



**Sykepleie til pasienter med kreft i palliativ fase**  
**Palliative nursing for cancer patients**

Kandidatnummer: 241  
VID vitenskapelige høyskole  
VID Oslo

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: 2018

Antall ord: 11.056  
Dato: 28.05.2021

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

I oppgaven vil jeg diskutere sykepleierens møte med palliative pasienter med uhelbredelig kreft. Jeg ønsker å finne ut hva som er viktig for pasienter ved livets siste fase, og hvordan sykepleier kan bidra til å gi følelsen av trygghet og finne håp i denne perioden, slik at de får levd et meningsfylt liv før døden inntreffer. Det blir brukt kvalitativ faglitteratur og forskning, samt egen erfaring. Kari Martinsens omsorgsfilosofi i sykepleie danner oppgavens sykepleieteoretiske grunnlag og hennes synspunkter vil bli brukt jevnlig i oppgaven. I teori delen vil det bli presentert temaer som autonomi, håp, etikk og lovverk, sykepleierens kompetanse og kommunikasjon i relasjon. Det blir satt fokus på sykepleieren og pasientens opplevelser og erfaringer, samt viktige aspekter ved å være en palliativ pasient og å jobbe i en palliativ enhet. Med utgangspunktet i teoridelen og funnene i resultatet, dannes det tre temaer som vil bli brukt i oppgavens drøftingsdel, disse er; lindring gir frihet til å føle seg i live, «mer enn det fysiske» og se meg som et menneske. Hvert av disse temaene diskutere hva som er viktig for pasienten i deres siste fase, og hvordan sykepleier kan møte pasientens grunnleggende behov gjennom kompetanse, holdninger og ferdigheter. Konklusjonen i oppgaven viser at gjennom å skape likeverdige relasjon der pasienten har selvbestemmelse i deres situasjon og blir sett på som et menneske, er dette holdninger i sykepleien som kan hjelpe pasienten å kjenne trygghet i en usikker tid. Samt at sykepleier har gode kommunikasjons ferdigheter og teoretiske kunnskaper i faget.

## **Abstract**

In the thesis, I wish to discuss the nurse's encounters with palliative patients with incurable cancer. I want to discover what is important for patients in their final stages of life, and how nurses can help to provide them the feeling of safety and hope during this period to contribute to a meaningful life before death occurs. Qualitative literature and research are used in this thesis, along with personal experience. Kari Martinsen's philosophy of care in nursing forms the thesis' theoretical basis and her views will be used regularly throughout this assignment. In the theory section, topics such as autonomy, hope, ethics and legislation, the nurse's competence and communication will be presented. The focus will be on the nurse and the patient's experience and encounters, as well as the important aspects of being a palliative patient and the aspects of working in a palliative care unit. Based on the theory and the result findings, three themes are developed that will be further used in the discussion part of the

thesis, these are: Relief gives me the freedom to feel alive, “more than the physical”, and to see myself as a human being.

Each of these topics raises the discussion of what is important to the patient in their final stage of life, and how the nurse can meet the patient’s basic needs through competence, attitude, and skills. The conclusion of the thesis shows that by creating equality, an equal relationship, where the patient makes their own decisions and determinations in their situation and is seen as a valued human being, along with the nurse having good communication skills and theoretical knowledge in the subject matter, these attributes within nursing can contribute to help the patient feel safe in an uncertain time.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Problemstilling .....	7
1.2 Oppgavens hensikt .....	7
1.3 Oppgavens avgrensninger .....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	8
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Metodebeskrivelse.....	9
2.2 Litteratursøk .....	10
2.3 Kildekritikk .....	14
2.4 Begrunnelse av sykepleieteori.....	15
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>16</b>
3.1 Kreftsykdom.....	16
3.2 Trygghet .....	16
3.3 Kommunikasjon og relasjon.....	17
3.4 Kompetent sykepleier.....	17
3.5 Kari Martinsens omsorgsteori .....	18
3.6 Etikk og lovverk .....	19
3.7 Rett til å bestemme selv .....	20
3.8 Håp .....	21
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>22</b>
4.1 Artikkel 1.....	22
4.2 Artikkel 2.....	22
4.3 Artikkel 3.....	23
4.4 Artikkel 4.....	23
4.5 Hospice – et levende hus .....	24
4.6 Døden Nær .....	24
4.7 Kari Martinsen sin «Omsorg, sykepleie og medisin» .....	24

<b>5.0 Drøfting .....</b>	<b>25</b>
5.1 Lindring gir frihet til å føle seg i live .....	25
5.2 «Mer enn det fysiske» .....	28
5.3 Se meg som et menneske .....	32
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>35</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>36</b>

“You matter because of who you are. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die.” - Dame Cicely Saunders (2005).

## 1.0 Innledning

I 2019 ble det registrert 34.979 nye krefttilfeller (FHI, 2018). I dagens kreftbilde vil om lag hver tredje nordmann få en kreftdiagnose innen de fyller 75 år. Til tross for at flere i dag overlever, døde mer enn 11.000 nordmenn av kreft i 2019 (Kreftregisteret, 2021). Å få beskjeden om at man har fått kreft og aldri vil bli frisk igjen er en stor påkjenning både for pasienten og de nærmeste. Sykdommen kan føre med seg en rekke plager for pasienten, og mot livets slutt vil flere psykososiale og eksistensielle tanker dukke opp. Dette kan være alt fra angst og frykt til mangel på mening og håp.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som «*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.*» (WHO, u.d.). Begrepet «total pain» anvendes ofte i palliasjon for å beskrive det sammensatte fenomenet smerte, som inkluderer både fysiske og psykiske plager, samt sosiale, eksistensielle og åndelige forhold. Ved å være en palliativ pasient vil tap av fysisk funksjon bli større, og dette fører til redusert selvstendighet og økt behov for pleie. Mange opplever at dette påvirker muligheten for livsutfoldelse med følge av psykososiale problemer og redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018). Livskvalitet må defineres av pasienten selv, men kan forstås som «det gode liv». Palliative pasienter kan ha god livskvalitet da deres situasjon kan føre til vekst, verdsetting av livet, muligheter og sterkere tilknytninger. Sykepleier kan bidra til å endre perspektiv på tilværelsen og forandringer i personens oppfatninger av hva som er viktig og gir mening (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, s. 418).

Som en kommende sykepleier vil jeg møte pasienter med uhelbredelig sykdom i palliativ behandling. Som en nær og sentral person i deres siste fase her i livet er det viktig å spørre seg hva er nødvendig for å skape trygghet, yte kompetanse på et faglig og personlig nivå, samt det å kunne tilnærme seg pasienten. Med denne oppgaven ønsker jeg å besvare problemstillingen hvordan kan en sykepleier bidra til trygghet hos kreftpasienter i palliativ fase?

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren sier: *Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket* (NSF, 2016). Gjennom dybdeintervjuer med sykepleiere som har erfaring med palliativ behandling, vil jeg se hvordan disse retningslinjene gjøres i praksis.

## **1.1 Problemstilling**

«Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos kreftpasienter i palliativ fase?»

## **1.2 Oppgavens hensikt**

Oppgavens formål er å få en dypere innsikt i hva sykepleier kan bidra med for at pasientene skal oppleve en verdifull siste fase fremfor å vente på at døden skal inntreffe. Det stiller store krav til sykepleier i møte med mennesker i livets siste fase. Det er mange sterke møter og inntrykk. Uhelbredelig kreftsykdom påvirker den psykiske helsen, derfor blir det viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan denne tiden oppleves og hva behovene til den syke er. Vi er ute etter tiltak for å skape en trygghet under denne sårbare fasen.

## **1.3 Oppgavens avgrensninger**

Jeg ønsker ikke å gå inn på ulike krefttyper eller tiltak som er rettet mot å lindre de fysiske symptomene som kan plage pasienten, dette er ofte obstipasjon, kvalme ol. Videre har jeg valgt å ikke gå inn på ernæringsmessige og medikamentelle delen av behandlingen. Det er en viktig del i den palliative omsorgen, men på grunn av oppgavens omfang ønsker jeg ikke å gå inn på dette. Det vil si at jeg ikke ønsker et medisinskfaglig perspektiv, derimot pasientens opplevelse av trygghet og rollen til sykepleieren blir viktig. Det finnes ulike verktøy for kartlegging, jeg vil kun forholde meg til ESAS når jeg går inn på kompetansen til sykepleier. Jeg vil ha fokus på voksne pasienter over 18 år. Jeg kommer til å ekskludere palliasjon til barn da behovene og det psykososiale er annerledes enn hos voksne. Det samme gjelder også barn som pårørende da det er et spesielt felt som krever en annen tilstedeværelse og type samtale av sykepleier. Pårørende har som oftest en viktig rolle, spesielt med tanke på oppgavens tematikk. Man skal ikke neglisjere de pårørende, da jeg mener at de er en god ressurs for den syke, men i oppgaven kommer ikke til å gå inn på dette temaet eller ivaretagelse av de pårørende. I litteraturen som jeg kommer til å anvende i min oppgave blir begrepet «åndelig» brukt. Min assosiasjon med det begrepet er religiøs, noe jeg ikke kommer til å ta opp i oppgaven, derfor vil jeg heller bruke ordet eksistensiell konsekvent. Kommunikasjon i relasjoner og håp blir viktige begreper.

I oppgaven kommer sykepleieren til å bli referert som «sykepleier», «helsepersonell» eller «hun». Pasienten blir omtalt som «pasienten», «den syke», «den svake» og «han». Direkte sitater er i kursiv for å kunne lettere se forskjell.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

**Omsorg:** Omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligliv. Det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss (Martinsen, 2003, s. 14).

