han ikke forstod, og han beskrev det som at legen pratet «over» seg. En annen forteller at han heller ikke forstod informasjonen som ble gitt. Og da legen på slutten av samtalen hadde spurt om pasienten hadde noen spørsmål til det som var sagt, hadde pasienten tenkt: «*I don`t even know what you just said, so how do I know if I have questions or not?*».

Noen i intervjuet ser tilbake i etterkant og tror nå at de ville blitt mer engstelig og redde hvis de hadde fått informasjon. Vi tror dette kommer an på hvor kritisk situasjonen er, spesielt når det gjelder overlevelse og konsekvenser senere i livet. Hvis hjerteinfarket er så alvorlig at sjansene for å overleve er små eller at konsekvensene blir store, vil kanskje informasjon om dette gi mer frykt og angst. Derfor tenker vi det vil være mest forsvarlig å informere om dette når det kritiske punktet er over. Samtidig er sykepleieren pliktig til å informere pasienten. I følge pasientrettighetsloven § 3-2 ,1.

ledd har pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det står også at pasienten har rett på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Allikevel forstår vi Eide&Eide (2007) da de stiller spørsmål ved om informasjonen skal være skånselløst ærlig. For eksempel om det skal listes opp absolutt alle mulige komplikasjoner som pasienten kan tenkes å få. I følge pasientrettighetsloven § 3-5, 1. ledd, sies det at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Ord som livstruende, kritisk og ustabil, vil nok av de fleste oppfattes som alvorlige og de vil kanskje relatere det til døden. Derfor mener Eide&Eide (2007) at det som tas opp i informasjonen skal være sant, men hele sannheten behøver ikke bli sagt på en gang. Vi tror det her er viktig å bruke sin faglige kompetanse.

4.5 Hvordan ivareta pasientens autonomi?

Et spørsmål som dukker opp i denne sammenheng er om hvorvidt pasientens autonomi og medbestemmelse blir ivaretatt hvis sykepleieren ikke informerer. I en akutt kritisk situasjon, som ved hjerteinfarkt hos en pasient, tenker vi at det ofte kan være en utfordring å ivareta pasientens autonomi. Sykepleieren må handle raskt og tiden er knapp. Sykepleietiltakene vil i det akutte stadiet først og fremst ha til hensikt å kompensere for pasientens ressurssvikt. Moesmand og Kjøllesdal (1998) forklarer at å hengi seg helt til helsepersonalets behandling og pleie kan for noen føles trygt, mens for andre derimot kan dette føles som en integritetskrenkning.

Almås (2001) forklarer at sykepleieren innimellom må handle for pasienten og ta avgjørelsene for han, nettopp fordi sykepleieren sitter inne med kunnskap som ikke pasienten har. Det er for eksempel viktig at pasienten er i ro, og sparer oksygenforbruket. Slik vi forstår Almås (2001) er det da viktig at sykepleieren kan ta beslutninger for pasienten, slik at han ikke anstrenger seg. Men da ser vi at det er viktig å ta beslutningene på en slik måte at det ikke virker skremmende for pasienten, og sykepleieren må veilede på en slik måte at pasientens autonomi blir ivaretatt.

Vi vil gjerne ta med et eksempel fra da den ene av oss var på hospitering på hjerteovervåkningen. Det kom inn en pasient med lungeødem. Han fikk oksygen, og tok

hele tiden av seg masken. Etterhvert tipset en intensivsykepleier meg om at jeg heller skulle holde masken. Han dyttet vekk hånden min og sa at han følte han ble kvalt. Men da jeg informerte han om hvorfor det var viktig at jeg holdt den der, godtok han bedre masken, og fikk tilført oksygen, - samtidig som han følte at han var med på å bestemme. Dette er et eksempel som vi syns viser at det kan være små «knep» som er med på å ivareta pasientens medbestemmelse, og at det går an å samarbeide med pasienten selv i en akutt situasjon. Informasjon om hva sykepleieren gjør, og hvorfor, gir pasienten innsikt i sin egen behandling noe som kan gi pasienten kontroll-trygghet.

