



**Hilde Netland**, spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie ved Hjer-teavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.



**Nina Fåln**, intensivsykepleier/studiekoordinator ved Hjer-teavd, Haukeland universitetssjukehus og høgskolelektor ved HIB.



**Tone M. Norekvål**, fag- og forskningssykepleier ved Hjer-teavd, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved HIB.

# Samtaler kan styrke hjertepasienten

Åpne samtaler med fokus på muligheter fremfor begrensninger, styrker pasientens evne til å mestre sin egen sykdom.

**H**elsepersonell er opplært til og har tradisjon for å være sykdomsfokusert. Problemer og begrensninger vektlegges. Pasienters iboende ressurser og muligheter blir gjerne oversett, og derfor ikke utnyttet til å fremme helse. Til tross for bevissthet omkring ytre påvirkning, har moderne medisin en tendens til å vurdere sykdom som en prosess uavhengig av sosial sammenheng. Medisinsk forskning har hittil prioritert risikofokusering framfor studier om folks helseressurser (1-3). Helsepolitiske lover og handlingsplaner fremhever nå behovet for å fremme økt selvstendighet og mestring av egen sykdom (4). Dette vil trolig bringe nye tanker inn i fremtidens pasientomsorg. En pasientsentrert tilnærming kan bedre balansen mellom ressurser og risikofokusering i dagens helsepraksis (1,5). Sykepleiere har her en viktig rolle som pådrivere for å fremme helse (6).

## Ressursfokus

Et akutt hjerteinfarkt er ikke bare en kroppslig hendelse. Alvorlig sykdom påvirker identitet og følelser, og griper dermed inn i den enkeltes eksistensielle livsoppfatning. Behandlingstid ved et hjerteinfarkt er i dag vanligvis tre til fem dager. Sykehusoppholdet har som hovedfokus å begrense skadeomfang. Tid til refleksjon og kartlegging av personlige og subjektive aspekter ved egen sykdom er begrenset (7,8). Vår erfaring er at pasientens opplevelse av å ha gjennomgått et hjerteinfarkt i liten grad vektlegges.

Ifølge pasientrettighetsloven (9) har sykepleiere en viktig funksjon i forhold til å informere og samtale med pasienten: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand» (§3-2). Nødvendig eller tilstrekkelig informasjon betyr tilpasning til den enkeltes forutsetninger. Vi opplever at nåværende pasientsamtaler handler om å redusere risikofaktorer og forebygge nye hjerteinfarkt (1). Det er imidlertid ikke gitt at informasjon i seg selv bidrar til bedret helse og sykdomsmestring. Endring av livsstil er svært komplekst, og helsepersonells kunnskapsformidling har gjerne begrenset effekt (5). Individuelle ressurser og subjektiv holdning til sykdom har betydning for hvordan man opplever egen helse. Mæland hevder i sin bok om hjerterehabilitering at pasientens opplevde sykdom er viktigere

for rehabiliteringsprosessen enn den medisinske objektive sykdommen (10).

Et ressursorientert samtaleprosjekt er under arbeid ved Hjer-teavdelingen, Haukeland universitetssjukehus (HUS). Vi ønsker å utvikle rammer for pasientsentrerte utskrivingsamtaler i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt. Det er pasientens egne mål og ressurser, samt hindringer og muligheter til å nå disse, som har fokus. Samtalene blir utviklet ved hjelp av dybdeintervju med pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. I denne artikkelen presenterer vi tenkingen bak prosjektet. Pasienthistorier og sitater fra de første utprøvende intervjuene brukes for å belyse og understøtte prosjektets intensjoner.

## Salutogenese

Helse og sykdom vurderes ofte i forhold til normalitet, men helse kan også være subjektiv opplevelse av velvære (11) eller den enkeltes evne til å oppnå vitale mål (12). Dette er sentralt i vårt prosjekt.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har slått fast at: «Helse er ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» (13). Formuleringen er kontroversiell fordi den kan virke uoppnåelig og fordi den vurderer helse som motstykke til sykdom (14). I forhold til veiledning av pasienter er WHO's revurdering i 1986 interessant. Her omtales helse som en ressurs i menneskets dagligliv og ikke som et mål i seg selv. Denne definisjonen representerer et nytt og holistisk menneskesyn som beveger seg bort fra sykdomsfokusering og mot ressursorientering og salutogenese (15).