**Palliasjon:** Palliasjon er behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdom som ikke kan kureres og som har kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, og fokus er best mulig livskvalitet for pasienten (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 142).

**Edmonton Symptom Assessment System (ESAS):** ESAS er primært utviklet for kreftpasienter i palliativ fase, men kan også anvendes hos pasienter med andre diagnoser. Kartlegger; Smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon og angst. En kan velge ut tema som er mest relevante (Sykehjemshåndboka, u.d.).



## 2.0 Metode

Metode er den fremgangsmåten man benytter for å organisere oppgaven eller arbeidet etter ett gitt formkrav (Dalland, 2017, s. 52). Jeg vil i dette kapitlet ta for meg metoden jeg har valgt å benytte, litteratursøk, kildekritikk og avslutte med hvem og begrunnelse på sykepleieteoretiker.

### 2.1 Metodebeskrivelse

Metoden jeg vil bruke for å besvare oppgavens problemstilling, er aktivt bruk av forskning og artikler, med kvalitative dybdeintervjuer og observasjoner som brukes for å understøtte hva som skal til. Drøftingen består av empirisk, teoretisk og forskningsbasert kunnskap. Mine egne erfaringer og opplevelser fra min egen praksis vil jeg ta med inn underveis i oppgaven. Avslutningsvis vil jeg ha en konklusjon rettet mot den fremtidige sykepleier som skal yte omsorg til mennesker i den palliative fasen.

I studien ph.d avhandling og Døden Nær, blir vist på et fenomenologisk perspektiv. Det blir satt fokus på menneskesynet der hvert menneske er særegent og unikt. Fenomenologi betyr «læren om fenomenene», og handler om det som viser seg. Det utforsker det subjektive perspektiv, å studere mennesket som handlende, følende, menende, opplevede og forstående individer. Målet er å gi en presis beskrivelse av personenes egne perspektiver, opplevelser og forståelse (Fenomenologi, 2017). Oppgaven vil sees fra sykepleier og pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. Derfor bruker tre av studiene en kvalitativ metode, der man får innblikk av helsevesenets opplevelse. Sykepleier må undersøke hva som oppleves trygt, hun må derfor finne det unike hos pasienten ved å stille seg så fordomsfri som mulig. Kjennetegn ved en kvalitativ metode er å få best mulig kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, tanker og forventninger. Man går mer i dybden og opplever en annen type forståelse med en jeg-du-forhold (Dalland, 2017, s. 53).

## 2.2 Litteratursøk

Før jeg begynte å søke i databaser, har jeg utformet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å velge ut artikler. Disse er:

<b>Inklusjonskriterier:</b>	<b>Eksklusjonskriterier:</b>
Voksne pasienter over 18 år	Barn som pårørende
Voksne som pårørende	Palliasjon rettet mot en annen spesifisert sykdom
Alle typer uhelbredelig kreft	Forskning fra Asia, Afrika, Sør-Amerika
Forskning fra Nordiske land og den vestlige verden	Hjemmebasert palliasjon
Hospice og palliasjon i institusjon	

For å finne relevant litteratur måtte jeg søke i flere store databaser. Jeg brukte norske ord i den svenske databasen SveMed+, men kun engelske i den store internasjonale databasen Cinahl. Jeg kombinerte ulike søk ved å sette AND eller OR mellom søkeordene. Jeg anvendte AND for å kombinere søkeordene hospice, hospice nurse, experience, care workers, spiritual care, existential care, i Cinahl. Jeg endte opp med å bruke tre til fire av de nevnte søkeordene med kombinasjon av AND, da jeg fikk treff på en passe mengde artikler. I SveMed+ brukte jeg søkeordene palliative pasienter, lindring, hospice, spirituelt behov, sykepleie med AND. I oppstartsfasen med litteratursøk brukte jeg mye tid på å søke i de forskjellige databasene. Det ble en utfordring å finne relevant forskning, da jeg måtte bruke mye tid på å lese artikler som viste seg å ikke være gode for min oppgave, dermed måtte jeg søke mer sammen med mange søkeord-kombinasjoner. Jeg burde ha startet med å lese pensumlitteratur før jeg startet å søke. Jeg tror at det hadde vært enklere for meg å sette sammen gode søkeord og selv være mer målbevisst på hva jeg faktisk var ute etter.

Database	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff
Cinahl	S1	Hospice		32,502
	S2	Experience		378,430
	S3	Nursing		710,231
	S4	Care Workers		9,148
	S5	Spiritual Care		5,321
	S6	S1 AND S2 AND S5		146
	S7	S1 AND S3 AND S5		320
	S8	S2 AND S3 AND S5		390
	S9	S1 OR S5		37,125
	S10	S1 AND S2 AND S4 AND S5		6

Tabell 1

I første tabell søkte jeg i databasen Cinahl. Søkeordene som ble brukt for å finne forskningsartiklen var hospice, experience, care workers og spiritual care, sammen med AND. Fikk 6 treff. 3 av de var studier gjort i Afrika, en var fra Australia og en fra Japan. Valgte An exploratory study of spiritual care at the end of life som er fra USA, da jeg ønsker å holde meg til den vestlige verdensdel og den hadde relevans for oppgaven.

Database	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall Treff
SveMed+	S1	Palliative pasienter		184
	S2	Lindring		56
	S3	Hospice		217
	S4	Trygghet		69
	S5	Omsorg		4593
	S6	Kreft		8922
	S7	S4 AND S5 AND S1		1
	S8	S6 AND S5 AND S3		13
	S9	S1 AND S2 AND S3		0
	S10	S1 AND S2		3
	S11	S4 AND S5		8

Tabell 2

S7 fikk 1 treff, men artikkelen hadde lite relevans for min oppgave. S11 fikk 8 treff, men var heller ikke aktuelle for oppgaven. S8 ga 13 treff. En artikkel om smerte og «total pain», som kunne være interessant, men valgte å gå for forskningsartikkelen som går inn på sykepleierens kompetanse i møte med palliative pasienter og tidlig symptomvurdering som jeg anser som viktig for oppgaven. Denne ser man på tabellen på S10, sammen med søkeordene palliative pasienter AND lindring. Der fikk jeg 3 treff med norske artikler. To av dem omhandlet den språklige og det symbolske bak det. Kun 1 av de 3 var mulig å lese i full tekst.

Database	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff
Cinahl	S1	Care workers		9,148
	S2	Hospice Nurse		569
	S3	Existential care		19
	S4	S2 AND S3		1
	S5	S1 AND S2 AND S3		1
Tabell 3				

På tabell 3 brukte jeg databasen Cinahl, søkeordene som ble brukt var care workers, hospice nurse og existential care. Fikk 1 treff på både S4 og S5 fra tabellen. Artikkelen jeg fant var veldig relevant for min oppgave, den heter; A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study.

Database	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff
Cinahl	S1	Spiritual		17027
	S2	Existential care		19
	S3	Hospice Nursing		3606
	S4	S1 AND S2 AND S3		3

Tabell 4

På siste tabellen har jeg som over brukt databasen, Cinahl. Søkeordene som ble brukt var spiritual, existential care og hospice nursing. S4 viser at jeg fikk 3 treff, og 1 av de var fransk og 1 var artikkelen som jeg valgte i tabell 3. Denne artikkelen er av samme forsker med samme tema, derfor høyest relevant. Den heter; The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying.

### 2.3 Kildekritikk

Jeg bruker forskning og litteratur som har et kvalitativt perspektiv med mange en-til-en intervjuer. Dalland (2017) beskriver kvalitativ som en metode med hensikt å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). I et kvalitativt forskningsintervju kan det ligge mulige feilkilder i selve kommunikasjonsprosessen. Er spørsmålet riktig oppfattet? Har intervjueren forstått svaret riktig? Hvis det er misforståelser eller unøyaktighet i prosessen kan det føre til redusert pålitelighet (Dalland, 2017, s. 60). Pasientens erfaring til døden kan forandre seg i løpet av prosessen, og omgivelsene hvor intervjuet fant sted. Det blir da vanskelig å etterprøve resultatene. Jeg har i denne oppgaven likevel ønsket å anvende kvalitativ forskningsintervjuer fordi jeg tror opplevelsen både pasientene og sykepleieren befinner seg i kan ikke forstås og måles i en kvantitativ metode med tall og tabeller. Man må møte mennesket på et dypere nivå, intervjuer og samtaler er den sikreste måten å komme i direkte kontakt med pasientens og helsevesenets opplevelser og dermed få et pålitelig resultat. Ved intervjuer kan man observere det non-verbale som også kan fortelle en hel del som ikke kommer frem ved en kvantitativ metode.

En svakhet i oppgaven kan være mangel på kvantitative studier, som kan føre til et misvisende bilde av omfanget og resultater. De valgte artiklene baseres som sagt på sykepleierne og pasientenes erfaringer og syn, men jeg anser at artiklene er høyest relevante for å besvare problemstillingen da trygghet er en følelse man kan få, det trengs derfor en dybde forståelse som ikke en måleenhet kan fortelle oss. En av studiene er fra USA. 6 av 7 artikler er nordiske, som derfor vil ha et likt fokusområde, helsesystem og kultur, så å sammenligne og bekrefte informasjonen blir lettere. Først nevnte er et annet land, men med tanke på fokuset mitt som handler mer om det unike menneske fremfor det kulturelle og religiøse, kan man tenke seg at de samme behovene for å kjenne trygghet er aktuelle uansett etnisitet, kultur og tro. Tre av mine artikler er skrevet på engelsk, og en artikkel er skrevet på dansk. Dette kan føre til feiltolkninger og noen misforståelser i innholdet, da jeg har selv oversatt disse til norsk. To av artiklene er av samme forfatter, Tornøe et al. (2014) på tabell 3 og (2015) tabell 4. Dette kan gi et ensformig syn på samme problemstilling, men forfatterens forskningsspørsmål i begge er relevant og ser på flere aspekter i problemet. I tillegg er det 1 år imellom forskningen, som bekrefter mye av det som ble funnet i studiet fra 2014, som styrker og bekrefter det som blir nevnt i drøftingen.

I oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur. Jeg har tillit til at dette er litteratur som man kan stole på da de anbefales av skolen, og det er skrevet av de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget (Dalland, 2017, s. 154).

## **2.4 Begrunnelse av sykepleieteori**

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og professor. Hun er svært anerkjent for sin omsorgsfilosofi og en kjent sykepleieteoretiker i Norden. Grunnen til at jeg valgte hennes teori er fordi hun vektlegger i sin tilnærming at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker og at den bygges på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten forventninger om gjenytelse. Hun begrunner sin teori i lys av fenomenologien. Omsorgsmoralen kan knyttes gjennom daglig praktisk handlinger, slik at det blir både rasjonelt og emosjonelt, og må bygges på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Martinsen, 2003, ss. 42-43). Joyce Travelbee har vært i tankene for min oppgave, da hennes teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter og utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier er høyest relevant. Jeg er klar over hennes viktige rolle og relevans for min oppgave, men har valgt å ikke ta henne med. Hvorfor hun blir utelatt i oppgaven er fordi jeg mener at Kari Martinsen går også inn på viktige temaer som har relevans for min oppgave. Hennes filosofi er tungt å lese og forstå, derfor har jeg hatt behov for å bruke mye tid på å lese hennes omsorgsfilosofi. Travelbee har jeg jobbet mye med igjennom hele studieforløpet mitt og ønsket å lære mer om en annen sykepleieteoretiker.

### **3.0 Teori**

I dette kapitlet vil jeg presentere aspekter jeg mener er relevant for min problemstilling. Jeg vil definere begreper og gå inn på temaer som videre skal brukes i drøftingsdelen for å besvare problemstillingen.

#### **3.1 Kreftsykdom**

Kroppen vår består av milliarder av celler, og de fleste formere seg ved deling. Når en får kreft er det en feil i celledelingen slik at de deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene friske celler ville ha gjort. Når dette fortsetter vil det oppstå en opphoping av disse kreftcellene i organet der veksten med ukontrollerte celler startet, det kalles da en kreftsvulst. Hvor raskt denne svulsten vokser er forskjellig og kan ta flere år før man oppdager svulsten. Kreftcellene har evnen til å vokse seg inn i andre organer og spre seg via blodet eller lymfesystemet. Vanlige behandlinger er kirurgi, cytostatika behandling, strålebehandling, behandling med antistoffer og endokrin behandling, enten alene eller sammen, men hva som blir valgt som medisinsk behandling er avhengig av hva slags kreftform og hvor kreften er lokalisert (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, s. 399). Behandlingen kan være kurativ, men i denne oppgaven er det kun ett fokus på den palliative behandlingen, derfor ønsker jeg ikke å definere mer om behandlinger eller pakkeforløpet for kreft.

#### **3.2 Trygghet**

Et trygt tilknytningsmønster innebærer at pasienten føler seg trygg på at sykepleier vil være tilgjengelig og til hjelp hvis det skulle oppstå en truende eller vanskelig situasjon. Pasienten har en forventning om at sykepleier oppfatter hva de føler, og vil se hva behovet er og respondere adekvat på dette om nødvendig. Dette vil skape trygghet og gi mot til pasienten (Eide&Eide, 2014, s. 144). Ved at sykepleier ser, forstår og reagerer adekvat vil følelsen av trygghet hos pasienten bli sterkere ved vanskelige situasjon når de har et behov for en type beskyttelse og blir møtt med støtte, trøst og omsorg. Da åpner det seg en egen forståelse og håp hos pasienten da han kan føle at «Jeg er trygg. Når noe er vanskelig, er det alltid noen til stede som passer på og beskytter meg» (Eide&Eide, 2014, s. 144).



### **3.3 Kommunikasjon og relasjon**

Kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte dennes behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet (Eide&Eide, 2014, s. 136). En mellommenneskelig relasjon kan påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, ved å finne mening i den og hjelpe til å mestre sykdom bedre. Evnen til å skape en god relasjon er viktig og avgjørende for behandlingsprosessen. Mye tyder på at nettopp evnen til å lytte, til å forstå den andre og til å skape god kontakt og allianse, er en viktig faktor for å motivere for endring og utvikling (Eide&Eide, 2014, s. 140). Derfor ønsker jeg å gå dypere inn i tema aktiv lytting og nonverbal kommunikasjon som et verktøy for å bidra til trygghet. Et mål er å få ham til å se seg selv og sin situasjon i et nytt lys, og blir i stand til å endre sine tanker om egen livssituasjon slik at han oppnår mestring og håp. Å skape en god og tillitsfull relasjon er utgangspunktet for en samtale om lidelser han har eller går igjennom. Denne pasientgruppen har blitt utsatt for store påkjenninger i livet, de trenger derfor en sykepleier de kan føle seg trygg på og ha tillit til, en som ikke forsvinner, en som forstår, gir støtte, oppmuntringer, hjelper og veileder når det er et behov (Eide&Eide, 2014, s. 147). I Eide&Eide (2014) forteller de at nonverbale uttrykksformer ofte kan være mer tydelige og direkte enn mange ord. Det er derfor viktig å trene denne ferdigheten, ofte i praksis, gode modeller og med erfaring kan man utvikle nye kommunikasjonsvaner. Ved å smile varmt til pasienten og sette seg ved siden av ham mens man spør hvordan det går, da formidler man både interesse gjennom spørsmålet og kroppsspråk. Ved slik kommunikasjon vil det framstå som ekte, pålitelig og tillitsvekkende, dette er med på å skape trygghet spesielt mellom deres relasjon (Eide&Eide, 2014, s. 200).

### **3.4 Kompetent sykepleier**

Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å forstå og tolke det som skjer i sykdomsforløpet, og kunnskaper om de enkelte fasene kan hjelpe sykepleieren om hvilke behov den enkelte pasienten står overfor, og hvilke handlinger som skal iverksettes for å hjelpe ham gjennom sykdomsforløpet. Kunnskapen om fasene skal brukes som et analytisk verktøy, for eksempel når det skal utarbeides individuell plan for kreftpasienten (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 38). De utfordringene sykepleieren står overfor, krever en teoretisk-analytisk kompetanse som innebærer å tilpasse generell teoretisk kunnskap slik at den kan møte behovet i konkrete og spesielle situasjoner. Sykepleierens observerbare handlinger er

kunnskap som ofte er skjult for pasienten. Den praktiske kompetansen er når sykepleieren handler, involverer seg i samtale, er til stede for pasienten og tar på seg rollen som pasientens forsvarer og talsperson (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 39). Kunnskapsbasert og medisinsk behandling er en forutsetning, men også avgjørende for pasientens relasjon med sykepleier, da omsorgsfull tilnærming har betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse. For sykepleieren er det viktig med symptomkontroll. Opplever pasienten at sykepleier har gode kunnskaper om symptomlindring, kan dette skape en trygg relasjon mellom sykepleier og pasient. Smerter er ofte et problem hos pasienter i palliativ fase. Noen er mer bekymret for symptomene og smertene de kan oppleve, enn for døden. De fysiske smertene kan overta og hindre at andre behov blir ivaretatt, derfor kan god smertelindring være med på å bidra til at pasienten og pårørende opplever «en god død» (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, ss. 398-427). For mange er håp og mål det samme i palliativ fase, gjerne uttrykt som et ønske om minst mulig smerte som da igjen gir ofte bedre relasjon med sine nærmeste og bedre livskvaliteter. Pasientens symptomer i palliativ fase er både sammensatt og kan forandres i prosessen, derfor er det en utfordring ved iverksetting av tiltak (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, s. 424).

### **3.5 Kari Martinsens omsorgsteori**

Jeg forstår det slik at Martinsen mener at i en omsorgssituasjon kreves det mer fra sykepleier enn kun det faglige da dette må læres i praksis. En ikke kan lese seg til å ha empati eller evnen til å forstå den andres situasjon og bekymre seg for pasienten (Martinsen, 2003, s. 27). Solidariteten og ansvaret for de svake i samfunnet er godt knyttet sammen mener Martinsen (Martinsen, 2003, s. 20). Menneskets verdi rangeres ikke etter hvor mye de er i stand til å bidra, fordi hvem som helst kan bli den svake. Den svake er vårt medmenneske som har behov for hjelp. Det kollektivistiske menneskesynet vedlikeholdes ved at det sterke menneske skal gå inn i dens svakes situasjon med solidaritet og ønske for å hjelpe (Martinsen, 2003, ss. 67-70). Martinsen (2003) sier at det skal være nok at mennesket har fått sitt liv i gave, og den svake skal ikke ha gjort seg fortjent til hjelpen da alle skal få den hjelpen de trenger (Martinsen, 2003, ss. 71-73). Menneskesynet hos en sykepleier vil ha en påvirkningskraft for omsorgen som gis og synet man har på helse, sykdom og pasienters behandling. Kari Martinsen sier at omsorgsmoraleen må læres gjennom praksis (Martinsen, 2003, ss. 75-76). Den gode samtalen er en kunst form, å ha erfaring på et personlig nivå er også viktig, dette er jeg enig i det da jeg selv har erfart at slike dype samtaler må oppleves personlig,

ettersom ingen pasienter er like og enhver situasjon er unik. I helsevesenet settes det for stort fokus på effektivitet som kan gi pleie som av pasienten kan oppleves som overfladisk, der hurtighet prioriteres over omsorg. Over et teknologisk herredømme, er det viktig å gi den sentimentale omsorgen til «den svake», ettersom klinisk skjønn ikke kan spesialiseres eller erstattes av teknologi (Martinsen, 2003, s. 27).

Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Sykepleielære og medisinske kunnskaper er viktig, men det gjør oss ikke uten videre faglig dyktig i stand til å utøve en pleie med omsorg. Lærebokkunnskapene må praktiseres. Kari Martinsen mener derfor at faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet. I en omsorgssituasjon er fagkunnskapen til stede i den måten vi anvender utstyr og det medisinske overfor pasienten. Våre kunnskaper i sykepleielære og våre erfaringer i pleie gjør at vi kan vise omsorg gjennom bruken av akkurat dette (Martinsen, 2003, ss. 75-76). Sentralt i omsorg er forståelse for den andres situasjon. Ut fra erfaring får vi kunnskap, dermed kan vi forstå og deretter formidle gjennom handling eller ord. Vi kan ikke oppleve smerten, sorgen eller frykten pasienten har, men likevel gjenkjenne situasjoner og forstå pasienten ut fra erfaring og lindre hans ubehag. Og med disse erfaringene og kunnskapen pleieren har som medmenneske, har hun sine fagkunnskaper som gjør henne enda bedre i stand til å «sørge for» den syke og lindre hans ubehag (Martinsen, 2003, s. 76).

### **3.6 Etikk og lovverk**

Før drøftingen ønsker jeg å si noe om hva lovverket og etikken sier, jeg som sykepleier er pliktig til å følge disse. Jeg vil ha dette i bakhodet når jeg besvarer oppgaven for å holde meg innenfor lovverket i min besvarelse. Sykepleierens funksjon og ansvar styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer som helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. De er knyttet til både direkte pasientrettet arbeid og indirekte pasientrettet arbeid (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøberg, 2017, s. 41). Den pasientrettede funksjon sykepleieren har omfatter forebygging, behandling og lindring til kreftpasientene i palliativ fase. Pliktetikk bygges på plikter og rettigheter. Plikter er gitt av offentlige instanser eller organisasjoner, for eksempel i form av ulike pasient- og brukerrettigheter og yrkesetiske retningslinjer for sykepleier (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøberg, 2017, s. 269).

Fireprinsippetikken begrunner ulike handlinger ut fra både konsekvensetikk og pliktetikk. De fire er: autonomi som handler om selvbestemmelse, brukermedvirkning, rett til å avslutte eller nekte behandling, rett til å si nei til å delta eller avslutte deltakelse i et forskningsprosjekt.

Andre er ikke skade, som kan være utfordrende innen kreftomsorg da bivirkninger pasienten kan oppleve grunnet kreft og lindrende behandling, men balansen finner man i fordelene som oppleves i ettertid, resultatene er ikke gitt på forhånd. Tredje er gjøre det gode, og sees på som velgjøringsprinsippet. Som sykepleier skal en alltid forsøke å gjøre det beste for pasienten livskvalitet. God dialog, oppdatert og relevant kompetanse og genuin omsorg bygd på samhandling kan sykepleier bidra til å fremme pasientens velferd. Siste er rettferdighet, i Norge skal alle ha likeverdig rett til helsehjelp (Utne & Sæteren, 2017, s. 271).

Knud E. Løgstrup mener at tillit er den eksistensielle i mellommenneskelige relasjoner og begrepet livsyttringer. Det kreves tid og ro ved møte mellom pasient og sykepleier for å skape tillit, det legges like stor vekt på barmhjertighet og kjærlighet (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 270). I den kommunikative etikken blir dette tydelig med tanke på mellommenneskelige relasjoner. Det kan skapes tillit som er avgjørende for den videre samhandlingen i møte med pasienten. Når sykepleier møter den svake på et likeverdig nivå, skapes et grunnlag for å løse enhver etisk utfordring og konflikt gjennom kommunikasjon. Igjennom samtale skapes en mulighet til å bli kjent, ved å lytte til pasientens historie får sykepleier innblikk i deres tidligere erfaringer, livssituasjon og verdier. Sykepleier kan selv formidle sine faglige etiske referanserammer slik at pasienten er klar over sykepleierens ståsted (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 270).

### **3.7 Rett til å bestemme selv**

Pasientene vil alltid befinne seg i spenningsfeltet mellom det å være sårbar, avhengig og hjelpetrengende og det å ha mulighet til å selv å ivareta sine interesser, også kalt autonomi. Prinsippet bygges på grunnleggende menneskerettigheter, og blir støttet av lover som pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). Rett til informasjon og medbestemmelse, samtidig som helsepersonell har plikt til å informere og involvere pasienter og pårørende (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2017, ss. 103-104). Et annet viktig punkt er første led av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som lyder: sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2016).

### 3.8 Håp

Når pasienten er døende, er det viktig å styrke håpet og motivere ham til å leve den tiden som er igjen. I en norsk studie rapporteres det høyere nivå av håp hos kreft pasienter enn hos den generelle befolkningen, som kan bety at referanserammen for livet endres når man er i en slik situasjon (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, s. 426). Studie viser at fysiske, psykologiske og kognitive aspekter må tas i betraktning ved behandlingstilnærmingen i palliativ fase (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017, s. 427). Psykolog Ezra Stotland (1924-1993) så på håp som en forventning om å nå et mål, noe en kan se fram til, har et ønske om og en tillit til. Handling og håp er knyttet med hverandre, han mente at jo mer motivert en er, desto mer aktivt vil en handle for å nå et mål, dermed blir å motivere pasienten sentralt i håpsbegrepet. Ifølge Stotland er motivasjonsfaktoren det som er drivkraften bak håp (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 67) En kreftdiagnose kan være en trussel mot framtiden, dette vil aktualisere håp og hva håp innebærer for oss (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 69). Med dette forstår man hvor viktig det er med håp for denne pasientgruppen, så det å fremme håp blir en vesentlig del av sykepleien og som sykepleiere har vi derfor en viktig oppgave i å drøfte håpet med pasienten.

Det empiriske grunnlaget i oppgaven består av samtaler med palliative pasienter og sykepleiere. I alle artiklene blir det anvendt intervjuer, og for å kunne svare på oppgavens problemstilling mener jeg det er nødvendig å innhente informasjon fra mennesker som er dødende, og sykepleierne som jobber med palliative pasienter. Dette er fordi det er vanskelig å sette seg inn i deres situasjon. Derfor blir det essensielt for besvarelsen å bruke mest kvalitative artikler for å forstå deres opplevelse og hva som er viktig i denne tiden.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

*Tittel: An Exploratory Study Of Spiritual Care At The End Of Life*

Hensikt: I denne forskningsartikkelen ønsket de å utforske hvordan institusjoner og helsepersonell forstår og oppfatter den eksistensielle behandlingen som gis til døende pasienter og pårørende, da man vet hvor viktig det er, men usikkert om hvordan den mottas og gis i den palliative fasen. Studie er utført i USA.

Metode: Dette er en kvalitativ forskning basert på intervjuer, og editing analysis med 12 institusjoner og helsepersonell som har god erfaring med det eksistensielle behovet hos palliative pasienter.

Resultat: Å være til stede mentalt og fysisk viste seg å være viktig, å ha gode intensjoner eller en bevisst tankegang med målbevisst handlinger. Det å lytte og se hele pasienten gjorde at helsepersonell klarte å forstå pasientens situasjon og deres opplevelse av sykdommen. Det å samarbeide er relevant, bekreftelse av pasientens livserfaringer gjorde det lettere å lage en helhetlig behandlingsplan som fokuserte på å ivareta pasientens menneskehet og verdighet. God tid er effektivt for eksistensiell behandling.

Forfatter: Daaleman, Timothy P. Usher, Barbara M. Williams, Sharon W. Rawlings, Jim. Hanson Laura, C. (2008, 9. Mai)

### 4.2 Artikkel 2

*Tittel: A Mobile Hospice Nurse Teaching Teams Experience: Training Care Workers In Spiritual And Existential Care For The Dying*

Hensikt: Mange studier viser at helsepersonell har en frykt og usikkerhet rundt den eksistensielle omsorgen og samtale med palliative pasienter. Målet med denne studien er å se opplevelsen til et norsk mobilt undervisningstema fra hospice som skal undervise og trene helsepersonell i dette tema. Forskningen er utført i Norge.

Metode: Dette er en kvalitativ forskning, og gruppen består av spesial utdannede sykepleiere fra hospice. Det er fokus på gruppeintervjuer og blir sett på et fenomenologisk perspektiv.

Resultat: Helsepersonellet ble lært opp i å kunne indentifisere det eksistensielle behovet, hvordan man tar initiativ til samtale og formidle omsorg og støtte gjennom aktiv lytting og

stillhet. Undervisningen foregikk i situasjoner umiddelbart med pasienten til stede og gjennom refleksjon.

Forfatter: Tornøe, Kirsten. Danbolt, J. Lars. Kvigne, Kari. Sørli, Venke. (2015)

### **4.3 Artikkel 3**

*Tittel: The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying.*

Hensikt: Studiet beskriver sykepleierens erfaringer og dens betydning for å lindre eksistensiell lidelse hos døende pasienter på et hospice.

Metode: De bruker en kvalitativ studie, det er individuelle intervjuer. De blir spurt om deres erfaringer med å utøve eksistensiell sykepleier hos palliative pasienter.

