

Bacheloroppgave i sykepleie



«Noen fikk øye på min perle»

«Someone spotted my pearl»

«Hvordan kan sykepleieren gjennom sansende tilstedeværelse fremme trygghet hos den palliative pasienten i sykehus?»

«How can the nurse enhance well-being in hospital for the palliative patient through an attentive presence?»

Kandidatnummer: 228

Kull: 2011

Antall ord: 9651

Innleveringsdato: 21.05.2014

«Livet grep fatt i han, tok sansningen i sin tjeneste og ga forståelsen næring slik at han kunne innse hva han skyldte stedet, nemlig å ta vare på det» (Martinsen, 2013, s.63).

Besvarelsens tittel er hentet fra Alvsvåg (1999, s.32).

En takk til min kjære og til min veileder som har gjort en ensom prosess mindre ensom.

Sammendrag

Besvarelsen diskuterer hvordan sykepleieren gjennom sansende tilstedeværelse kan fremme indre trygghet hos den palliative pasienten i sykehus. Det inntas et fenomenologisk perspektiv, hvor kvalitativ faglitteratur og forskning er utgangspunktet for et litteraturstudium. Joyce Travelbee og Kari Martinsen utgjør besvarelsens sykepleieteoretiske grunnlag, og danner henholdsvis ramme og innhold for sykepleierens møte med pasienten. Videre blir det i teoridelen presentert aspekter ved det å være en palliativ pasient, hvordan sykepleieren bør møte slike pasienter og betydningen av tilstedeværelse i møtet. Til sist i teoridelen redegjøres det for hvordan trygget og utrygghet kan forstås som fenomen. En pasientsituasjon fra sykehuspraksis innledes i teoridelen og utdypes gjennom et skildret møte, en episode, i drøftingen. Episoden konkretiserer den faglige forståelsen av møtet med den alvorlig kreftsyke, palliative pasienten.

Diskusjonen struktureres etter en modell, hvor sykepleieren representerer en ytre trygghet overfor pasienten. Det legges til grunn en ideell omsorgssituasjon og at pasientens grunntrygghet rokkes ved når lidelse forekommer. Drøftingen tar for det første opp betydningen av sykepleierens personlige mot og evne til å legge til side travelhet. Dette regnes videre som en forutsetning – både for en sansende tilstedeværelse, et faglig skjønn, forståelse og handling. Gjennom sin tilstedeværelse og handling drøftes det hvordan sykepleieren kan anerkjenne og bekrefte pasienten slik at han kan oppleve seg sett. Det kommer frem at sykepleierens sansende tilstedeværelse kan skape et rom hvor pasienten kan finne hvile i å bli sett som et unikt menneske. Dette kan fremme øyeblikk av ro og velbefinnende - en indre, eksistensiell trygghet.

Nøkkelord:

Sykepleier- pasient relasjoner, Palliativ omsorg, Sansende tilstedeværelse, Velbefinnende.

Abstract

The paper discusses how the nurse through an attentive presence can enhance a sense of well-being for the palliative patient in hospital. It adopts a phenomenological perspective where qualitative literature and research is the basis of a literature study. The theoretical background of the topic is based primarily on the work of Joyce Travelbee and Kari Martinsen, and further establishes the framework for and content of the encounter the nurse has with the patient. Subsequently in the theoretical part, various aspects of the life of the palliative patient is presented, how the nurse should approach such a patient, and the importance of their presence in the encounter. Finally, the theoretical part is an account of how a sense of well-being and ill-being can be understood as phenomena. A personal encounter with a patient during a hospital placement is introduced in the theory section and further elaborated on through the depiction of an event, an incident, in the discussion part. This incident demonstrates the scientific understanding of the encounter with the palliative, cancer patient.

The discussion is structured according to a model where the nurse represents an external role of well-being to the patient. It presumes an ideal care situation and that the primal well-being of the patient is shaken when suffering occurs. The importance of personal courage of the nurse is considered, and their ability and priority of putting aside the daily business of work in order to provide sufficient support for the palliative patient. This is further considered as essential - for the attentive presence and the professional judgment, as well as understanding and action. It is evaluated how the nurse can affirm and support the patient, through presence and action, to ensure a sense of acknowledgement in suffering. It appears this can create a space where the patient finds comfort and an experience of being recognized as a unique human being. This can stimulate peace and enhance moments of an inner, existential well-being.

Keywords:

Nurse- patient relations, Palliative care, Attentive presence, Well-being.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1. Innledning.....	6
1.1 Besvarelsens avgrensninger og redegjørelse for valg.....	6
1.2 Besvarelsens oppbygging.....	7
2. Metode.....	9
2.1 Kilder og kildekritikk.....	10
2.2 Metodekritikk.....	11
3. Sykepleieteori.....	13
3.1 Joyce Travelbee om menneske-til-menneske forholdet.....	13
3.2 Kari Martinsen om omsorg.....	13
3.2:1 Omsorgens tre aspekter	14
3.2:2 Å sanse, skjønne og forstå.....	15
3.2:3 Tidsaspektet.....	15
4. Den alvorlig kreftsyke, palliative pasienten.....	17
4.1 Palliasjon.....	17
4.2 Aspekter ved å være en palliativ pasient	18
4.2:1 Avhengighet.....	18
4.2:2 Ensomhet	19
4.3 Sykepleierens møte med den palliative pasientens lidelse.....	19
5. Sykepleierens tilstedeværelse	21
5.1 Nærvær, aktiv lytting og berøring.....	21
6. Trygghet og utrygghet.....	23
7. Drøfting.....	24
7.1 Drøfting av møtet.....	25
7.1:1 Mot og tid.....	26
7.1:2 Sansende tilstedeværelse.....	26
7.1:3 Et faglig skjønn.....	28
7.1:4 Forståelse og handling.....	28
7.2 Drøfting av opplevelsen av trygghet.....	29
8. Avslutning.....	32
Litteraturliste.....	34

1. Innledning

«Det er tydelig at han er urolig», fikk jeg høre om en alvorlig kreftsyk, palliativ pasient. Min erfaring fra møtet med denne pasienten og lignende erfaringer fra sykehuspraksis, danner bakgrunnen for valget av tema. Disse menneskene har gjort inntrykk og lært meg noe om livet, om hvor verdifullt og sårbart det er. Når lidelse og tidens tilintetgjørelse ikke bare truer ens livskvalitet, men også selve livet, har jeg undret meg over hvordan man som sykepleier kan fremme en opplevelse av ro midt i det eksistensielle kaoset. Thorsen (2005, s.22) skriver at trygghet er noe som kan gi ro i tilværelsen. Dette vekket en nysgjerrighet for å utforske trygghet som fenomen. Jeg ønsker med denne besvarelsen å sette søkelyset på hvordan sykepleieren gjennom sansende tilstedeværelse kan fremme trygghet hos palliative pasienter. Herunder opplevelsen av å finne hvile og ro i det å bli sett som menneske.

Jeg har kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren gjennom sansende tilstedeværelse fremme trygghet hos den palliative pasienten i sykehus?

Jeg ser problemstillingen som relevant ettersom man som sykepleier kommer nært inn på mennesket, på livet og døden. Sykepleieryrket er et omsorgsyrke, hvor utøvelsen av sykepleie er på sårbare arenaer. Som sårbar og alvorlig syk er det essensielt at noen får øye på det som er betydningsfullt for en. For å fremme trygghet er det å bli sett sentralt i denne besvarelsen, og høyst aktuelt i en travel sykehushverdag.

1.1 Besvarelsens avgrensninger og redegjørelse for valg

Flere momenter er relevante for oppgavens tema og kunne vært aktuelle å gå nærmere inn på, men ble ikke prioritert med tanke på å besvare problemstillingen. Dette gjelder blant annet elementer ved kommunikasjon og betydningen av åndelig omsorg med håpets innvirkning. For å svare på problemstillingen er fokuset på trygghet sett i lys av selve møtet mellom sykepleieren og pasienten. Joyce Travelbee (1999) påpeker viktigheten av et menneske-til-menneske forhold om man skal etablere kontakt. Hennes teori utgjør dermed selve rammen for møtet, og innleder denne besvarelsens kapittel 3 om sykepleieteorier. Innholdet i møtet tar ikke utgangspunkt i samtalen og dialogen, men sykepleierens sansende tilstedeværelse. Kari Martinsen (2003;2005a;2005b) belyser gjennom sin omsorgsteori denne tilstedeværelsen hvor sykepleieren blant annet innstiller seg på det

som er av betydning for pasienten der og da. Hennes omsorgsteori legger føringer for hvordan innholdet i møtet kan forstås. Jeg legger til grunn i besvarelsen at sykepleieren har personlig mot til dette møtet og evner å legge til side travelhet og klokkeid. Dette innebærer at det er en ideell omsorgssituasjon som diskuteres i lys av sykepleieteori og annen aktuell faglitteratur som utdypes i metodekapittelet. At arenaen for møtet er på sykehuset, har først og fremst betydning for tidsaspektet som blir tatt opp i besvarelsen. Samtidig har sykehuset som arena også påvirkning på pasientens opplevelse av seg selv og andre. Utover dette kommer jeg ikke til å gå nærmere inn på sykehuset som institusjon.

I besvarelsen introduseres en voksen mannlig palliativ pasient og hans situasjon, som har til hensikt å konkretisere teori og drøfting. Han omtales som «den alvorlig kreftsyke, palliative pasienten» eller ved et fiktivt navn, «Johannes». Sykepleieren som møter pasienten omtales også gjennom et fiktivt navn, «Maria». Termene «sykepleier» og «pasient» anvendes i mer generell betydning, der sykepleieren omtales i hunkjønn og pasienten i hankjønn. De benyttes, vekselvis med personnavn, til tross for Travelbees (1999) innvendinger mot begrepene for å gjøre det faglige innholdet i besvarelsen konkret og lettere tilgjengelig for leseren.