Antonovsky lanserte begrepet salutogenese i 1979 (16). Salutogenese dreier seg om hva som bringer helse. Patogenese derimot handler om hva som gjør oss syke. Helsepersonell forholder seg i hovedsak til patogenese og er opptatt av patogene faktorer som for eksempel risikoprofil ved hjertesykdom. Antonovsky vurderte helse som et kontinuum mellom helse og uhelse, og ikke som en todelte inndeling i frisk eller syk, som Antonovsky mente preger helsevesenets sykdomsfokuserende tenkemåte. På bakgrunn av sin forskning hevder Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva mennesker utsettes for, men den enkeltes evne til å hånd-

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Intensiv sykepleie
- ▶ Hjerteinfarkt
- ▶ Informasjon
- ▶ Livsstil
- ▶ Livskvalitet
- ▶ Ressurs



tere det som skjer i livet. Forståelse for egen situasjon beror på evne til vurdering, tilpasning og kapasitet til å ta i bruk ressurser. Antonovsky hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Salutogene samtaleteknikker har vært brukt med gode resultater i andre pasientgrupper (17, 18). Vi ser dette som en hensiktsmessig teoretisk tilnærming også i hjerteomsorgen.

### Pasientsentrert praksis

Pasientsentrert praksis vil si at vi ikke bare ser pasienten som et naturvitenskapelig objekt og passiv mottaker av omsorg og behandling (14). Dette harmonerer med moderne lovgiving som vektlegger autonomi og medbestemmelse. Begrepet pasientsentrert tilnærming står i kontrast til sykdomssentrert hvor symptom, diagnose og medisinsk kunnskap er sentralt uten å klarlegge hva de medisinske fakta betyr for den enkeltes livssituasjon. Flere har vært opptatt av konsekvensene en slik tenkning får for kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient (19). Helsearbeideren er ofte den aktive part som stiller spørsmål, og dermed styrer samtalen. Pasientens subjektive opplevelse av sykdom og dens betydning for dagliglivets funksjon kommer gjerne ikke frem når helsearbeideren inntar en utspørrende rolle (14).

Pasientsentrert praksis har til hensikt å bistå pasienten i å bevisstgjøre og presentere egen opplevelse. Dette innebærer at pasientens forutsetninger, det vil si følelser, forventninger og forestillinger må kartlegges og tillegges betydning. Tiltak og mål fastsettes på bakgrunn av helsearbeiderens og pasientens felles vurdering, og dermed skapes en pasientmedvirket strategi (19). Dette er helt sentralt i utviklingen av utskrivningssamtalene.

Pasientmedvirkning og kontroll står sentralt i empowermenttenkningen. Empowerment kan vurderes som motstykket til tradisjonell sykdomsfokusert behandling, og innebærer en maktfordeling. Empowerment, oversatt med styrking, dreier seg om å mobilisere og styrke pasientens egne krefter, samt å nøytralisere krefter som påvirker avmakt (20, 21).

Empowerment forutsetter at pasienten selv ønsker medbestemmelse. Tveiten (14) diskuterer begrensninger i empowermenttenkningen og påpeker at pasientens rett til medvirkning ikke fratar fagutøver ansvar. Sykepleiere har myndighet og makt i kraft av sin fagkunnskap. Maktfordeling innebærer redusert paternalisme, men vanskelige problemstillinger må ikke overlates til pasienten eller pårørende alene (16). Bevissthet i forhold til maktbalanse er nødvendig i pasientstyrkende kommunikasjon og veiledning (4, 14).

### Den styrkende samtalen

Veiledning handler om aktivt å lytte til pasienten og styrke hans eller hennes iboende ressurser. Det må være rom for improvisasjon og fleksibilitet. En pasientsentrert samtale må ha visse rammer, men samtidig være åpen (22). Åpne spørsmål av typen «Hvordan oppleves det å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?» gir pasienten mulighet til å fortelle med egne ord hva som er viktig eller vanskelig. Ulempen med åpne spørsmål kan være at det er tidkrevende, og at man mister kontrollen over samtalen. For å unngå dette kan åpne spørsmål være tematisk lukket, for eksempel «Hvilke begrensninger kan hjertesykdommen gi deg i hverdagen?». Helsepersonell benytter gjerne kommunikasjon som kjennetegnes av lukket spørsmålsstilling, eksempelvis spørsmål som besvares med ja eller nei. Denne samtalemotoden kan også være tidkrevende og viktige poeng kan bli utelatt. Pasientsamtaler blir gjerne best, både diagnostisk og terapeutisk, om man velger åpne spørsmål i



starten av samtalen for siden å snevre inn og fylle ut med avgrensede spørsmål (22).

Pasientkommunikasjon er en prosess hvor helsearbeideren danner seg et meningsfylt bilde av pasients behov. God pasientkommunikasjon handler om bevisstgjøring og øvelse i ressursorientert tenkning. Etter hvert vil helsearbeidere utvikle dyktighet og trygghet til å improvisere (22). Prosjektet er utviklet på bakgrunn av et slikt syn på kommunikasjon og samtaleteknikk.