Resultat: Det ble viktig å identifisere og oppfatte den eksistensielle lidelsen hos pasienten, sykepleierne oppnådde god effekt ved å åpne opp, kjenne på atmosfæren i rommet, bli berørt, trøste gjennom nærvær, stillhet og samtaler. Hvis sykepleier får god kontakt med pasienten, har hun mulighet til å styrke dem og legge til rette for at pasienten kan leve et meningsfullt liv og få en verdig død.

Forfatter: Tornøe, Kirsten. Danbolt, J. Lars. Kvigne, Kari. Sørli, Venke. (2014)

### **4.4 Artikkel 4**

*Tittel: Palliative Pasienter Får Bedre Lindring Med Tidlig Symptomvurdering Og Tiltak.*

Hensikt: Studiet ønsker å belyse palliative kreftpasienters rapportering av sine symptomer ved ankomst og utreise fra en palliativ enhet, i oppgaven ønsker jeg ikke å fokusere på utreisen.

Forskningen er utført i Norge.

Metode: Det er en kvantitativ studie, gjennomført på Palliativ enhet ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Harstad i perioden 2008-2016. Den bruker data fra Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

Resultat: Det å kunne gi god palliativ behandling innebærer at sykepleierne er observante og har kunnskaper om pasientens mulige symptomer. Tidlig start med kartlegging og behandling kan redusere risikoen for store, problematiske symptomer over både kort og lang tid, dermed gi forbedret livskvalitet.

Forfatter: Vigstad, Sverre. Clancy, Anne. Broderstad, R. Ann. (2018, 21. Desember).

**4.5 Hospice – et levende hus** (2013) er Vibeke Østergaard Steinfeldt sin ph.d-avhandling som går i dybden hos uhelbredelige syke mennesker og sykepleiere på hospice. Dette studie er utført på to hospicer i Danmark, det ble gjennomført 39 intervjuer med pasienter, pårørende og sykepleiere, samt deltagende observasjoner i åtte måneder. I hennes studie legges det spesielt vekt på pasientens opplevelse og perspektiver, men også hos sykepleierne og pårørende. Dette er relevant for min oppgave, og jeg vil tilføye en del fra hennes studie i drøftingen, både opplevelser og direkte sitater fra pasienter. Jeg kommer til å ha et stort fokus på kapittel 8 (s. 108), som presenterer hvordan det å bli bekreftet som et selvstendig individ som et sentralt tema for pasientens opplevelse av omsorgspraksis på hospice. Hun tar opp selvbestemmelse som jeg mener er en viktig del i en slik omsorgssituasjon.

**4.6 Døden Nær**, (2019) er en Norsk bok skrevet av Aftenpostens journalister Miriam Lund Knapstad og June Westerveld. Denne boken deler sykepleiere som har døden som arbeidshverdag sine utfordringer og erfaringer. Den tar opp temaet at døden er bortgjemt, og vi mennesker og døden har blitt fremmede for hverandre og ikke møtes før vi en dag overlates til ukjente hender på sykehus. Det er veldig personlige historier med pasienter som slipper oss inn i deres siste fase av livet. Innholdet i boken er jevnlig brukbar for oppgaven og vil bli anvendt både i teoridelen og drøftingen. Både opplevelser og sitater vil bli brukt i oppgaven.

**4.7 Kari Martinsen sin «Omsorg, sykepleie og medisin»**. I 2003 relanserte Universitetsforlaget denne boken som er en artikkelsamling som bygges på artikler og bøkene som Kari Martinsen skrev i 1989 og 1996. Den er delt opp i tre tematiske hoveddeler, men min oppgave fokuserer på omsorgsfilosofien og omsorg i sykepleien av Martinsen. Boken er anvendt som et teoretisk grunnlag om hennes sykepleiefilosofi som oppgaven min baserer seg på.



## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg diskutere funn fra empirien, teori og egne erfaringer, samt bruke Kari Martinsen sin sykepleierteori for å drøfte oppgavens problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos kreftpasienter i palliativ fase? Drøftingsdelen er delt inn i tre temaer som legger vekt på hva som er viktig for pasienter ved livets slutt, samt forslag på ulike tiltak som kan iverksettes for å møte pasientens behov. Hvert tema vil ha en delkonklusjon, som vil til slutt danne oppgavens konklusjon.

### 5.1 Lindring gir frihet til å føle seg i live

Hvis sykepleieren er teoretiskanalytisk i sin tilnærming og mestrer de praktiske utfordringene, men mangler respekt og empati for pasientens situasjon blir behandlingen mangelfull. I intervjuene i studiene forteller pasienter hvor viktig det er å få den eksistensielle omsorgen for å føle seg trygg og ivaretatt. Men kvaliteten blir også dårlig når sykepleier viser stor omsorg og lytter og har samtaler med innlevelse, men gjør feil i legedelegerte behandlingsoppgaver eller unngår å gi relevant og konkret informasjon eller veiledning til pasienten (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 40).

Tidligere forskning viser liten sammenheng mellom sykepleieres opplevelse av pasientens symptomer og pasientens egentlige symptombilde som kommer frem i studiet om ESAS (Vigstad, Clancy, & Broderstad, 2018). Er pasienten smertepreget er det vanskelig å få en god samtale om pasientens behov. Studie til Tornøe et al. (2015) viser også til at teamet fra Hospice har erfaringer der smertepregede pasienter som ikke har fått tilstrekkelige med lindring ikke åpner seg opp for samtaler (Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørli, 2015). I et av intervjuene til Steinfeldt (2013) forteller en pasient at hennes store smerter gjør at hun ikke ønsker å ha besøk av sine nærmeste, hennes tilstedeværelse endres og hun ønsker å være alene (Steenfeldt, 2013, s. 161). Derfor kan verktøyet ESAS hjelpe med symptomkartlegging ved å daglig anvende dette. Første gang sammen med en erfaren sykepleier for å unngå misforståelser, men etter hvert vært kan pasienten utfylle dette selv. Dette er et godt verktøy for kreftpasientene da man kartlegger smerter i ro, i bevegelse, slapphet, depresjon og andre symptomer som obstipasjon (Vigstad, Clancy, & Broderstad, 2018). Målet med kartleggingen er å gi best mulig og effektiv lindring av plagsomme symptomer som ofte kun pasienten selv kan informere sykepleieren om, da det blir mer presist fordi pasienten blir sin egen fasit og muliggjør symptomevaluering av sykepleier sier de i studie til Vigstid et al. (2018). En

svakhet som kommer frem i studie om ESAS er hvis pasienten misforstår spørsmålene og gir et feilaktig tall. Det kan også være vanskelig for ham å sette en tallverdi på et symptom.

Derfor er det viktig å gå igjennom skjemaet sammen med pasienten, men hvis han får hjelp av forskjellige sykepleiere kan det føre til variasjoner i verdiene som blir avlevert. Men studie kan vise frem at systematisk registrering av symptomdata med hurtig iverksetting av symptomlindrende tiltak fører til redusert symptombelastning (Vigstad, Clancy, & Broderstad, 2018). Systematisk bruk av ESAS øker mulighet for å oppdage symptomer som ellers kunne blitt oversett. Opplever pasienten ingen eller lite symptomer bygger han opp tillit til sykepleier, og vil føle god omsorg og trygghet på institusjonen.

Tornøe et al. (2015) viser til at erfaringer og kunnskap er viktig, da mange sykepleiere oppnår selvtillit og mestringsfølelse av å presse seg, selv i vanskelige situasjoner (Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørli, 2015). De tør å involvere seg mer og uttrykke sitt engasjement emosjonelt, spesielt i møte med palliative pasienter. Vanlige temaer som død og smerte, kan føre til at sykepleier kan føle på sin egen sårbarhet og angst når man involverer seg i en annens lidelser. Sykepleierens usikkerhet blir da utfordret i møte med denne pasientgruppen og deres kommunikasjons ferdigheter blir satt på prøve. Dette krever en kompetent sykepleier med rikelig erfaringer og kunnskap for å klare å stå i dette. For en pasient vil en slik selvsikker sykepleier gi følelsen av å være i trygge hender. Jeg tror at samtaler om slike temaer er vanskelig å håndtere både for pasienten og sykepleieren, fordi død er en så stor tabu i vårt samfunn. Vi snakker alltid om det gode livet, men aldri om en god død (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 7). I den vestlige verden marginaliserer vi døden og det å dø. Vi ser på naturens eksistens som noe for oss å bruke og kontrollere, derfor kan det være vanskeligere for oss å godta eller oppleve kroniske sykdommer og det som følger med.