Den palliative pasienten har en uhelbredelig kreftsykdom, men er ikke kommet i terminal eller døende fase. At pasienten er voksen, og ikke et barn eller en eldre pasient, gjør det rimelig å forutsette at han er klar og orientert om sin livssituasjon som uhelbredelig syk. I besvarelsen kommer jeg ikke til å gå i dybden på kreftdiagnosen og dens patologi, men fokuserer på andre aspekter knyttet til det å være en palliativ pasient. Det er pasientens opplevelse og den subjektive dimensjonen ved sykdom, *illness*, som er utgangspunktet, hvor besvarelsen beskjeftiger seg med de eksistensielle erfaringene ved lidelsen.

Besvarelsen tar ikke utgangspunkt i trygghet som sikkerhet og forutsigbarhet, men den indre, eksistensielle tryggheten hvor det å bli sett som menneske fremheves. Det presiseres at det er forskjell på å ha trygghet og å være trygg, og det blir videre tatt opp forskjellen på indre og ytre trygghet. Det legges til grunn at man som sykepleier representerer en ytre trygghet overfor pasienten.

1.2 Besvarelsens oppbygging

Det er helt essensielt å vite hvilken overordnet forståelse av sykepleie besvarelsen tar utgangspunkt i om man skal forstå konteksten. Etter metodekapittelet presenteres derfor sentrale momenter ved

Joyce Travelbee (1999) og Kari Martinsen (2003;2005a;2005b) sine sykepleieteorier først blant teorikapitlene. Sykepleieteoriene er ment til å fungere som et sett briller man tar på for å innta deres perspektiv på sykepleie. Videre beskrives pasientsituasjonen til en alvorlig kreftsyk, palliativ pasient. Deretter kommer jeg inn på sentrale aspekter ved det å være en palliativ pasient, før det gjøres rede for hvordan sykepleieren bør møte pasienten. Etter det fokuseres det på sykepleierens tilstedeværelse i møtet. Herunder poengteres særlig nærvær, aktiv lytting og berøring. Til sist utdypes det hvordan trygghet og utrygghet kan forstås som fenomener.

I kapittel 7 drøftes den presenterte teorien inn mot problemstillingen. Jeg presenterer en modell laget på bakgrunn av gjennomgått litteratur. Modellen gir oversikt over drøftingens sentrale elementer og sammenhengene den har til hensikt å diskutere. Et møte, en episode, i den palliative pasientens livssituasjon skildres så og anvendes gjennomgående i drøftingen. Kunnskapen som presenteres i teorikapitlene blir forsøkt illustrert gjennom det konkrete i dette møtet. Først diskuteres selve møtet, hvor fokuset er på hvordan sykepleieren innstiller seg på pasienten. I lys av modellen tas sykepleierens personlig mot og evne til å legge til side travelheten opp som forutsetninger for møtet. Videre følger en drøfting av hvordan sykepleierens sansende tilstedeværelse, hennes faglige skjønn, forståelse og handlinger kan lindre lidelse og fremme en indre, eksistensiell trygghet hos pasienten. Øyeblikkets betydning diskuteres og sees i sammenheng med opplevelsen av trygghet til slutt i kapittel 7.

2. Metode

Besvarelsen er et litteraturstudium og stiller seg i et fenomenologisk perspektiv innenfor vitenskapsteorien. Fenomenologien fokuserer på at den enkelte skal fremstå på egne premisser når man skal søke å forstå hverandre. Samtidig påpeker fenomenologien viktigheten av å se den andre uten forutinntatthet. Man kan se, men kan ikke forstå fullt ut før man søker en dypere erkjennelse av den andres situasjon gjennom refleksjon og en helhetlig tilnærming (Aadland, 2004, s.180-181). Både Joyce Travelbee og Kari Martinsen stiller seg i et fenomenologisk lys og ser på mennesket ut fra et helhetlig og eksistensielt perspektiv (Kirkevold, 2001, s.114,168; Aadland, 2004, s.114,178, 240). Deres sykepleieteorier anvendes derfor for å begrunne sykepleie i besvarelsen.

Det fenomenologiske utgangspunktet har videre dannet bakgrunnen for innsamlingen av litteratur. Litteraturen har hovedsakelig en humanvitenskapelig og dermed kvalitativ tilnærming. En slik tilnærming gir nødvendig dybdekunnskap for faglig god sykepleie (Brekke og Førland, 2009, s.10). I delkapittel 4.1, hvor forhold angående patologiske prosesser er beskrevet, er kilden imidlertid naturvitenskapelig. Primærlitteratur er et utgangspunkt for tilegnelsen av kunnskap. I tillegg er det benyttet sekundærlitteratur som støtte i tilegnelsen av primærlitteratur.

Valgt litteratur som beskriver pasienten, er begrenset til det som omhandler voksne. Det vil si at bøker og artikler som tar utgangspunkt i barn under 18 år eller eldre over 67 år er ekskludert. For å få innsikt i temaet palliasjon er det valgt litteratur som omhandler pasienter med påvist uhelbredelig kreft, men som ikke er i terminal eller døende fase. Det har også vært av betydning at pasientene som er beskrevet i litteraturen er klar og orientert om sin livssituasjon. Skriftlige kilder blir oppgitt troverdig ut fra Harvard referansestil.

Artikkelsøkene startet med utgangspunkt i nettsiden til helsebiblioteket og SveMed+. Søkord hentet fra SveMed+ ble anvendt i internasjonale databaser. Hovedsakelig er MEDLINE benyttet ved søk, etter råd fra bibliotekar, for å tilgang til dekkende litteratur. Til tross for mange søk etter søkeord i SveMed+ har det vært utfordrende å finne relevante søkeord og artikler som omhandler indre trygghet. Hovedtyngden av artikler har vært på trygghet som sikkerhet og ikke den indre grunntrygghet som Andersson (1984) beskriver. Disse artiklene har dermed falt utenfor inklusjonskriteriene.

Gjennom en pasientsituasjon erfart i praksis i sykehus beskrives et møte, en episode, som bygger på egne og andre sykepleieres relevante erfaringer i møte med den aktuelle pasienten. Tilsammen gir de ulike erfaringene en utfyllende forståelse av den type pasient som besvarelsen tar utgangspunkt i. Ethiske retningslinjer for personvern og anonymisering følges. Både pasientsituasjonen og muntlige kilder beskyttes, og kan dermed ikke spores tilbake verken til person eller sykehus.

2.1 Kilder og kildekritikk

Litteraturen som er brukt er i stor grad hentet fra pensum for Bachelor i sykepleie ved Haraldsplass Diakonale Høgskole og fra pensumlitteraturens referanser. Herunder er blant annet *Grunnleggende sykepleie bind 1 og 3* og *Klinisk sykepleie 2* benyttet. Ved bevisst å bruke pensum fra grunnutdanningen har pensum fra aktuelle videreutdanninger blitt forsøkt avgrenset.

Rolf Thorsen (2005) tar blant annet i bruk Kerstin Anderssons teori (1984) idet han gjør rede for dimensjonene ved trygghet. Hennes teori baserer seg på et fenomenologisk studie hvor hun har intervjuet 20 pasienter som nærmer seg slutten av sitt sykehusopphold. Selv om studiet ikke er rettet spesifikt mot alvorlig kreftsyke, palliative pasienter, skriver hun om trygghet som et allmennfenomen. Samtidig forklarer hun utdypende sammenhengen mellom indre og ytre trygghet. Til tross for at boken er av eldre årgang, anser jeg den fortsatt som valid. Dette ettersom den både er gjengitt hos Thorsen (2005) og samtidig poengterer et tidløst menneskelig fenomen. Anderssons (1984) teori representerer dermed hovedtyngden i besvarelsens teori om trygghet.

Referansen til Berit Sæterens (2006) doktoravhandling ble funnet i kapittelet til Lorentsen og Grov (2010). Den baserer seg på eksistensfilosofi og har et kvalitativt utgangspunkt. Bakgrunnen for avhandlingen er 3 delstudier, hvor 21 uhelbredelig syke pasienter og 8 sykepleiere er intervjuet. Til tross for at avhandlingen ikke direkte uttaler seg som den indre, eksistensielle tryggheten beskriver hun dette flere steder som «å være hjemme». Videre presiseres nødvendigheten av å bli anerkjent, bekreftet og sett av sykepleieren, hvor hun samtidig poengterer viktigheten av å være bevisst effektivitetskravet i sykehus og sykepleierens personlige mot. I avhandlingen tas det også opp øyeblikkets betydning for å kunne erfare velbefinnende. Dette er sentrale tema for besvarelsen.

Artikkelen til Lennart Fredriksson (1999) ble oppdaget i kapittelet til Kristoffersen og Breievne (2005). Den viste seg å være en oversiktsartikkel som baserer seg på 28 studier. Dette innebærer at studiene er fortolket og satt inn i en ny sammenheng. Hans kvalitative utgangspunkt og

sammenfattelse av de relevante temaene; tilstedeværelse, berøring og aktiv lytting, gjør imidlertid artikkelen hans interessant for denne besvarelsen.

Jeg fikk gjennom bachelorveiledning råd om å lese Sidsel Ellingsens (2013) artikkel. Selv om artikkelen fokuserer på behovet for sikkerhet og forutsigbarhet, poengterer hun, som også Sæteren (2006), at det å være hjemme er en beskrivelse av trygghet i eksistensiell forstand. Artikkelen til Ellingsen (2013) inkluderes også på bakgrunn av hennes fokus på tidsaspektet og sykehusets travelhet. Studiet har et fenomenologisk utgangspunkt og baserer seg på intervjuer med 23 uhelbredelig kreftsyke pasienter.