I spenningsfeltet mellom autonomi eller selvbestemmelse og paternalisme eller formynderholdning, fremhever Martinsen (Kristoffersen 2005 C) den svake paternalismen som det ønskelige. Vi syns hun beskriver det veldig bra. Hun mener hun at sykepleieren må bruke sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å gagne den enkelte pasient mest mulig. Dette innebærer at i noen situasjoner må sykepleieren trekke pasienten aktivt med i de beslutningene som vedrører han. I andre situasjoner vil det derimot innebære å la pasienten få slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål som han mangler forutsetninger for å håndtere, eller som han gir uttrykk for at han ønsker å slippe å ta stilling til. Brinchmann (2008) sier at hvis pasienten nekter behandling er det viktig helsepersonellet foretar en vurdering om informasjonen har vært god nok, om pasienten mentalt er i stand til å ta et valg, om pasientens preferanser er motstridende og at pasienten ikke er utsatt for ytre press.

5.0 KONKLUSJON

Hos en pasient med hjerteinfarkt kan sykepleieren bidra med trygghet gjennom sin kompetanse. Når sykepleier har kunnskap om hva som skaper trygghet og utrygghet hos pasienten, har hun mulighet til å sette i verk tiltak som hun vet fremmer trygghet og som hindrer utrygghet hos han. I møte med pasienten må sykepleier vise at hun har den aktuelle kompetansen, slik at pasienten får en opplevelse av at han er godt ivaretatt. Kompetanse er svært viktig for pasientens opplevelse av trygghet.

Det er viktig at sykepleieren får pasienten til å oppleve at omsorgen hun gir er ekte. Trygghet er knyttet opp mot å føle seg ivaretatt. Det er derfor viktig at sykepleieren prøver å vise en oppriktig omsorg både ved handlemåte og væremåte.
Sykepleieren må gi omsorg i forhold til pasientens angst og frykt og på den andre siden behersker avanserte medisinsktekniske oppgaver. Angst fører til at pasienten først og fremst fokuserer på det som er mest problematisk. En trygg pasient derimot, kan greie å feste fokus på flere elementer i behandlingssituasjonen. Det er derfor viktig at sykepleieren bidrar til trygghet. Gjennom å lese pasientsituasjoner i bøker og artikler har vi fått eksempler på at pasienter har et krav til sykepleiere om at de skal være menneskelige. Men til tross for dette setter pasienter faglig dyktighet til praktiske oppgaver som det viktigste kriteriet til en sykepleier. Sykepleier bør derfor vise erfarenhet når hun utfører tekniske oppgaver, og hente hjelp i situasjoner hun ikke mestrer. Det er vanskelig å bevare pasientens tillit dersom ikke sykepleieren klarer å utføre den praktiske delen av pleien. Måten sykepleieren utfører tekniske oppgaver på er en viktig trygghetsfaktor.

Kommunikasjon er viktig både nonverbalt og verbalt. Det er gjennom dette at sykepleieren oppnår tillit hos pasienten. For å oppnå trygghet må sykepleieren kommunisere at hun mestrer sitt arbeid. Hos en pasient med hjerteinfarkt, må sykepleieren ha et trygt kroppspråk. Hun bør opptre rolig og ha dempet stemmebruk. Berøring er noe av det viktigste sykepleieren gjør i det første møte. Hun må også være oppmerksom på pasientens kroppspråk og bruke sansene sine.

Sykepleier må informere hjerteinfarktpasienten om behandling, medikamenter, sykdom og ellers det pasienten lurer på. Dette gir pasienten kontroll-trygghet, og noe som gjør det lettere for han å mestre situasjonen. Pasientene ønsker mest mulig forutsigbarhet, og ønsker å være forberedt på det som skal skje. Informasjonen må være kort, presis, forståelig og avgrenses til hva som skjer og kommer til å skje. Informasjon kan hindre unødvendig engstelse, men informasjon kan også føre til engstelse. Derfor bør en sykepleier utifra sin faglig kompetanse vurdere hva hun ikke bør informere om, men pasientens autonomi må være i fokus. Sykepleieren må i noen tilfeller ta valg for pasienten, men på en måte som ikke gir pasienten følelsen av å bli «overkjørt». Svak paternalisme hos sykepleier er ønskelig i slike situasjoner.

6.0 ETTERORD

6.1 Prosessevaluering

Etter mange uker med jobbing begynner vi nå å se enden på oppgaven vår. Selv om vi på dette tidspunkt er slitne, vet vi at vi kommer til å se tilbake på dette som en lærerik og spennende periode. Før vi startet trodde vi at vi allerede visste hvilken vei vi skulle gå, men som et gammelt ordtak sier: «veien blir til mens du går»...