Dagens utvikling innenfor medisin og kirurgi gjør at færre dør av sykdommer og opplever lidelser, som gjør at vi mennesker har lite kunnskaper og forståelse for døden og frykter den mer (Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørli, 2015). Jeg er av den oppfatningen at vi har i dag fått et urealistisk syn og forventninger til lidelser, død, sykdom og aldring. Vi blir i dag mentalt uforberedt og frykter det uklare i dette, fortelles det i Tornøe et al. (2015) sin studie. Men finnes det en oppskrift om «den gode død»? Hvem vet hva det er? *«Problemet med å ha en «oppskrift» om hvordan man skal tilnærme seg døden er at det lett kan oppleves som et krav, noe å få til, forventning om forsoning og aksept. Det er mye sykepleier kan gjøre for pasienten bare ved å ivareta deres grunnleggende, menneskelige behov og verdier. Kort tid igjen betyr ikke at livet ikke lenger er verdt å leve, men vi må klare å forholde oss til at vi er dødelige, ta*

*døden innover oss, når den er rett rundt hjørnet. Og det er viktig at man forsøker å hjelpe pasienten inn i denne prosessen på et tidligere tidspunkt enn man gjør i dag», forteller overlege, Are Normann, i boken «Døden Nær» (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 84).*

For at sykepleieren skal utvikle kliniske kunnskaper er det behov for refleksjon mener Anne. M Reitan i boken Kreftsykepleie (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøberg, 2017, s. 40). Uten refleksjon kan en bli ensidig opptatt av regler og rutiner, der ingen mål eller visjoner trekker en videre og tvinger en til å tenke utenfor boksen. Da står sykepleieren i fare for å gjøre det samme om igjen uten å oppnå erfaringer (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøberg, 2017, s. 40). Profesjonsutøvelsen skal være kunnskapsbasert, og sykepleierne må hele tiden foreta koblinger mellom det som man har lært, vitenskapelige artikler og handlinger i klinisk praksis i pasientsituasjoner for best kvalitet på sykepleien (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøberg, 2017, s. 40). Igjennom sykepleie studie og igjennom praksis har jeg lært ulike oppgaver for å reflektere, og har kjent på viktigheten av å være reflektert i dette yrke. Ofte i pausene samles vi og snakker om ulike problemstillinger vi har opplevd og etiske dilemmaer. Dette åpner for diskusjoner, og å få ulike syn og ny lærdom av kollegaer.

Kari Martinsen (2003) mener at medisinsk kunnskap er viktig for å yte god omsorg, men at kun det ikke er nok. Hun mener at ved å yte omsorg må jeg som sykepleier ha en forståelse for pasientens situasjon (Martinsen, 2003, s. 16). Vi har alle opplevd eller vil oppleve noe ubehag og vanskeligheter her i livet, dette er noe vi mennesker har til felles. Kreftpasienter er ofte plaget av smerter og kvalme, dette er noe jeg selv har opplevd og kan relatere meg til. Denne erfaringen jeg har kan hjelpe meg til å se pasienten ut ifra hans situasjon, og kan dermed lindre hans plager. Fagkunnskaper kan tas med i den erfaringen jeg har som et medmenneske. Det vil si at jeg som sykepleier har kunnskaper om risikoen ved å ligge dårlig eller på samme sted over lenger tid og kan derfor sørge for en god og variert liggstilling. Dette er fagkunnskaper som jeg kan ta med de erfaringene jeg selv har som et medmenneske for å oppnå god omsorg til den syke. Men det er ikke bare det fysiske som trenger omsorg og pleie, denne pasientgruppen har også et behov for en type mentalomsorg i tillegg. Og da trenger sykepleier som Martinsen sier, mer enn bare medisinsk kunnskap (Martinsen, 2003, s. 27).

## 5.2 «Mer enn det fysiske»

Sosial kompetanse blir også sett på som en viktig del av yrke der utøvelsen hovedsakelig foregår i ulike former for samhandling med andre mennesker. I sosial kompetanse er det viktig å møte andre med empati, situasjonsforståelse, selvtillit, mot, samhandlings og kommunikasjonsferdigheter. Det handler om evnen og viljen til å etablere, gjennomføre og være utholdende i mellommenneskelig forhold. I møte med kreftpasienter kreves det av sykepleier både utholdenhet, struktur og oppfinnsomhet (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjøllberg, 2017, s. 39).

Studiene til Tornøe et al. (2014;2015) legger vekt på aktiv lytting, stillhet og det å være direkte og ærlig med pasienten og pårørende (Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørli, 2015) (Tornøe K. A., 2014). I et av intervjuene i Døden nær forteller overlege Are Normann at hans ærlighet har blitt et voldsomt traume, både for pasienter og pårørende. Han poengterte at ærlighet er viktig i deres stadium. «*Må man alltid vite, dersom de har det bedre med å leve i håpet?*» Han svarer at man kan håpe og vite samtidig, håpe på å leve lenge, men å vite at det er lite sannsynlig (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 85). Samtidig er man opptatt av at vi må innse «visse sannheter»: at mennesket har biologiske grenser, og at medisin har grenser for når den kan være til nytte. At det kan være riktigere å håpe på livskvalitet den siste tiden enn å håpe på å leve lengst mulig (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 83). Å styrke håpet blir et viktig redskap for sykepleier for disse pasientene, jeg vil gå nærmere inn på dette lenger ned i drøftingsdelen. Are Normann (2019) forteller videre at det blir viktig å hjelpe pasienten til å akseptere døden. Dette kalles «brytpunktsamtaler»: samtaler som har som hensikt å finne ut når en skal flytte fokuset til å kjempe for andre ting man verdsetter, som å være med familie, spise et godt måltid eller nyte en smertefri dag uten bivirkninger (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 84). I flere av studiene forteller pasientene at de blir tryggere av ærlige svar, for vage formuleringer og tilbakehold av informasjon er det som skaper angst. Jeg tror når man får en uhelbredelig kreftdiagnose vil man allerede føle at noen har tatt over kroppen din og man mister automatisk noe kontroll. De fleste pasienter har ikke den kunnskapen om sykdommen kreft eller det å være i en slik situasjon, å ikke ha forståelse eller kunnskap om noe som tar over livet deres kan skape mange utfordringer på et mentalt nivå for mange. Det å informere om sykdommen, prosessen videre, medisiner og muligheter kan trøste pasienten og skape trygghet. Are Normann (2019) forteller videre at, om man unngår å fortelle at situasjonen er alvorlig, svikter vi vårt ansvar (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 85). Dette sier også yrkesetiske retningslinjer for sykepleier

at vi skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre oss om at informasjonen er forstått (NSF, 2016).

En annen viktig måte å kommunisere på som studiene viser er hvor viktig den nonverbale kommunikasjonen. Aktiv lytting blir nevnt i flere av studiene, det er ikke nødvendigvis en agenda med samtalen, det handler om å lytte, ikke løse. Sykepleiere har erfaringer og kunnskap, derfor tror vi at vi vet hva som er best, men man kan aldri vite, derfor bør vi stille oss ved siden av pasienten, ikke over. «*Jeg selv er full av respekt for de menneskene jeg har møtt, de har lært meg mye om livet og det å være menneske som jeg ikke har kunne lese meg til i noen fagbøker*» forteller sykehuspresten på Ahus, Hilde Unsvåg i et intervju i «Døden Nær» (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 113). Med erfaring og samtale kan man se hvor like og forskjellige vi mennesker er og hvor lite vi kan generalisere, også når det gjelder døden. «*Hvert menneske har sin livsfortelling, sitt håp, drømmer og lengsler. Igjennom samtaler ser man hvordan den enkelte finner sin vei, gjennom krevende landskap forteller sykehuspresten*», Hilde Unsvåg (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 113). I studiet Tornøe et al. (2014) legger sykepleierne vekt på hvor viktig det er med aktiv lytting, for da viser man en interesse for pasienten, en empati og respekt, slik dannes et tillitsforhold som kan føre til trygghet på sikt. Erfaring deres sier at, den emosjonelle smerten er noen ganger mer smertefull enn den fysiske smerten. De må endre sin hensikt fra å gjøre noe «for» pasienten, til å være «med» pasienten. I begge studiene til Tornøe et al.(2014;1015) forteller sykepleierne hvordan nærhet, berøring og stillhet kan hjelpe pasienten til å åpne seg. «Eneste verktøyet i en slik situasjon er seg selv» (Tornøe K. A., 2014). I studiet til Daaleman et al. (2008) bekreftes viktigheten av fysisk nærhet og hvor avgjørende det er å gi oppmerksomhet på det emosjonelle, sosiale og eksistensielle nivået for å skape trygghet (Daaleman, Usher, Williams, Rawlings, & Hanson, 2008). De mener at ved eksistensiell behandling måtte man se hele menneske, og være oppmerksom på at det er mer enn bare en fysisk kropp og smerter. I flere av intervjuene forteller pasientene hvor viktig det er å føle at de blir sett som et enkelt individ, og ikke bare som pasient. I studiet snakker de om å ha «åpne øyne», noe jeg forstår er tilnærmet likt som aktiv lytting. I Daaleman et al. (2008), og Tornøe et al. (2014;2015), beskriver at gode måter å formidle ditt nonverbale språk på er ved ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, berøring og stillhet. Min erfaring er at disse skaper en god relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier. Kroppslig berøring er ofte en del av den daglige omsorgen, da mange har behov for fysisk stell. Det sies i ulike undersøkelser og egen erfaring, at det blir satt stor pris på å bli holdt i og tatt på. I Eide&Eide (2014) sier de at ved berøring kan man