Kombinasjonen av MeshTermene «Neoplasms» og «Adaptation, Psychological», og videre «Attitude to Death» sammen med «Existentialism» i MEDLINE, endte opp med et søk på 8 treff. Et av treffene var en artikkel skrevet av Susan Rydahl-Hansen (2005). Artikkelen omhandler kreftsyke pasienters opplevelse av lidelse, og belyser avhengigheten og ensomheten som kan bli fremtredende. I besvarelsen benyttes artikkelen for å belyse palliative pasienters opplevelse av lidelse og tap.

2.2 Metodekritikk

Sent i skriveprosessen ble jeg introdusert for «well-being» som emneord. Da jeg foretok enkle søk i MEDLINE og kombinerte «well-being» med søket «Palliative Care» OR «Nurse-Patient Relations», fant jeg artikler av nyere dato som kunne vært vurdert med tanke på relevans for besvarelsen om de hadde blitt funnet på et tidligere tidspunkt. Jeg ser også i ettertid at MeshTermen «Quality of Life» kunne vært benyttet i større utstrekning, og gjerne i kombinasjon med «well-being». At dette er blitt tydelig for meg sent i prosessen kan ha forhindret meg i å ta i bruk relevant litteratur av nyere dato. Jeg kan med dette ha gått glipp av andre innfallsvinkler, eksempelvis litteratur med et kvantitativt utgangspunkt. Hadde jeg begrenset pasientens aldersspenn, er det mulig at jeg også kunne funnet relevante artikler som utdyper sentrale aspekter ved pasienten denne besvarelsen søker å belyse.

Til tross for at enkelte av bøkene og flere av artiklene i besvarelsen er av eldre årgang, er de imidlertid i stor utstrekning gjengitt i pensumlitteratur fra Bachelor i sykepleie. Artiklene er også hentet fra anerkjente tidsskrifter som eksempelvis *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Når litteraturen i hovedsak legger til grunn menneskelige livs fenomener, er dette fenomener som er

ytterst relevante for våre liv – også i dag – til tross for at de er av eldre årgang.

Boken som omhandler Joyce Travelbee (1999) sin teori er en oversettelse av hennes opprinnelige bok. Den ansees likevel som primærlitteratur til tross for at enhver oversettelse er en tolkning. Jeg vil da også påpeke at alle forfatterens tekster har vært gjenstand for min egen tolkning. Slik kan noen av deres opprinnelige tanker ha blitt fortolket.

3. Sykepleieteori

3.1 Joyce Travelbee om menneske-til-menneske forholdet

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess», skriver Travelbee (1999, s.29). I denne prosessen står menneske-til-menneske forholdet sentralt. Travelbees individuelle aspekter tydeliggjøres i dette forholdet. Mennesket er unikt og uerstattelig, og det er når sykepleier og pasient opplever hverandre som likeverdige mennesker at kontakt kan oppnås. Hun tar dermed avstand fra et sykepleier-pasient forhold som fokuserer på roller. Disse rollene mener hun skaper generaliserte oppfatninger av mennesket, og utsletter den enkeltes særegenhet (Ibid, s.51,64,68).

Videre forklarer Travelbee (1999, s.98) at mennesket også er lik alle andre mennesker. Dette innebærer at sykdom og lidelse er en felles livserfaring i det å være menneske. På bakgrunn av egen livserfaring kan man altså kjenne seg igjen i den andres livssituasjon. Det påpekes likevel at lidelse erfares på høyst individuell måte, og er knyttet til tap av det som er av betydning for den enkelte person. I møte med den andres lidelse poengteres (Ibid, s.186,187,189) viktigheten av å fornemme den andres tanker og følelser.

Sykepleieren observerer, men blir også observert tilbake. Det trekkes slutninger som kan gi både nærhet og avstand til den andre, og bunner ut i behovet for å bli bekreftet som et unikt menneske. Ved at sykepleieren erkjenner det unike i den andre kan hun evne å ta del i den andres tilstand i øyeblikket. Sykepleieren engasjerer seg da i den andres lidelse på bakgrunn av at de er mennesker sammen. Bakgrunnen for å kunne utøve omsorg er altså at enkeltindivider møtes og at stereotypier som legger barrierer for relasjonen brytes, slik at man kan se det hele mennesket (Ibid, s.77,101,186,193).

3.2 Kari Martinsen om omsorg

Omsorg er et sentralt begrep i sykepleie, hvor det å vise omsorg knyttes videre til å *sørge for*. Når pasienten lider blir da spørsmålet hvordan sykepleieren kan vise omsorg ved å *sørge for* å lindre den andres lidelse. Dette har med *forståelse* å gjøre. Selv om man ikke fullt ut kan *forstå* den andre, kan man likevel på bakgrunn av livserfaringer som menneske *sørge for* å anerkjenne og bekrefte den andres situasjon, for dermed å vise omsorg (Martinsen, 2003, s.68-79).

Martinsen (2005a, s.146) har et fremtredende syn for svak paternalisme. Dette innebærer at sykepleieren med sin nødvendige kunnskap og på bakgrunn av tillit, trer inn i en stedfortredende

rolle for å avlaste vedkommende midlertidig. Hun tenker og avveier, ut fra pasientens her og nå situasjon, hvilke handlinger som kan muliggjøre økt velvære (Martinsen, 1993, s.155;Martinsen, 2003, s.56).

Videre forklares det at omsorg er et mer grunnleggende begrep enn både egenomsorg og samfunnets verdier av selvhjulpenhet. I de sistnevnte møter man Dorothea Orem's egenomsorgsteori. Innenfor det som beskrives som vedlikeholdsfasen er det ikke noe mål å bli uavhengig og selvhjulpen. I denne fasen er det for syke mennesker i stedet et mål med en pleiesituasjon hvor en forsøker å gjøre det så godt som mulig for pasienten *her og nå* (Ibid, s.67,78). På bakgrunn av dette deles omsorgens særtrekk inn i tre aspekter; En *relasjonell*, en *praktisk* og en *moralsk* omsorg. Dette utdypes i det påfølgende avsnitt.

3.2:1 Omsorgens tre aspekter

Martinsen (2003, s.69,47) hevder at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, fordi man som menneske er avhengig av hverandre. Dette skaper et forpliktende ansvar som tydeliggjøres ved sykdom og lidelse. Det relasjonelle aspektet ved omsorgen innebærer nettopp dette grunnleggende at vi som mennesker er avhengige av hverandre i et inkluderende fellesskap. Her er tillit sentralt, og betegner både en innlevelse og et engasjement. Sykepleieren må gjøre seg tillit verdig gjennom å engasjere seg og bygge opp tillitsforholdet. Slik kan man i relasjonen våge å tre frem for å bli forstått og bekreftet (Ibid, s.15,17,44,52;Martinsen, 2005a, s.143-144).

Den praktiske omsorgen er situasjonsbetinget og innebærer en *appell* om handling (Martinsen, 2003, s.18,21). Martinsen (2005b, s.261-262) skriver at atmosfæren i en situasjon rommer en *tone* som gir seg tilkjenne som stemninger for den andre. *Tonen* utgjør en *appell*, og på bakgrunn av fagkunnskap og som medmenneske kan man handle etter den slik at pasienten opplever det godt (Martinsen, 2003, s.76).

For det tredje handler den moralske omsorgen om hvordan man forholder seg til den andre (Ibid, s.17). Man handler på en måte som innebærer at sykepleieren ikke nødvendigvis forventer noe igjen, men slik at det tjener pasienten. Martinsen (2003, s.72-73) definerer dette som en generalisert gjensidighet. Ens handlinger må baseres på solidaritet og engasjement. Å være engasjert innebærer da at den andres liv virkelig angår en. Man står ansvarlig overfor den andre (Ibid, s.62).

Det unike ved den andre man ikke kan forstå fullt ut, sammen med fokuset på at man er innlemmet i felles livserfaringer, ser ut til å sammenfalle med Travelbees (1999) teori. Det ser også ut til å gjelde viktigheten av sykepleierens engasjement for å ta del i og oppdage hva som står på spill for den andre. For å oppdage og å kunne *sørge for* kreves det et *faglig skjønn*, som Martinsen (1993, s.155;2003, s.18,56) beskriver, en overveielse av *appellen* i situasjonen.

3.2:2 Å sanse, skjønne og forstå

Martinsen (2005b, s.260-262) beskriver at for å kunne *sørge for* den andre må sykepleieren *forstå* den andres *appell*. Dette forutsetter oppmerksomhet, og er et intenst sansende nærvær som krever tålmodighet, langsomhet og ro i situasjonen. Å *sanse* vil si at man i stillhetens ro og ettertenksomhet kan lytte seg frem til *tonen* som rommer atmosfæren i situasjonen. Dette handler ikke bare om å høre, men om å la *tonen* få rom i en. I dette rommet skapes det *faglige skjønn*. Et *skjønn* er blant annet en intuisjon, hvor sykepleieren ser den andres *tone* i sammenheng med situasjonens helhet. Det *faglige skjønn* krever erfaring, hvor man umiddelbart griper det som er viktig i situasjonen (Martinsen, 2003, s.25,49). Å *sanse* er altså grunnleggende for å *forstå*, hvor det *faglige skjønn* innebærer at man *sanser appellen* samtidig som man *forstår* hvordan man skal *sørge for* å handle godt. «[...] forståelsen strukturerer det uttrykket en vil gi for det en har sanset», skriver Martinsen (1993, s.119).