### Positive konsekvenser?

Alvorlig sykdom innebærer endringer og fører ofte til tap av fysisk eller psykisk funksjon (8, 14). Samtidig får negative helsemessige konsekvenser mest oppmerksomhet både i forskning og i klinisk praksis (23). Men er det mulig å snakke om positive konsekvenser av alvorlig sykdom, uten å redusere alvorret i situasjonen? Og uten å undergrave respekten for pasienten?

En undersøkelse utført av Norekvål og medarbeidere (24) så på mulige positive sider av gjennomgått hjerteinfarkt. Hele 65

**HJELP TIL SELVHJELP:** Sykepleier kan hjelpe pasienten til å mestre livet etter et hjerteinfarkt på en positiv måte. Foto: Erik M. Sundt

## *I veiledning og pasientkommunikasjon må sykepleier tilstrebe likeverdig dialog.*

prosent av kvinnene i studien opplevde positive konsekvenser. Mange påpekte at de satte mer pris på livet, mens andre fremhevet det å få omsorg og hjelp til livsstilsendring som positive følger av hjertesykdommen.

I et av intervjuene våre spurte sykepleieren om det å ha gjennomgått hjerteinfarkt kunne tenkes å få positive konsekvenser. En 73 år gammel kvinne med andregangsinfarkt uttrykket det på denne måten; «Jeg vil leve lenge for det er så mye godt i livet mitt. Jeg sier til mannen min at vi skal gjøre det vi har lyst til, for vi kan ikke vite hva som skjer i fremtiden. Jeg vil bli flinkere til å leve i nuet». Gjennom å fokusere på og presentere muligheter kan vi som sykepleiere aktivt etterspørre og hjelpe pasientene til å se egne ressurser. Det muliges kunst må vektlegges istedenfor å fremheve

begrensninger. Mulighetene peker alltid fremover og gir håp. En slik fremtidsorientert optimisme kan dermed bli en motiverende styrke som gjøre det lettere å mestre tap og sykdom (17, 24). En 54 år gammel kvinne med førstegangsinfarkt sier: «Selv om jeg er litt for stor i kroppen nå, så skal jeg prøve å komme meg mer ut. Jeg trenger å øke pulsen mer enn tidligere. Jeg og naboen, vi skravler vel mer enn vi trimmer, men hun vil støtte meg nå, dra meg ut og opp i fjellene».

Spørsmål knyttet til eventuelle positive konsekvenser kan inngå som en del av en pasientsentrert samtale. Denne type refleksjoner kan føre til at man ser livet i et annet perspektiv. Den nye situasjonen kan avdekke nye muligheter og andre sider hos den enkelte. En 68 år gammel mann med andregangsinfarkt uttrykte det slik: «Det blir en ny virkelighet for meg, jeg kan ikke gjøre det samme som før, men jeg ønsker og håper jeg skal få en fremtid med barnebarna mine. Jeg vil så gjerne følge deres liv en stund til». Gjennom å oppdage muligheter, gjøre valg og handle deretter, omdefinieres livet og nye roller skapes (5).

Sykepleieren må imidlertid aldri forlange eller forvente at pasienten skal oppleve positive konsekvenser av gjennomgått sykdom. Alvoret i situasjonen og de begrensninger sykdommen skaper må ikke underkjennes, selv om den enkeltes muligheter og ressurser fremheves.

## Ressursorientering

Pasienter reagerer ulikt på informasjon om egen hjertesykdom. Hvordan den enkelte forholder seg til dette vil variere fra pasient til pasient i forhold til erfaring og grunnholdning. Gode levevaner og livsstilsendring står sentralt i veiledningen av denne pasientgruppen. Helsemyndighetenes råd, som i hovedsak rettes mot et sunt leveste, kan for mange oppleves moraliserende. Akseptable risikonivåer revideres jevnlig, men felles gruppeindiserte mål bestemt av helseeksperter kan skape skyldfølelse (3). Forskning viser også at egenverdert helse er en viktig faktor i forhold til død og sykkelighet (25). Som sykepleiere kan vi hjelpe pasienten med å prioritere mål ut fra egne forutsetninger og eventuelle begrensninger. Røykestopp og samtidig vektreduksjon kan være eksempel på mål som er vanskelig å forene. Ut fra en salutogen tankegang kan endring bare skje på selvstendig grunnlag. Ønske om endring må oppleves meningsfullt og stå i forhold til tilgjengelige ressurser (16).

Med dette som bakgrunn kan sykepleieren gjøre samtalen mer ressursorientert gjennom vektlegging av subjektiv opplevelse og

hva som gir mening for den enkelte. En måte kan være å si: «Vi skal ikke bare snakke om problemer. Jeg vil også gjerne høre om dine sterke sider, og hva som er viktig for deg i hverdagen». Eller: «Hva kan du gjøre for å endre ditt leveste og dermed redusere dine risikofaktorer for hjertesykdom?». En slik tilnærming virker pasientstyrkende og bidrar til at pasientens ressurser ikke overses (1).