formidle sympati, omsorg og støtte, i tillegg til å vise sin oppmerksomhet mot den andre og lettere kan innlede til en samtale (Eide&Eide, 2014, ss. 210-211). En nonverbal kanal jeg ønsker å nevne noe om er, aktiv bruk av stillhet og pauser. Å forbli i en aktiv, lyttende posisjon når pasient formidler noe kan hjelpe til å la inntrykket synke, til å kjenne og tenke etter, spesielt hvis temaet er følelsesmessig ladet fortelles det i Eide&Eide (2014). Videre sier de at andre måter stillhet kan være til hjelp er å gi den andre tid til å bearbeide det som er sagt, reflektere sammen med sykepleier som kan oppleves meningsfylt og gi et håp (Eide&Eide, 2014, ss. 212-214). I studiene forteller sykepleierne hvor effektivt denne metoden er for å komme nærmere pasienten. Men i studie til Steinfeldt (2013) nevner hun også disse pasientene som har behov for en «dra hjelp» i slike samtaler, disse sitter ofte alene med tanker og følelser og kan fort bli litt glemt (Steenfeldt, 2013, s. 114). I studie til Tornøe et al. (2014) snakker en sykepleier om hennes erfaring med pasienter som åpner seg i samtale, dør mer fredfullt enn de som holder alt inne (Tornøe K. A., 2014). Steinfeldt (2013) forteller at både i intervjuene og observasjonene viser at, hjelpen kan være i form av å gjøre noe for pasienten ved å utføre konkrete handlinger. Dette kan være nærvær og tilstedeværelse i samtale eller en annen type støtte for pasienten. Dette bekreftes i intervjuene av sykepleierne i studiene til Tornøe et al. (2014;2015). Pasienter som er litt tilbaketrukket og ikke «ønsker å være til bry», kan bli vanskelig å åpne seg for når man kan kjenne på atmosfæren i rommet at pasienten ikke ønsker å prate. Funn i studie fra Tornøe et al. (2015) bekrefter at sykepleier hadde erfaring med at det kunne være vanskelig å håndtere pasientens eksistensielle lidelse, fordi deres usikkerhet gjør det vanskelig å eksponere seg for deres lidelse, men også fordi de var redde for å ikke kunne svare på spørsmålene til pasienten. I studie Tornøe et al. (2014), fortelles det samme, og følelser som utilstrekkelighet og usikkerhet i møte med pasienter. I stedet for å utfordre seg selv valgte de heller å henvise han til sykehuspresten for å slippe å håndtere hans eksistensielle bekymringer (Tornøe K. A., 2014). Mitt første møte med aktiv lytting følte ubehagelig ut, da jeg har tidligere erfaringer med at stillhet i en samtale viser usikkerhet eller manglende interesse. Jeg tror grunnen til at man opplever det slik er fordi stillhet er spenningsfullt, og da er det lettere å fylle ut slike tomrom som gjør det vanskelig å holde en rød tråd i samtalen. Hvis sykepleier bevisst holder litt tilbake og blir stille, skaper man et rom for den andre til refleksjon, ettertanke og til selv å velge veien videre (Eide&Eide, 2014, s. 212). Kari Martinsen sier at fortellingen bringer den som lytter og den som forteller sammen. De blir begge deltakere i den situasjonen det fortelles om (Martinsen, 2003, s. 55). Det å jobbe i en palliativ enhet kan være tøft for sykepleieren, da man må engasjere seg i dype

samtaler og skape et sterkt bånd med pasienten. Det kan være like profesjonelt å vise følelser som å ikke gjøre det. Kreftpleier, Lotte Rogg forteller at, å snakke om at pasientens situasjon er vanskelig for deg og berører deg emosjonelt som menneske, kan hjelpe å skape et åpent og ekte møte mellom sykepleier og pasient (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 85).

Tornøe et al. (2014), beskriver en sykepleier hvor tøft det kan være å stå i andres lidelser, da vårt engasjement og pleien som gis til palliative pasienter kan påvirke oss, og noen ganger ta over vår profesjonalitet. *“You become quite fond of the patients! Sometimes they just leap in to your heart!”*. De legger vekt på hvor viktig det er å ha støtte og samtaler med kollegaer for å håndtere jobbhverdagen (Tornøe K. A., 2014).

Jeg var i en kommunikasjon situasjon som jeg ønsker å dele fra min praksis på Hospice. Jeg går inn til en av pasientenes rom, han hadde fått noen dårlige nyheter, jeg spør «hvordan går det, (pasientens navn)?» mens jeg tar tak i en stol og setter meg ved siden av, holder øyekontakt, viser et varmt smil og lener meg framover. Han svarer, «det går greit, fikk en dårlig beskjed fra sykehuset i dag da. Prøvene var dårlige». En lenger pause med stillhet, jeg ser at han tenker. Jeg puster dypt inn med nesene, og ut med munnen, han gjør det samme. Jeg tar tak i hånden hans. Varmen fra min hånd og energien kjennes, «jeg lytter, bare fortell videre» sier jeg. Han var bekymret for smerter og ubehag før døden. «Det er så ukjent». Jeg nikker og bekrefter det han har sagt med, «mmm». Stillheten treffer. Jeg puster dypt igjen. «Det forstår jeg godt. Men det har skjedd store framskritt når det gjelder smerte- og symptomlindring i palliativ behandling, og vi skal gjøre alt for å ta bort dine plager. Du skal ikke bli overlatt til deg selv. Vi og dine næreste er her med deg.» Jeg kjenner et hardere trykk i hånden, han smiler og sier «takk». Jeg merket at det sterke håpet han hadde for noen dager siden, har nå blitt svekket. Å styrke og støtte pasientens håp blir viktig da håpet har den største betydningen når det gjelder menneskets evne til å bære sykdom og lidelse. Å være i livet, er å håpe (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, s. 236). I litteraturen Kreftsykepleie (2017), mener de at målet blir å hjelpe den enkelte med å forebygge eller mestre opplevelser knyttet til sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe vedkommende til å finne mening i disse opplevelsene. Når sykepleier prøver å hjelpe pasienten til å finne håp eller unngå håpløshet, er det nødvendig at en selv har en innstilling som inspirerer til håp (Utne, Sæteren, Reitan, & Schjølberg, 2017, ss. 76-77). Som det står i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.» (NSF, 2016). Personlig er jeg glad i ordet «håp». Da jeg har erfart i livet at det vil komme tunge tider som gjør det vanskelig å se fremover. Jeg har også hatt samtaler med

pasienter som har fått beskjed om at «du er døende» eller «du har 3 uker igjen», han vil da føle håpløshet og at livet tok slutt i det legen var ferdig med setningen. Jeg har vært den sykepleiestudenten som har holdt mange hender. Å lytte og reflektere om det som er viktig for pasienten, det har vært noe som har blitt satt pris på hver gang. Og selv om det er 1 uke eller 3 år igjen, så er ikke livet slutt der og da. For det har seg slik at en som håper, aksepterer ikke situasjonen i dag som endelig. Jeg mener at framtiden er knyttet sammen med håp. Å hjelpe pasienten med å finne håp og mening, vil styrke tryggheten i relasjonen mellom sykepleier og pasient.

### 5.3 Se meg som et menneske

I et av intervjuene til Steinfeldt (2013) forteller en pasient på Hospice at det å være en kreftpasient i palliative fase på en institusjon gjør en sårbar og man blir avhengig av hjelp og man mister noen deler av selvstendighet sin (Steenfeldt, 2013, s. 109). Da står man i fare for å sitte med følelsen av avmakt og usikkerhet. I praksis er pasienter selvstendig personer, mestring og egenomsorg ligger som viktige helsepolitiske mål både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, og i folkehelseloven (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2017, s. 18). En viktig del av sykepleien blir å hjelpe pasientene til å styrke sine ressurser og sin mestringsevne uansett situasjon og sykdom, sykepleier må hjelpe med det som oppleves som viktig og vesentlig for dem. I Eide&Eide (2014) forteller de at dette fremhever betydningen av å møte pasienten med respekt, ta pasienten perspektiv på alvor, og la pasienten beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig. La pasienten delta i beslutningsprosesser og utøve myndighet der dette er mulig og naturlig. Dette begrunnes i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste (Eide&Eide, 2014, s. 19). Steinfeldt (2013, s. 167) beskriver det slik at; *«Det ligger i de eksemplariske utdrag af fortællinger, og det ligger mere generelt i det empiriske materiale, at patienterne, uanset hvor tæt de måtte være på døden, er levende mennesker og bliver behandlet som levende mennesker, der har mulighed for at være i live, lige indtil de dør»*.

Kari Martines (2003) forteller at, omsorg er et relasjonelt begrep og vi er alle avhengig av hverandre (Martinsen, 2003, ss. 48-52). I alle avhengighets relasjoner inngår makt. Det moralske prinsipp om ansvaret for de svake kan anvendes til å trekke en grense mellom moralsk ansvarlig maktutøvelse og uansvarlig maktutøvelse (Martinsen, 2003, s. 48). Når det er travelt er det lett for at sykepleiere kun fokuserer på oppgavene som skal gjøres, dette kan oppfattes som om sykepleieren overkjører pasienten. Ifølge Kari Martinsen skal sykepleier



finne ut hva som er viktig for pasienten, situasjonsforståelse og det personlige engasjement gjør at bånd knyttes til andre (Martinsen, 2003, s. 16). En må kunne identifisere seg med den andre, tenke seg at rollene kan være ombyttet (Martinsen, 2003, s. 17). Å være avhengig er i den vestlige moderne kultur forbundet med noe negativt. Avhengighet blir forstått som det å ikke være selvhjulpen, og det sees som negativt når selvhjulpen er idealet. Avhengighet kan føre til mangel på respekt og lav selvrespekt (Martinsen, 2003, ss. 51-51). Dette kan være fordi mange i vår kultur anser det som verdifullt (Martinsen, 2003, s. 44). Jeg hadde en samtale med en pasient, han har nesten mistet synet helt og hører dårlig. Han fortalte om alt det han kunne tenke seg å gjøre, men ønsket ikke å være til bry da han må ha hjelp med alt. Det å kunne gjøre det man selv vil, når man selv ønsker, er kanskje en menneskerettighet man tar for gitt når den er der. Sin egen selvbestemmelse blir en del av deg og din karakter, men når den plutselig blir tatt fra deg uten forvarsel, mister man litt av sin egen identitet? Pasienten og jeg blir begge enige om at man mister en del av seg selv når man blir avhengig av hjelp. Dette henger sammen med å føle seg ivaretatt og trygg i hendene til sykepleier, det å miste en del av sin identitet kan føles ubehagelig og skape usikkerhet hver dag. Jeg tror at det er viktig av sykepleier å vise interesse for pasientens behov og ønsker, i tillegg til å gjøre det tydelig på at man har tid til å være hos ham. Jeg tenker ofte på, hvis jeg eller noen av mine nærmeste hadde vært i deres situasjon, hvordan ville jeg ønsket at de ble behandlet? Som Kari Martinsen sier, og som jeg er enig i, er det viktig å sette seg selv i situasjonen og ha situasjonsforståelse ovenfor pasienten for å yte god omsorg. Jeg tror med en slik interesse ovenfor pasienten vil det skape trygghet, da dette er en så genuin følelse som merkes ut ifra handlingene til sykepleier. I intervjuene i Steinfeldt (2013) studie forteller pasientene hvor viktig det å bli sett, hørt og bli bekreftet som et menneske, som et selvstendig individ og som oppleves genuint. *«Det merkers allerede fra dag én, at de lærer mitt navn, det første håndtrykket; jeg er ikke bare en pasient, jeg er Christian, sier en pasient i et av intervjuene»* (Steenfeldt, 2013, s. 108) . De legger vekt på viktigheten med å gi plass til pasienten og sette dem i sentrum. Dette innebærer å yte omsorg etter pasientens premisser. En sykepleier sier: *Så går jeg med ind og sier til den patien, ”Du er direktør i dit liv – hvad ønsker direktøren af os medarbejdere i dag?”* (Steenfeldt, 2013, s. 113).