Skjønn hviler i å våge å utlevere ens *toner* til hverandre i gjensidig tillit. Den tillit man legger i den andres hånd er likevel ikke garantert å bli ivaretatt. *Tonen* i rommet er ikke upåvirket, verken av pasienten eller sykepleieren, og kan oppleves beroligende og trygg, men også krenkende. Møtet krever derfor mot og er et vågestykke. Man både våger seg frem for å bli anerkjent og bekreftet, samtidig som man våger å ta valget om å lytte og la seg engasjere i den andres *appell*. Dette krever en åpenhet til nærværet som samtidig innebærer å anerkjenne den andres urørlighetszone. Denne sonen er en grense som verner om den andres integritet ved at tanker og følelser ikke invaderes og krenkes. *Skjønn* innebærer dermed å være berørt til stede og samtidig undrende og vurderende på avstand (Martinsen, 2005a, s. 40-41,119,143;Martinsen, 2005b, s.260-265).

3.2:3 Tidsaspektet

Stillheten kan brytes av hastverk, hvor effektivitet og produktivitet styres av klokketiden. En slik mangel på stillhet kan sees på som at *tonen* ikke slippes til, hvor oppmerksomheten dermed ledes bort fra *skjønn*. Den andres *appell* blir ikke tatt alvorlig, og rommet av øyeblikket skrumper. Det

menneskelige nærvær krever tid, tid som ikke nødvendigvis er like lang som klokketiden. *Skjønn* uttrykkes i det langsomt undrende. Dette er øyeblikk hvor en blir berørt av *tonen* og våger å være nær. Da kan tiden erfares som noe annet enn klokketiden, og ens handlinger kan formes slik at sårbare kropper blir til å bære (Martinsen, 2005a, s.42-43,122-124;Martinsen, 2005b, s.262-263).

4. Den alvorlig kreftsyke, palliative pasienten

En sykdom kan betraktes som både *disease* og *illness*. Den førstnevnte knyttes til klinisk definert sykdom og *illness* til den subjektive opplevelsen av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I denne besvarelsen er det den subjektive dimensjonen *illness* som er i fokus. Kreft er en sykdom på cellulært nivå (*disease*), men den rammer også menneskets totale eksistens (*illness*). En kreftdiagnose er dermed en eksistensiell og gjennomgripende lidelse. Å bli konfrontert med døden er en trussel mot livet, mot menneskets identitet og integritet. Dersom sykdommen utvikler seg, og man ikke kan tilby noen helbredende behandling, blir døden bekreftet og sykdommens konsekvenser tydeligere. Kreftomsorgens mål flyttes dermed fra behandling og over til å lindre lidelse (Sæteren, 2006, s.2).

4.1 Palliasjon

I det følgende presenteres en kort beskrivelse av en situasjon for å konkretisere videre teori og diskusjon.

Johannes er en mann i midten av 50-årene, og er innlagt med cancer coli med levermetastase. Sykdommen gjør ham kraftløs og trett. Han har hatt et betydelig vekttap og er plaget blant annet med smerter som til tider kan gjøre ham både engstelig og urolig. Det siste året har han vært gjennom en rekke krevende operasjoner og behandlinger, men for 3 måneder siden ble sykdommen erkjent som uhelbredelig. Nå er Johannes innlagt med åpen retur for oppfølging etter cytostatikabehandling på den kirurgiske avdelingen hvor han ble operert.

Wyller (2005, s.119-120) beskriver at levermetastaser er en vanlig komplikasjon til kreft i fordøyelseskanalen, og kan som oftest ikke behandles. Når en sykdom erkjennes som uhelbredelig starter den palliative fasen. Denne fasen er en prosess som omfatter pasienter med kort forventet levetid på mindre enn 9-12 måneder. Den overordnede målsetningen er å skape best mulig livskvalitet på pasientens premisser, hvor åpen retur gir mulighet for avlastning. Det er videre et mål at pasientens symptomer i livets slutfase skal lindres. Cytostatikabehandling inngår for mange palliative pasienter som en del av den lindrende behandlingen (Lorentsen og Grov, 2010, s.403; Helsedirektoratet, 2013; WHO, 2014). Dette danner bakgrunnen for møtet med Johannes.

4.2 Aspekter ved å være en palliativ pasient

Til tross for at man i eksistensiell-filosofisk sammenheng beskriver livet som starten på dødsprosessen, blir dødens realitet en uventet hendelse for mange (Sæteren, 2006, s.16;Feigenberg, 1974, s.6). Den lineære klokketiden vender ikke tilbake. Dens irreversibilitet kan generere eksistensiell angst og håpløshet over det man ikke makter og en fremtid man ikke får oppleve. Å bli avskåret fra fremtiden medfører dermed en rekke belastninger som kan føre til lidelse. Selv om mennesket møter døden på en høyst individuell måte, synes lidelse og trussel om tilintetgjørelse å generere ulike tap. Ens tidligere måter å møte utfordringer på kan bli ineffektive, og ens tilværelse bli utrygg (Feigenberg, 1974, s.13;Mathisen, 2005, s.278,288;Sæteren, 2006, s.109). Ellingsen (2013, s.5) poengterer at pasienters lidelse og opplevelse av tap medfører at de går fra en forutsigbar og trygg tid til en som er uforutsigbar og utrygg.

I et samfunn preget av verdier som selvstendighet og produktivitet kan den palliative pasienten oppleve at ens identitet og integritet preges av verdiløshet (Sæteren, 2006, s.16,134). Å oppleve å tape identitet, samtidig som kreftsykdommen progredierer, kan komme til å forsterke tapsopplevelsene og medføre en opplevelse av avmakt. Avhengighet og ensomhet kan bli fremtredende, og vil bli redegjort for henholdsvis under delkapittel 4.2:1 og 4.2:2. Å bli innlagt på sykehus kan komme til å gi næring til disse opplevelsene, hvor pasientens personlige sfære kommer i fare for å bli innskrenket til det institusjonelle (Mathisen, 2005, s.289;Rydahl-Hansen, 2005, s.217-218;Lorentsen og Grov, 2010, s.406).

Behovet for å bli anerkjent og bekreftet for sin særegenhet tilspisses når pasientens eksistensielle situasjon eskalerer (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.187;Kalfoss, 2010, s.493). Mange pasienter beskriver det i tillegg utfordrende å redegjøre for sine behov. Slik kan lidelsen komme til å bli i det stille, og i stedet skape en rekke tillegglidelser (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.164;Sæteren, 2006, s.185). Viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om aspektene ved å være en palliativ pasient tydeliggjøres. Andersson (1984, s.27) poengterer at sykdom og lidelse kan medføre at ens *grunntrygghet* rokkes ved, noe som utdypes videre i kapittel 6. Dette er det nødvendig å ha høy bevissthet rundt når sykepleiere møter pasienter som Johannes, om en ikke skal påføre tillegglidelser.

4.2:1 Avhengighet

Komplikasjoner av blant annet behandling og sykdommens progresjon vil kunne medføre både smerter og fatigue. For mange kreftsyke kan sykdommen innebære et tap av blant annet kroppslig

funksjon, hvor ens evne til livsutfoldelse i hverdagen reduseres. Å bli svak vil, etter som kreftløpet skrider frem, føre til at ens avhengighet av andres hjelp øker (Sæteren, 2006, s.79; Lorentsen og Grov, 2010, s.403,407). Rydahl-Hansen (2005, s.217) forklarer at opplevelsen av avhengighet forsterkes ved økende kroppslig forfall. At kroppen svekkes kan gi en opplevelse av å tape selvkontroll, og blir en stadig påminnelse om at tiden fremfor er kort (Mathisen, 2005, s.288-289; Sæteren, 2006, s.95). Sæteren (2006, s.154) poengterer likevel viktigheten av å ha ansvar for det man makter i en tid med tiltagende avhengighet.

4.2:2 Ensomhet

Den reduserte kroppslige funksjonen kan medføre at man etter hvert mister kontakt med både venner og familie. Ens livsinnhold må omprioriteres. Samtidig er pasientens erfaringer som alvorlig syk umulig å forstå for andre. Det er en ensom prosess, for det er pasienten alene som skal dø (Mathisen, 2005, s.290-291). Dette understreker viktigheten av å få øye på det unike i pasientens situasjon, slik også Travelbee (1999, s.64) påpeker. Rydahl-Hansen (2005, s.218) skriver videre at den palliative pasienten er redd for å miste kontroll over sine følelser. Dette kan føre til at han velger å tie om sin lidelse og sine tap. Samtidig oppfatter pasientene travelheten på sykehuset og sykepleierens eventuelle frykt for døden. Dette kan igjen forsterke ensomheten og føre til at pasienten isolerer seg i taushet og avmakt (Mathisen, 2005, s.290-292; Rydahl-Hansen, 2005, s.218-219).

4.3 Sykepleierens møte med den palliative pasientens lidelse

Det å utøve sykepleie til mennesker som skal dø kan være krevende. Dette omhandler både oppgaven å bistå den lidende og samtidig håndtere egne reaksjoner og følelser. I møtet med den andres død møter sykepleieren sin egen sårbarhet og dødelighet. Ens umiddelbare reaksjoner i møtet trenger ikke være bevisst, men uttrykkes likevel. Pasienter er vare for hva andre sier og gjør, og om hun er helt og fullt tilstede (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.171; Mathisen, 2005, s.279; Eide&Eide, 2007, s.77; Kalfoss, 2010, s.493). Konsekvensen kan blant annet bli at sykepleieren mister evnen til innlevelse i pasientens situasjon, hvor hennes fremtoning kan medføre et tillitsbrudd slik at pasienten ikke våger å tre frem. Skal man kunne hjelpe et menneske som lider, må man åpne seg opp for det som skjer i situasjonen, og være sammen med pasienten i lidelsen. Sykepleieren må lære viktigheten av å gjenkjenne egne reaksjoner og reflektere over egen sårbarhet for å kunne stå til side og gi den andre rom (Sæteren, 2006, s.20; Eide&Eide, 2007, s.200; Kristoffersen og Breievne, 2005, s.188). Av Ellingsen (2013, s.6) blir *rommet* beskrevet som et sted for tanker og følelser, for å søke tilflukt og et sted for å leve. En tillitsfull relasjon, hvor

sykepleier kan føle frykt, men likevel viser seg som et *med*-lidende medmenneske er grunnleggende for å kunne fremme muligheten til å lindre lidelse. Sykepleierens nærvær i situasjonen og evne til å lytte aktivt har stor betydning, og utdypes videre i kapittel 5. (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.171,187;Mathisen, 2005, s.279;Kalfoss, 2010, s.480,497). Å anerkjenne og bekrefte, og slik fremme mulighet for en opplevelse av livskvalitet, skal under kapittel 6 vise seg å ha sammenheng med trygghet.