Kan pasientsentrerte samtaler bli en integrert del av klinisk praksis? Har sykepleiere mulighet til å gjennomføre disse samtalerne innenfor dagens rammer? Connolly og medarbeidere har i fokusgruppeintervju med helsearbeidere diskutert omstendigheter ved pasientutskrivning. De påpeker at pasientens emosjonelle tilstand og helsearbeiders tidspresen kan føre til mindre medbestemmelse og undertrykking av potensielle ressurser (26). Begrenset tid er et gjennomgående tema i all pasientomsorg, også i forbindelse med utreiser. Utskrivingsrutiner i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt er vanligvis konsentrert om objektive data knyttet til sykdomshendelsen. Pasienten kan være lite mottakelig for informativ veiledning og bare se fram til å komme hjem. I lys av dette mener vi at en pasientsentrert tilnærming bør inkluderes i sykepleiers tenkemåte og bli en del av daglig pasientomsorg. Gjennom en ressursorientert holdning kan sykepleier fremme helse relatert atferd uten at det går på bekostning av tid. Etablert tradisjon for sykdomsfokusering gjør imidlertid at de fleste sykepleiere har liten øvelse og erfaring i bevisst pasientsentrering.

Pasientutspill og reaksjoner kan oppleves utfordrende, og påvirke sykepleiers følelser. Fortvilelse og sårbarhet er ikke bare forbeholdt pasientene (5). I veiledning og pasientkommunikasjon må sykepleier tilstrebe likeverdig dialog. Likeverdighet betyr ikke at fagkompetansen legges bort, men at vi våger å bruke oss selv. Ensidig sykdomsfokusering på bekostning av å se muligheter, kan skape følelse av utilstrekkelighet hos sykepleier (2).

## Avslutning

Polarisering mellom pasientsentrert og sykdomssentrert praksis er uhensiktsmessig (27). Metodene utfyller hverandre, og kan anvendes i ulike situasjoner. Ved å vektlegge pasientens egne ressurser og mål retter sykepleier oppmerksomheten mot faktorer som kan bidra til å opprettholde god helse selv om en utsettes for sykdom. Pasientsentrerte samtaler med fokus på muligheter kan være et helsefremmende tiltak i all omsorg. Ressursorientering kan dermed bidra til ny innsikt og gi et utvidet faglig fundament for sykepleiere. ■■■

## LITTERATUR

- Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3: 257-264.
- Aambø A. Løsningsorienterte samtaler. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 2004.
- Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. En annen kardiovaskulær epidemiologi. *Tidsskrift for den norske lægeforsening* 2008; 19: 2181-2184.
- Sigstad Høybråten HM. Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift for den norske lægeforsening*. 2004; 1: 63-4.
- Vifladdt E, Hopen L. Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring. Oslo: NKLMs, 2004.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF) 2001. Nedlastet 12.04.10 fra: <http://stud.hsh.no>
- Meland E, Mæland JG, Lærum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 1: 11-17.
- Gjengedal E, Rokne BR. Å leve med kronisk sykdom. En varig kursending. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2001.
- Lovdata. Lov om pasientrettigheter (Pasient rettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Nedlastet 12.04.10 fra: <http://lovdata.no>
- Mæland JG. Helhetlig hjerterehabilitering. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2006.
- Eriksson K. Helsans ide. Stockholm: Almqvist & Wisell, 1984.
- Nordenfelt L. On the nature of health. Dordrecht: Kluwer, 1995.
- World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Genova, 1986.
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- Mæland JG. Forebyggende helsearbeid – I teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San-Francisco. Jossey-Bass, 1987.
- Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic disease? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 16-20.
- Langeland E. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning* 2009; 4: 288-296.
- Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin - en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskrift for den norske lægeforsening* 2000; 120: 2253-2256.
- Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift for den norske lægeforsening* 2000; 120: 2330.
- Thesen J, Malterud K. Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for den norske lægeforsening* 2001; 28: 1624-1628
- Schei E, Steinholdt IM. Den kliniske samtalen. I: Hunskaar S. Allmenntidning. Oslo, Gyldendal Akademisk 2003.
- Lindley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Trauma Stress* 2004; 17: 11-21.
- Norekvål TM, Moons P, Hanestad BR, Nordrehaug JE, Wentzet-Larsen T, Fridlund B. The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 7: 80-87.
- Norekvål TM, Fridlund B, Rokne B, Segadal L, Wentzel-Larsen T, Nordrehaug JE. Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after myocardial infarction. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010 Nov 25; 8(1):140.
- Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, Cawthorne J, Hulme T, Everitt S, Tierney S, Deaton C. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18: 549-558.
- Hem E. Pasientsentrert eller sykdomssentrert – ja takk, begge deler. *Tidsskrift for den norske lægeforsening* 2001; 121:1133.