Funn i studiet til Daaleman et al. (2008) bekrefter at det tette samarbeid med pasienten skaper tillit. Begrepet innebærer at tilværelsen er trygg og at noen tilbyr hjelp hvis man trenger det, men man beholder sin integritet, man forblir hel. Det er også viktig å nevne at sykepleier også skal vise en tillit til pasienten, da det kan være avgjørende for motivasjonen til pasienten. Når

noen har tillit til en, vil selvtilliten styrkes. Hvis ingen tror på en, vil selvtilliten svekkes og dermed også motet til å prøve, man blir motløs (Eide&Eide, 2014, s. 203). Når sykepleieren respekterer pasientens autonomi, vil det styrke trygghet og selvstendighet hos pasienten. Tilstrekkelige informasjon er nødvendig. I pensumboken, Grunnleggende Sykepleie (2017, s. 104) beskriver de at det å gi informasjon kan styrke pasientens følelse av selvstendighet og trygghet, det er også viktig for å kunne ta et forsvarlig valg. En forutsetning for at pasienten skal kunne ta autonome avgjørelser er at sykepleier sørger for informasjonen som er gitt er god og objektiv og at den har blitt forstått. Dette bekreftes i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier, punkt 2.5; *Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*” (NSF, 2016). Kari Martinsen (Martinsen, 2003, s. 58) mener at informasjon og nærhet er stikkord for hvordan pasientgruppens verdier og selvstendighet blir ivaretatt. Ved at sykepleier gir informasjon kan det styrke pasientens evne til å være sin egen ressurs. Men hun nevner også at jeg som sykepleier, basert på mine kunnskaper, må vurdere når pasienten skal trekkes med i beslutningen og når det er best å la være (Martinsen, 2003, s. 59). Kreftpasienter i palliativ fase er i en sårbar situasjon, det kan oppstå problemstillinger som blir for avanserte til å trekke dem med i en beslutning. I studiene forteller pasienter og sykepleierne erfaringer at mange ønsker å få informasjon om sykdommen og behandlingsplaner. Dette betyr at hun må gi ham mulighet til å være en del av avgjørelsene, men må også skåne pasienten når det er nødvendig. Dette kan bli en fare for maktmisbruk og at følelser påvirker avgjørelsen.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til trygghet hos palliative pasienter med kreft. Funn i forskningen og litteraturen viser at det er flere faktorer som spiller inn. At sykepleier har tilstrekkelig med kompetanse, jobber kunnskapsbasert og anvender sin erfaring, dette vil vise at hun er trygg i sin rolle som skaper tillit hos pasienten. Sykepleieren trenger mot og selvtillit for å stå i de vanskelige situasjonene sammen med pasienten.

Forskningen viser hvor viktig det er for pasienter å kunne bli involvert i avgjørelsene og å få tilstrekkelig med informasjon, da føler pasienten at han har kontroll som igjen gir trygghet.

Som nevnt tidligere ser vi igjen at ett tett samarbeid mellom pasient og sykepleier er viktig for å skape trygghet. Et viktig aspekt ved omsorgstanken er å hjelpe den andre til bedre egenomsorg. Dette gjelder for sykepleieren, som har det helhetlige omsorgsansvaret for pasienten. Det innebærer å hjelpe pasienten til å ivareta egne behov. Som nevnt i drøftingen vil trygghet og tillit skapes når sykepleier handler på en respektfull måte som ivaretar pasientens behov for autonomi, og dermed lettere for å motta hjelp fra sykepleierne.

Kommunikasjonsmetoder som viser seg å være gode og går igjen i studiene og litteraturen, og blir beskrevet som effektiv er relasjonsbygging, situasjonsforståelse og aktiv lytting. I flere av studiene forteller pasientene hvor viktig det er å bli sett, hørt og bli bekreftet som et menneske, som et selvstendig individ og at det oppleves genuint. Ifølge Kari Martinsen skal sykepleier finne ut hva som er viktig for pasienten, situasjonsforståelse og det personlige engasjement gjør at bånd knyttes til andre. Å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient igjennom gjensidig tillit vil styrke tryggheten. Aktiv lytting og stillhet krever gode kommunikasjonsferdigheter, å være til stede og delta i stillheten sammen med pasienten kan bety mye for han. En tanke å tenke om eksistensielle lidelser, er at sykepleier ikke kan løse pasientens problemer. Men hun kan hjelpe pasienten med å håndtere situasjonen han er i, å trøste ved å være til stede og ta del i pasientens lidelse.

«Jeg tenker av og til på naturen og årstidene: Hvor dødt alt liv virker om vinteren. Det virker ikke sannsynlig for øyet at de nakne trærne skal få blomster og blader. Men så kommer likevel våren med sin fantastiske overraskelse. Kanskje er det slik med livet også? Det som blir helt nakent og bart, som blir «til intet», kan likevel ha et mysteriefullt liv i seg videre, som vi ikke kan skjønne» (Knapstad, Westerveld, & Lyngstad, 2019, s. 113).

## Litteraturliste

Daaleman, Timothy P. Usher, Barbara M. Williams, Sharon W. Rawlings, Jim. Hanson Laura, C. (2008, 9. Mai) *An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life*. *Annals Of Family Medicine*. Hentet fra <https://www.anfammed.org/content/annalsfm/6/5/406.full.pdf>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018) *Kreft i Norge*. Hentet 19.04.21, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Helsebiblioteket. *Palliasjon*. (2019). Hentet 19.04.2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning>

Helsedirektoratet. (2018). *Legemiddelbehandling av smerte*. Hentet 21.04.2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/legemiddelbehandling-av-smerte#kartlegg-pasientens-totale-smertebilde-i-livets-slutfase-og-vurder-arsaksrettet-behandling>

Knapstad, L. Miriam. Westerveld, June. (2019). *Døden Nær*. Humanist Forlag.

Kreftregisteret. (2021). *Nøkkeltall om kreft*. Hentet 19.04.21, fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. Breievne, Grete. (2017). *Lidelse, mening og håp*. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnlegende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3 (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). *Å styrke pasientens ressurser*. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnlegende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3 (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lorentsen, B. Vibeke. Grov, K. Ellen. (2016). *Generell Sykepleie Ved Kreftsykdommer*. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Historisk-filosofiske essays (1 utg.). Oslo: Universitetsforlaget (2003)

Mathisen, Jorunn. (2017). *Sykepleie ved livets avslutning*. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnlegende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3 (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Om Helse (2017). *Fenomenologi*. Hentet 21.04.2021 fra <https://omhelse.no/phenomenologi/>

Reitan, M. Anne. (2017). *Kreftsykepleie*. Reitan, M. Anne. Schjølberg, Kr. Tore (red.). *Kreftsykepleie*.(utg.4). Oslo: Cappelen Damm AS.

Steenfeldt, V. Ø. (2013). *Hospice – et levende hus*. Analyse af levet liv og omsorg på hospice som bidrag til forståelse af åndelig omsorg. Ph.d. afhandling. (1.utg). Roskilde Universitet. Hentet fra <http://livsverden.dk/pub/Steenfeldt.V.2013.Hospice.pdf>

Sykehjemshandbok. (u.d). *Palliasjon*. Hentet 23.04.2021 fra <https://sykehjemshandboka.no/generell-del/palliasjon#:~:text=Palliasjon%201%20Palliasjon%20%231.%20Bakgrunn%202%20Definisjon%20Fprinsipper%20%28WHO%29,og%20v%C3%A6skebehandling.%20...%208%20Defin%20d%C3%B8ende%20pasienten.%20>

Thidemann, I.-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget.

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). *The power of concoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying*. BMC Nursing, 13(25). Hentet fra: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-25>

Tornøe, Kirsten. Danbolt, J. Lars. Kvigne, Kari. Sørli, Venke. (2015). *A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study*. BMC Palliative Care. Hentet fra <https://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-015-0042-y.pdf?site=bmc-palliatcare.biomedcentral.com>

Utne, Inger. (2017). *Håp i et kreftforløp*. Reitan, M. Anne. Schjølberg, Kr. Tore (red.). Kreftsykepleie.(utg.4). Oslo: Cappelen Damm AS.

Vigstad, Sverre. Clancy, Anne. Broderstad, R. Ann. (2018, 21. Desember). *Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/12/palliative-pasienter-far-bedre-lindring-med-tidlig-symptomvurdering-og-tiltak>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). Hentet 04.04.2021, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