At uhelbredelig syke mennesker blant annet møtes med respekt og verdighet, skal kjennetegne den palliative kulturen i avdelingen. Dette innebærer å gjøre siste del av livet så god som mulig, og bunner ut i sykepleiefagets egen begrunnelse, hvor praksis skal preges av respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet. Sykepleierens evne til en helhetlig tilnærming innebærer blant annet at pasienten møtes i sin situasjon og i sitt komplekse symptombilde. Dette ansvaret tydeliggjøres ved at sykepleieren skal bidra til at lidelse lindres og samtidig til en verdig død for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.5,8-9;Helsedirektoratet, 2013). Her spiller sykepleierens tilstedeværelse en sentral rolle.

5. Sykepleierens tilstedeværelse

Å være sammen med den syke, innebærer blant annet det å være tilstede i situasjonen. Tilstedeværelse hos et menneske som lider dreier seg ofte ikke om å gjøre noe bestemt, men å våge å stille seg til rådighet og bidra med det situasjonen krever (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.186). Ved å vise nærhet og å lytte aktivt kan sykepleieren bli gjort oppmerksom på pasienten, for så å gi et gjensvar på det som er av betydning der og da. Jambør Martinsen (2003, s.25,49), og det *faglige skjønn*. Tilstedeværelse handler om å bli bekreftet og anerkjent som et unikt menneske i ens eksistensielle situasjon (Sæteren, 2006, s.17-18,68-69). Pasienten kan oppleve å bli *sett*, noe Thorsen (2005, s.22) forklarer har nær sammenheng med opplevelsen av trygghet. Den gode tilstedeværelsen gjør at pasienten kan våge å føle seg *hjemme*, jamfør Ellingsen (2013, s.3) i besvarelsens neste kapittel, og oppleve fortrolighet til tross for økende avhengighet. (Sæteren, 2006, s.14,18). Man kan se elementer ved Martinsens (2003;2005a;2005b) omsorgsteori i forbindelse med sykepleierens tilstedeværelse. Dette gjelder blant annet å *sanse, skjønne og forstå* hva som er av betydning for den andre. Til dette kreves kunnskap om aspektene ved å være en palliativ pasient som er beskrevet i forrige kapittel.

Pasienten kan ha vansker med å beskrive sine egne behov, men Kristoffersen og Breievne (2005, s.164) hevder at all lidelse uttrykkes kroppslig. En vilje til å innstille seg på den andres lidelse er betydningsfullt. Sykepleieren har ikke til oppgave å eliminere pasientens vanskelige følelser, men å fremme muligheten for at pasientens lidelse kan bli sett og gi en opplevelse av lindring (Eide&Eide, 2007, s.32,54;Norsk sykepleierforbund, 2011). Fredriksson (1999) skriver at nærvær, aktiv lytting og berøring er tre aspekter som fremmer en omsorgsfull relasjon slik at pasientenes lidelse vil kunne lindres. Videre følger en kort redegjørelse for disse tre aspektene.

5.1 Nærvær, aktiv lytting og berøring

Fredriksson (1999, s.1171) beskriver nærværet som at sykepleieren møter pasienten med hele seg og gir rom for den andre. Ved at sykepleieren kommer nær pasienten, får han muligheten til å dele hele sin sårbarhet og lidelse. Nærværet involverer både oppmerksomhet og stillhet fra sykepleierens side. Eide & Eide (2007, s.212-214) forklarer at bruk av stillhet innebærer at sykepleieren aktivt trer tilbake, og lar oppmerksomheten hvile på den andre. Det skapes et rom, jamfør Ellingsen (2013, s.6), i både sykepleieren og pasienten, til å kjenne etter, reflektere over og samtidig bearbeide inntrykk. Slik signaliserer sykepleieren at hun er åpen og undrende overfor pasientens reaksjoner, uansett hva det måtte være. Samtidig må sykepleieren være var for at stillheten ikke blir til taushet,

en ubehagelig opplevelse som kan medføre usikkerhet, frykt og at pasienten lukkes inne i seg selv (Sæteren, 2006, s.88; Dahlin, 2010, s.115).

I stillheten og gjennom oppmerksomhet lytter sykepleieren aktivt (Fredriksson, 1999, s.1173). Hun lytter til det som sies med og uten ord for å søke en forståelse av pasientens situasjon. Eide & Eide (2007, s.54,220) skriver at aktiv lytting i seg selv fyller et eksistensielt behov for nærhet som kan gi nødvendig kraft til å utholde det som oppleves uoverkommelig. Samtidig innebærer aktiv lytting at man melder tilbake å ha mottatt den andres *appell* (Ibid, s.41,104).

Fysisk berøring blir av Fredriksson (1999, s.1171) beskrevet som en måte å anerkjenne og bekrefte pasienten på som et unikt menneske. Det presiseres at dette er en sterkt ladet nonverbal kontakt, slik at det er nødvendig å være var for den andres reaksjoner. Eide & Eide (2007, s.211) understreker at berøring kan oppleves både påtrengende og ubehagelig. Imidlertid fremheves det at for blant annet alvorlig syke og døende, som Johannes er et eksempel på, kan bevisst bruk av fysisk berøring motvirke opplevelsen av en verdiløs kropp.

6. Trygghet og utrygghet

Trygghet er kjennetegnet ved å ha tillit, hvile, ro og fotfeste, og er et mangfoldig innhold som er bærende for tilværelsen (Andersson, 1984, s.12;Thorsen, 2005, s.15). Dette er en opplevelse av velvære som kan gi livskvalitet, og gjenspeiler blant annet helsens subjektive dimensjon (Andersson, 1984, s.24;Helse- og omsorgsdepartementet, 1999;Kristoffersen, 2005, s.48). Andersson (1984, s.19) oppsummerer trygghet blant annet som en indre følelse av *velbefinnende*. Dette er ingen konstant opplevelse, men flere øyeblikk hvor pasienten erfarer å ha det godt (Sæteren, 2006, s.137). Det at man som menneske er innlemmet med en hverdagserfaring, slik også både Travelbee (1999) og Martinsen (2003) påpeker, tilsier at vi alle vet noe om trygghet, også særlig ettersom trygghet fremtrer som synlig for andre (Thorsen, 2005, s.14-15).

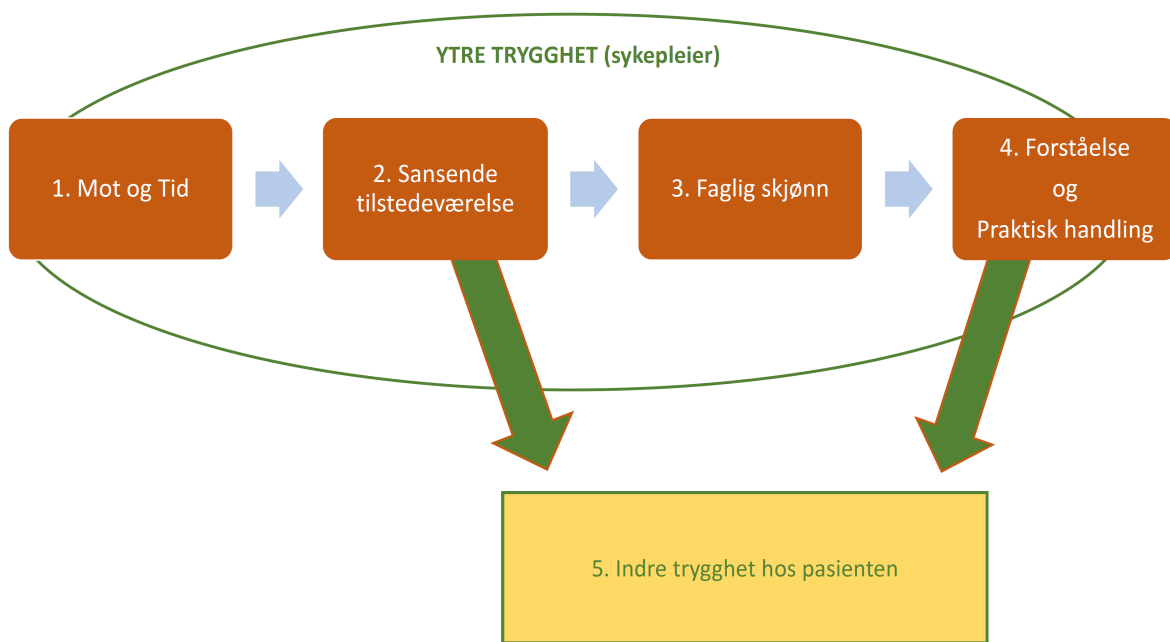
Trygghetsfølelsen bunner ut i to hoveddimensjoner ved trygghet som påvirker hverandre gjensidig; *Indre trygghet* og *ytre trygghet*. Den indre tryggheten er knyttet til positive opplevelser i barndommen og som voksen, hvor man utvikler en evne til å være trygg på den man er som menneske. Dette defineres som en *grunntrygghet*. Ytre trygghet, derimot, står i sammenheng med menneskets relasjoner i omverdenen, og avhenger blant annet av en relasjon preget av nærhet, den andres trygghet og en visshet om at man kan stole på den andre (Andersson, 1984, s.12-18,22). Slik sett er trygghet et etisk anliggende, hvor vi som mennesker bærer ansvar for hverandre (Thorsen, 2005, s.14). Dette gjelder også når lidelse rammer.