Vi ser at vi kommer til å få god nytte av det vi har lært om trygghet, også i pasientrelasjoner som ikke innebærer hjerteinfarkt. Vi tør påstå at som sykepleier er det viktig å bidra til trygghet i alle pasientsituasjoner, og vi kommer til å ta med kunnskapen fra denne oppgaven videre når vi er ferdigutdannet.

Når det gjelder hjerteinfarktpasienter har vi begge liten erfaring, og vi føler at drøftingsdelen bærer litt preg av det. Vi savnet å ha egne eksempler å komme med underveis. På den andre siden har vi erfaringer fra andre type pasientsituasjoner der trygghet er like viktig, og der behovene kan sammenlignes med behovene til en pasient med hjerteinfarkt.

Vi ser i ettertid at problemstillingen vår er «bred» og at det derfor er mange aspekter å ta hensyn til. Det er mye som kan bidra til trygghet hos en pasient. Både omsorg, mestring, informasjon,autonomi og kommunikasjon er store temaer, og føler derfor at vi har måtte behandle stoffet overfladisk. Vi har under hele prosessen følt det, men ikke klart å satt fingeren på hva som har vært grunnen. Vi føler allikevel at begrepet trygghet har vært den røde tråden gjennom hele drøftingen, og at vi har fått med oss det viktigste.
Hvis vi skulle svart på problemstillingen vår med ett ord, ville vi sagt «kompetanse». Etter å ha jobbet med denne oppgaven ser vi enda tydeligere viktigheten med god kompetanse. Skulle vi valgt problemstilling igjen, ville vi begrensa den til for eksempel hvordan en sykepleier kan bidra til trygghet gjennom sin kompetanse. Vi hadde da fått et mindre felt å jobbe med.

LITTERATURLISTE

Almås, Hallbjørg (red.) (2001). *Klinisk sykepleie Bind 1*(3.utgave). Oslo: Gyldendal.

*Andersson , Kerstin M (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet.* Stockholm: Esselte studium.

*Aurstad, Bodil m.fl (red.). *Norsk ordbok.* Oslo: Kunnskapsforlaget. [online] Ordnett. URL: http://www.ordnett.no/Om.html (08.04.10).

Brinchmann, Berit Støre (red.) (2008). *Etikk i sykepleien* (2.utgave). Oslo: Gyldendal.

Dalland,Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utgave). Oslo: Gyldendal.

*Eide, Hilde & Tom Eide (2.revidert utgave) (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal.

*Graff-Iversen, Sidsel, Randi Selmer & Aage Tverdal (2003). *Hjerteinfarkt – fakta om infarkt og annen iskemisk hjertesykdom*[online] Folkehelseinsituttet. URL: *http://www.fhi.no/artikler/?id=41609* (06.04.10).

*Guldbransen, Tove og Dag-Gunnar Stubberud (red.) (2005). *Intensivsykepleie.* Oslo: Akribe AS.

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell,* kapittel 2.[online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html (08.04.10).

Helseth, Sølvi og Finn Nortvedt (2002). *Om tillit*. I: Bjørk, Ida Torunn, Sølvi Helseth og Finn Nortvedt (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier.* Kap. 14. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt.* Oslo: Gyldendal.

*Hupcey, Judith E og Helen E. Zimmerman (2000). The need to know: experiences of critically ill patients. I: *American journal of critical care.* 9(3): 192-198.

Jacobsen, Dag m.fl (2003). *Sykdomslære – indre medisin, kirurgi og anestesi.* Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug (red.) (2005 A). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*(1.utgave). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug (red.) (2005 B). *Grunnleggende sykepleie*. *Bind 3* (1.utgave). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug (red.) (2005 C). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4* (1.utgave). Oslo: Gyldendal

*Moesmand, Anna Marie & Astrid Kjøllesdal (1998). *Å være akutt kritisk syk - om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.*Oslo: Universitetsforlaget.

*Morrison, Paul & Philip Burnard (1992). *Omsorg og kommunikasjon – mellommenneskelige relasjoner i sykepleien.* Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (revidert utgave)[online]. URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf (06.04.10).

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter,* kapittel 3.[online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html (06.04.10).

*Vassend, Olav (1997). *Kommunikasjon og pasientbehandling.* Oslo: Spartacus forlag A/S.