Utrygghet kan forekomme ved lidelse, jamfør delkapittel 4.2, og utgjør en trussel mot ens grunntrygghet og livskvalitet (Andersson 1984, s.27). Denne følelsen av utrygghet beskrives av Andersson (1984, s.12,40) som skremmende, som en uro, frykt og som å savne plass i tilværelsen. Johannes' engstelse og uro kan avspeile noe av denne opplevelsen av utrygghet.

Det er forskjell på å *ha trygghet* og det å *være trygg*. Å ha trygghet kan bli forstått som et behov for forutsigbarhet og sikkerhet, mens å være trygg innebærer en indre trygghet, ens grunntrygghet (Thorsen, 2005, s.15,19;Andersson, 1984, s.29). Sæteren (2006, s.177) beskriver at å være alvorlig syk, med den lidelse det innebærer, kan sees som en hjemløs tilstand av utrygghet. Likevel mener hun at gjennom å bli *anerkjent, bekreftet* og *sett* kan lidelse lindres (Ibid, s.62,74). Ellingsen (2013, s.3) bruker begrepet å være *hjemme* om den eksistensielle opplevelsen av trygghet. Da kan man oppleve en trygghet til tross for at den tilsynelatende ikke har grobunn (Thorsen, 2005, s.24).

7. Drøfting

På bakgrunn av gjennomgått teori, har jeg utarbeidet en modell for å tydeliggjøre både problemstillingen og den påfølgende drøftingen. Dette er imidlertid en forenkling av virkeligheten som er begrenset til å skulle støtte og strukturere hovedmomentene i denne besvarelsen. Den må forstås slik at også andre vekselvirkninger kan forekomme. Denne modellen blir i det følgende illustrert ved en figur og deretter gjort rede for:



Figur 1: Modell for drøfting

Modellen belyser den ideelle omsorgen for den alvorlig kreftsyke, palliative pasienten, og utgjør, sammen med Travelbee og Martinsens teori, et bakteppe for drøftingen. Den tar utgangspunkt i møtet mellom mennesker slik Travelbee (1999) beskriver menneske-til-menneske forholdet. Modellen legger videre til grunn at den palliative pasientens lidelse medfører en opplevelse av utrygghet når den indre grunntryggheten rokkes ved. Sykepleieren representerer en ytre trygghet overfor pasienten som lider. Dette utdypes nærmere i delkapittel 7.2. Modellen er inndelt i nummererte trinn, hvor hvert trinn fra 1-4 har sitt utgangspunkt i forrige trinn. Den illustrerer sykepleierens prosess i møte med pasienten, hvor punkt 2 og punkt 4 tenkes å ha til hensikt å fremme en opplevelse av indre trygghet hos pasienten i punkt 5. I punkt 1 peker modellen på

sykepleierens personlige mot til å møte lidelse og evnen til å tre ut av travelhet og fokus på klokkeid. Dette betraktes som en forutsetning for å kunne være sansende tilstede i punkt 2, og forklares nærmere i delkapittel 7.1:1. Punktene 2, 3 og 4 utgjør selve møtet med pasienten, hvor Kari Martinsens (2003;2005a;2005b) teori er sentral. Å være *sansende* tilstede (punkt 2) åpner for muligheten til å *skjønne* pasientens appell ut fra et faglig og medmenneskelig ståsted (punkt 3). Sykepleieren kan med dette utgangspunktet *forstå* hvordan hun kan handle for å fremme indre trygghet hos pasienten ved å lindre lidelse (punkt 4). Modellen viser at det er to utgangspunkt for å kunne fremme indre trygghet hos pasienten: punkt 2 og 4.

I det følgende skildres første del av et hendelsesforløp i Johannes sin sykehusinnleggelse. Deretter diskuteres selve møtet mellom sykepleieren, Maria, og pasienten Johannes. Drøftingen omhandler først og fremst punktene 1-4 i modellen, hvor sykepleieren innstiller seg på den palliative pasientens lidelse. Punkt 5 diskuteres under delkapittel 7.2, hvor betydningen av øyeblikket blir fremtredende.

7.1 Drøfting av møtet

Maria puster tungt ut. Hun kjenner hun er sliten. Det har vært en intens formiddag på jobb med blant annet tre nyopererte pasienter og to akutte innleggelser. Det er full gruppe, 12 pasienter totalt, og Maria har ansvar for medisinene. På 4.3 er det kvalme og oppkast, på 1.3 er det sterke smerter, for ikke å glemme han palliative pasienten. Johannes. En tynn mann, sterkt påvirket av sin sykdom. Hun kjenner hun får frysninger nedover ryggen. Selv om de har fått god kontakt er det liksom noe ubehagelig over situasjonen. Det er som om hennes egen dødelighet innhenter henne i hennes unge alder. «Skjerp deg», sier hun høyt og bestemt til seg selv. Maria går med raske skritt ut fra medisinrommet, det er ny runde med utlevering av medisiner.

«Hei, hei». Maria går forsiktig inn på rommet til Johannes. «Jeg har med smertestillende til deg. Kan jeg få ditt fulle navn?». «Johannes Mikkelsen». Stemmen er svak, og han sier ikke mer. Han tar imot medisinene med skjelvende hånd, snur seg urolig vekk og sukker. «Flott. Vi snakkes», sier Maria lett. Hun lukker døren bak seg, og går tilbake til medisinrommet. Så stopper hun. Hva var det? Maria undrer seg. Det var noe. Hun bestemmer seg for å gå tilbake til Johannes.

«Johannes?»». Han ligger i samme stilling som tidligere, noe mer urolig. Hun går inn og stopper opp. Så finner hun en stol og setter seg ved sengekanten hans. Det er stille mellom dem, og slik sitter de. Så tar Maria Johannes sin hånd ...

Johannes er alvorlig syk. Han er utlevert til lidelse, sykdom og død, og er avhengig av hjelp fra helsevesenet. Sammen med opplevelsen av tap tydeliggjør dette behovet for å bli møtt i en tillitsfull relasjon. Likevel er denne tillit ikke garantert å bli ivaretatt ettersom det å leve i relasjoner inneholder en mulighet for å bli avvist (Martinsen, 2005b, s.259; Sæteren, 2006, s.105). Dette belyses i følgende avsnitt.

7.1:1 Mot og tid

I møte med Johannes kjenner Maria på ubehag ved å bli konfrontert med egen sårbarhet og dødelighet. Kalfoss (2010, s.402) poengterer at konfrontasjonen kan være skremmende. Som palliativ pasient er Johannes sårbar og var for Marias reaksjoner, om hun engasjerer seg og om hun er helt og fullt til stede. Han observerer Maria og kan oppfatte det som ikke er uttrykt med ord. Signaler kan medføre at han unngår å tre frem med sin lidelse. Når Johannes også kan ha utfordringer med å gi til kjenne sine behov, kan det medføre at han tilpasser seg sin lidelse i ensomhet, hvor det å bli sett som et unikt menneske kan utebli. Dette påpekes av Rydahl- Hansen (2005, s.218) og Sæteren (2006, s.18,72).

Effektivitet og mangel på tid ser i tillegg ut til å kjennetegne sykehusets kultur. Om sykepleieren er preget av helsetjenestens kultur kan det medføre at pasientens appell ikke blir sanset (Martinsen, 2005s, s.43; Sæteren, 2006, s.118). Dette kan generere tillegglidelser for sårbare pasienter. Imidlertid presiseres det i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2011) at sykepleiere har ansvar for å bidra til å lindre lidelse. Her tydeliggjøres Marias ansvar. For å kunne se pasienten og for å fremme muligheten for å lindre lidelse er det uunngåelig å reflektere over egen sårbarhet og fokuset på klokketiden (Sæteren, 2006, s.20). Martinsen (2005b, s.262) påpeker at travelheten tar livet av det faglige skjønnet. Det kan derfor se ut til at sykepleieren må ha personlig mot, og våge å ta seg tid til det menneskelige nærvær. I modellen utgjør dette en forutsetning for å kunne være sansende tilstede, for uten det vil pasienten kunne oppleve å bli ignorert som menneske, slik Ellingsen (2013, s.5,) uttrykker det. Det kan ellers medføre at sykepleieren kommer til å krenke pasienten slik at en sårbar kropp ikke blir til å bære. I det følgende utdypes sykepleierens sansende tilstedeværelse der mot og tid inngår som premisser for møtet med den palliative pasienten.

7.1:2 Sansende tilstedeværelse

Som mennesker vet alle noe om lidelse, om tap og om utrygghet. Derfor kan det at sykepleiere opplever ubehag i møte med palliative pasienter betraktes som en mulighet til å engasjere seg i den

andre. Dette beskriver både Travelbee (1999, s.98) og Martinsen (2003, s.76). Maria kan kjenne seg igjen i Johannes sin livssituasjon, og slik sanse hans tone på bakgrunn av egen livserfaring. Når man som menneske er avhengig av og utlevert til hverandre, vekkes det et ansvar for å sørge for å engasjere seg i pasientens situasjon og ta tonenes appell på alvor.

Selv om Maria kan kjenne seg igjen i Johannes sin livssituasjon, er det likevel ikke mulig å sette seg fullt inn i den. Hans lidelse er en individuell erfaring (Travelbee, 1999, s.98). Når da Johannes ikke uttrykker direkte med ord hvordan han har det, krever det av Maria at hun lytter aktivt for å sanse den usagte tonen. Kanskje er han redd for å miste kontroll over sine følelser og derfor tier? Kanskje har han oppfattet at Maria er travel, kanskje også hennes frykt? Imidlertid uttrykker han kroppslig sin lidelse. I ens uro og travelhet blir noe av roen borte (Thorsen, 2005, s.21). Dette er en ro som gjør det mulig å være oppmerksom på det som er uttrykkes kroppslig, og dermed sanse den andres tone. I sin travelhet velger likevel Maria å gripe muligheten, stoppe opp og i ettertenksomhet undre seg over det hun har sanset. *«Så stopper hun. Hva var det? Maria undrer seg. Det var noe»*. I det Maria gir Johannes sin oppmerksomhet våger hun å engasjere seg og gjennom sin tilstedeværelse være nær for å bli Johannes' tillit verdig. Hans liv angår henne. *«Hun bestemmer seg for å gå tilbake til Johannes»*.

I det Maria kommer tilbake stopper hun opp. Langsomt og rolig retter hun sin oppmerksomhet mot Johannes, og sørger for å komme ham nær ved å innstille seg på hans tone. Likevel kan sykepleieren komme for nær, slik Sæteren (2006, s.143) påpeker. Johannes har sin urørlighetszone. Pasienter er skjerpet på hva andre sier og gjør, og merker umiddelbart dersom sykepleieren er uten varhet (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.164;Sæteren, 2006, s.68;Martinsen, 2013, s.67). Om ikke møtet da er på Johannes sine premisser, kan Maria komme til å invadere hans urørlighetszone, skape mistillit og krenke ham. Det kan medføre en situasjon som står i strid med de yrkesetiske retningslinjenes (Norsk Sykepleierforbund, 2011) formaning om å lindre lidelse. I stedet kan opplevelsen av ensomhet og avhengighet forsterkes (Rydahl- Hansen, 2005, s.218). Maria må gjøre seg tillit verdig. Et inkluderende fellesskap preget av respekt for det unike ved enkeltmennesket, må skapes på bakgrunn av den relasjonelle omsorgen beskrevet av Martinsen (2003, kap.1). Dette er et fellesskap, et sansende nærvær, som gir mulighet til å fange opp at *«det var noe»* i situasjonen. Ved at Maria trer tilbake i stillhet og respekterer Johannes sine grenser, skapes det et rom. I rommet signaliserer Maria at hun er helt og fullt tilstede, engasjert, og oppmerksom på Johannes. Uten ord sier hun *«Hva trenger du? Jeg er her for deg»*. På bakgrunn av den moralske omsorgen kan Johannes da våge å komme frem med det som er viktig for ham. Dette krever av Maria at hun

gjennom sin sansende tilstedeværelse sørger for å skjønne hva som står på spill for Johannes.

7.1:3 Et faglig skjønn

Hva er så dette *noe* som får Maria til å stoppe opp? Hva er det tonen formidler? Maria bruker sitt faglige skjønn. På bakgrunn av fagkunnskap oppfatter hun at det i Johannes sin situasjon ikke er akutt behov for hjelp. Hva er det da Maria sanser? Johannes er urolig. Å bli konfrontert med døden, med ensomheten og avhengigheten, er en gjennomgripende lidelse, en rystelse, som kan generere eksistensiell angst (Rydahl- Hansen, 2005; Sæteren, 2006, s.109). Ettersom samfunnet fremhever selvstendighet og produktivitet, kan lidelsen påvirke hans tenkning om seg selv (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.163; Sæteren, 2006, s.16). For mennesker som er avhengig av andres hjelp og som beskriver det utfordrende å sette ord på sine behov, er det å bli sett i sin ensomhet ubeskrivelig godt (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.187; Sæteren, 2006, s.156). Stemningene i rommet kan utgjøre en appell, et stille rop om at noen blir deltagende i en relasjon for å bli sett som et unikt, særegent menneske (Martinsen, 2005b, s.262; Sæteren, 2006, s.174,182). Man kan tenke seg at Johannes våger seg frem med sin tone og sin appell i håp om å bli sett. Det kan være dette *noe* Maria sanser. Hun bruker sitt faglige skjønn, på bakgrunn av fagkunnskap, medmenneskelighet og intuisjon, for å søke å forstå dette.

7.1:4 Forståelse og handling

Ved at Maria søker å forstå, kan hun sørge for å handle godt, slik det praktiske aspektet ved Martinsens (2003, kap.1) omsorgsteori henviser til. Hvordan skal da Maria sørge for å hjelpe Johannes i hans lidelse og handle godt på hans premisser? Gjennom sin sansende tilstedeværelse og ut fra sitt faglige skjønn kan hun søke å forstå situasjonens helhet og hva som kan fremme lindring. Hun trer inn i en stedfortredende rolle, og handler slik at Johannes sin uro og eksistensielle angst kan bli sett. Imidlertid påpeker Sæteren (2006, s.154) nødvendigheten av å ha ansvar for eget liv i en periode hvor man blir tiltagende avhengig av hjelp fra andre. Dette særlig når man er innlagt på sykehus og kan få opplevelsen av å tape sin identitet. Maria handler derfor på bakgrunn av svak paternalisme. Hun foretar et situasjonsbetinget valg, ut fra Johannes' urørlighetssone og hans særegenhet, for å handle slik at hans lidelse kan avlastes midlertidig.

«Så tar Maria Johannes sin hånd ...». Å berøre kan oppleves påtrengende, slik Eide og Eide (2007, s.211) påpeker, men i dette tilfellet kan det tenkes at Maria inviteres til fortrolighet i en tillitsfull relasjon. Når Maria da tar Johannes sin hånd kan hun formidle blant annet nærhet og oppmerksomhet. At Johannes blir berørt er ikke nødvendigvis en handling som medfører at han

gjenvinner egenomsorg. Berøringen kan imidlertid sørge for å anerkjenne og bekrefte Johannes, og dermed fremme muligheten for at han kan få det så godt som mulig her og nå. Dette til tross for at han er avhengig av hjelp fra andre. Martinsen (2003, s.78) påpeker dette under vedlikeholdsfasen som beskrevet i delkapittel 3.2.

Å sørge for å handle godt innebærer ikke bare å si eller å gjøre noe konkret, som blant annet fysisk berøring. Det innebærer også å være sammen i en relasjon hvor man kan se og bli sett gjennom sansende tilstedeværelse, jamfør 7.1:2. I møte med døden kan ord kan bli fattige, og mellom Maria og Johannes er det stille. Likevel summer det av toner i stillheten. Skal Marias tone oppleves god, må hennes sansende tilstedeværelse formes på bakgrunn av den moralske omsorgen som Martinsen (2003, kap.1) beskriver. Som palliativ pasient kan Johannes være preget av ensomhet. Om Maria da er taus, og ikke sanser hans tone eller er var for hans urørlighetssone, kan hun komme i fare for å forsterke denne opplevelsen. Hennes tone kan oppleves vond. Når Maria og Johannes er stille er dette noe annet enn taushet, her får han mulighet til å kjenne etter. Selv om Maria ikke kan lide i Johannes' sted eller forstå ham fullt ut, kan hun likevel både gjennom sin sansende tilstedeværelse og fysiske berøring vise at hun ser Johannes' særegenhet. Opplevelsen av ensomhet og tap kan dermed reduseres ved at Maria anerkjenner og bekrefter det unike ved Johannes. Når Maria blir *med-lidende*, og Johannes opplever å bli sett, kan det åpne for muligheter til at lidelse lindres og hans sviktende grunntrygghet fremmes. Dette kan bety mer enn Maria aner.

7.2 Drøfting av opplevelsen av trygghet

«... Hånden til Johannes er kald og klam. Han lukker øynene, og en tåre renner langsomt ned gjennom hans innhulte kinn. Så er det som om en lettelse legger seg over ansiktet hans, som om han faller til ro. Han smiler forsiktig, fortsatt med øynene igjen. Det kommer en tåre til. Og så, så klemmer han svakt Marias hånd. Hånden er nå blitt varm».

Maria sanser og søker å forstå at Johannes er urolig. Hånden hans er kald og klam. Pasienten har vært gjennom en rekke operasjoner, han har belastende plager og er innlagt på sykehuset for oppfølging etter cytostatikabehandling. Som palliativ pasient er Johannes i en eksistensiell rystelse, sitt livs tragedie, som kan fange ham inn i taushet og ensomhet. På samme tid er han avhengig av et helsevesen som tilsynelatende i for liten grad tar hensyn til den alvorlig sykes behov for langsomhet. Effektivitet og produktivitet kan føre til at tonen hans ikke slippes til, samtidig som hans forestående død kan skape frykt hos sykepleiere. Johannes kan stå i fare for å få en rekke tilleggslidelser hvis rommet av det menneskelige nærvær ikke blir gitt tid. Johannes sin indre

trygghet, grunntrygghet, synes å rokkes ved, hvor det å miste fotfeste i tilværelsen blir fremtredende. Ettersom å oppleve trygghet synes å være noe av det bærende ved ens tilværelse, slik Thorsen (2005, s.15) påpeker, blir det tydelig at Johannes er medtatt. Kan han da i det hele tatt gjenvinne fotfeste på sykehuset og erfare en eksistensiell indre trygghet i en tilværelse preget av en hjemløs tilstand?

I modellen fremstilles sykepleieren som en ytre trygghet overfor pasienten i hans tap og lidelse. Andersson (1984, s.12-14) har påpekt at det mellom indre og ytre trygghet er en gjensidighet. I en utrygg tid preget av en eksistensiell rystelse kan Johannes, sett i sammenheng med den generaliserte gjensidigheten, ha tillit til at Maria sørger for ham ut fra en stedfortredende rolle. Ut fra deres relasjon kan Johannes da finne hvile i å stole på hennes fagkunnskap og medmenneskelighet. Slik sett kan det tenkes at behovet for sikkerhet og forutsigbarhet hviler i at Maria sørger for ham. Ved å representere en ytre trygghet sørger Maria da for at han eksempelvis får tilstrekkelig smertestillende medikamenter. Samtidig forsøker hun å forstå hva han har behov for uansett hva enn dette måtte være. Dette kan være helt fundamentalt for å bidra til at han kan føle trygghet i en tid der hans grunntrygghet rokkes ved. Maria bærer et etisk ansvar for å møte Johannes, og å ta ham på alvor. Om Maria lykkes kan det tenkes at tryggheten hun representerer ved sin tilstedeværelse i noen grad kan overføres til Johannes.

Imidlertid må det poengteres at Johannes sin sykdom, hans lidelse og tap ikke opphører. Når pasienten står fremfor døden er det ingenting som kan gjøres for å forhindre hans død. Det vil da heller ikke være realistisk i hans situasjon å ha en konstant opplevelse av indre trygghet. Når den fysiske klokketiden blir begrenset tydeliggjøres betydningen av trygghet i øyeblikket (Thorsen, 2005, s.24; Sæteren, 2006, s.187). «Øyeblikket er det eneste vi har», påpeker Alvsvåg (1999, s.27). Tiden er ikke bare klokketiden, men også livets tid som rommer små øyeblikk. I disse korte glimtene kan man nå hverandre (Thorsen, 2005, s.20-21,34). På bakgrunn av sitt faglige skjønn sørger Maria for å engasjere seg i Johannes' situasjon. Som medmenneske og ut fra tillit, sanser hun hans tone og nærmer seg hans urørlighetszone med en respektfull holdning. I stillhet søker hun å være oppmerksom og lytte aktivt for å forstå situasjonens helhet. Maria tar dermed hans uttrykk alvorlig og som en appell hun forsøker å besvare. Hun tar Johannes sin hånd og gjennom sin tilstedeværelse anerkjenner og bekrefter hun ham. Dette knyttes til det å bli sett som et unikt og særegent menneske. Maria sier «ja» til den Johannes er og tar ham på alvor. Når Maria da våger å gå ut over sin egen frykt og sette klokketiden til side, skapes det et rom for Johannes til å våge å kjenne på sin lidelse. *«Han lukker øynene, og en tåre renner langsomt ned gjennom hans innhulte*

kinn».

Det synes å være en nær sammenheng mellom omsorg og det å lindre lidelse, slik også Lorentsen og Grov (2010, s.428) bemerker. Imidlertid kan ikke Maria ta bort Johannes' vonde følelser og tapsopplevelser. Likevel kan Maria, gjennom sin tilstedeværelse, sørge for at Johannes blir sett og slik fremme muligheten for at lidelse kan lindres på hans premisser. Dette påpekes av blant annet Sæteren (2006, s.15,17, 70-72). Der Johannes opplever å miste fotfeste kan han plutselig og i noen glimt oppleve at det bærende i tilværelsen griper tak i ham. I en slik situasjon er det som om tiden står stille, og i et øyeblikk kan man erfare å ha det godt (Martinsen, 2013, s.65). «*Så er det som om en lettelse legger seg over ansiktet hans, som om han faller til ro*». Johannes sin opplevelse av velbefinnende, den subjektive dimensjonen ved helse og livskvalitet, blir synlig for Maria. Et mål for palliative pasienter er nettopp å erfare livskvalitet på sine premisser (Helsedirektoratet, 2013). I det han faller til ro og smiler forsiktig, kan hans reaksjoner tyde på at han opplevde seg anerkjent og bekreftet. «Noen fikk øye på min perle», skriver Alvsvåg (1999, s.32). Betydningen av at et *medlidende* medmenneske ser en som et unikt menneske fremheves. Lidelsen blir da i et øyeblikk utholdelig og til å bære selv om den ikke opphører. Til tross for sykdom og lidelse utelukkes dermed ikke muligheten for å erfare en eksistensiell, indre grunntrygghet og å gjenvinne fotfeste. Johannes kan altså *være* trygg selv om han tilsynelatende ikke *har* trygghet. Da vil Johannes i øyeblikket ha mulighet til å oppleve å seg hjemme. «*Og så, så klemmer han svakt Marias hånd. Hånden er nå blitt varm*».

8. Avslutning

I denne besvarelsen har det blitt diskutert hvordan sykepleieren gjennom sansende tilstedeværelse kan fremme trygghet hos den palliative pasienten i sykehus. Noen sentrale momenter har blitt drøftet, hvor diskusjonen har blitt strukturert etter en modell. Denne modellen legger til grunn en ideell omsorg og at pasientens grunntrygghet rokkes ved når lidelse forekommer. En pasientsituasjon har gjennomgående blitt anvendt for å konkretisere fagkunnskap.

Først ble møtet mellom pasienten og sykepleieren diskutert, og sett i lys av sykepleierens tilstedeværelse i pasientens situasjon. Når et møte bygger på et menneske-til-menneske forhold, hvor det særegne og unike ved den andre fremheves som betydningsfullt, kan kontakt oppnås. Om de da møtes som likeverdige mennesker kan det gi mulighet til å skape et inkluderende fellesskap, en tillitsfull relasjon, hvor sykepleieren kan engasjere seg i det som er av betydning for den andre der og da. På bakgrunn av felles livserfaringer vekkes sykepleierens ansvar som forutsetter at hun gir seg tid og personlig mot til å våge å være nær og tilstede i relasjonen.

Skal man møte pasienten slik at trygghet kan fremmes, må man videre forstå hva som faktisk står på spill for den andre. Gjennom sansende tilstedeværelse kan sykepleieren vise at hun er helt og fullt tilstede for pasienten, ta ham på alvor og være rede til å sørge for ham uansett hva behovet hans måtte være. I besvarelsen kommer det frem at sykepleieren representerer en ytre trygghet overfor pasienten. Gjennom stillhet og aktiv lytting sanser hun og blir gjort oppmerksom på pasienten sin tone og appell – et stille rop om å bli sett som et unikt menneske i sin lidelse. På bakgrunn av sitt faglige skjønn kan sykepleieren ta et situasjonsbetinget valg og handle på pasientens premisser slik at han kan oppleve det godt. Da kan det skapes et rom hvor pasienten kan finne hvile i å stole på at sykepleieren sørger for ham ved at hun ser hva situasjonen krever. Videre kommer det frem at en tilstedeværelse uten ord og fysisk berøring, der ord blir fattige, kan være både anerkjennende og bekræftende slik at pasienten opplever seg sett.

Palliative pasienter kan være i en eksistensiell rystelse når de står fremfor tidens tilintetgjørelse. Det synes utfordrende å fremme en opplevelse av indre trygghet på sykehuset i en tid hvor ens grunntrygghet rokkes ved. I besvarelsen tydeliggjøres imidlertid betydningen av øyeblikket. Å bli sett som et unikt menneske ved at noen, gjennom sin sansende tilstedeværelse, blir *med*-lidende i ens situasjon kan skape øyeblikk av ro og velbefinnende. I noen korte glimt kan man da gjenvinne fotfeste og oppleve en indre, eksistensiell trygghet til tross for at den tilsynelatende ikke har grobunn.

På bakgrunn av diskusjonen i besvarelsen ser jeg grunn til å oppfordre sykepleiere til å møte pasienter som unike mennesker, ta dem på alvor og gripe og holde øyeblikket, slik at sårbare pasientkropper kan bli til å bære – om så bare i et glimt. Videre har jeg innsett at opplevelsen av trygghet oppstår i pasienten, ikke i sykepleieren. Man må derfor som sykepleier skape rom og varsomt legge forholdene til rette ved å vise omsorg og sørge for å fremme øyeblikk av en indre, eksistensiell trygghet. Jeg mener at den delen av omsorgen som i dag har mange vakre ord må bli levende for oss slik at vi handler etter dem. Besvarelsen ble innledet med et sitat av Kari Martinsen, som jeg også velger å avslutte med - til påminnelse om viktigheten av å være sansende tilstede for pasienter som Johannes:

«Livet grep fatt i han, tok sansningen i sin tjeneste og ga forståelsen næring slik at han kunne innse hva han skyldte stedet, nemlig å ta vare på det» (Kari Martinsen, 2013, s.63).

Litteraturliste

- Aadland, E. (2004) *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2 utg. Oslo, Universitetsforlaget
- Alvsvåg, H (1999) Tid i de korte møtene – vekselvirkning: oppmerksomhet, samarbeid og samtale. *Jubilæumsskrift. Sundhetsuddannelserne år 2025 – faglige synsvinkler ind i det 21. århundre*, s.26-32
- Andersson, K.M. (1984) *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv, Esselte Studium
- Brekke, V.E. & Førland, O. (2009) *Bacheloroppgave i sykepleie – et veiledningshefte for studenter*. 9.utg. Bergen, Haraldsplass Diakonale Høgskole
- Dahlin, C.M. (2010) Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses. I: Ferrell, B.R & Coyle, N. red. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York, Oxford University Press, s.107-133
- Ellingsen, S. (Epub ahead of print, 2013) Being in transit and in transition. The experience of time at the place, when living with severe incurable disease – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internett]. Tilgjengelig fra: <doi: 10.1111/scs.12067>[Lest 1.april 2014]
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Feigenberg, L. (1974) *Döden i sjukvården*. Stockholm, Svenska föreningen för psykisk hälsovård
- Fredriksson, L. (1999) Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5) november, s.1167-1176
- Helsedirektoratet. (2013) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [Internett], Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord>>[Lest 3.april 2014]

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999) *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. NOU 1999:2. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460> [Lest 7.april 2014]
- Kalfoss, M.H. (2010) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almål, H., Stubberud, D.G & Grønseth, R. red. *Klinisk Sykepleie 2*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.475-499
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteori – analyse og evaluering*. 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2005) Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.28-77
- Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2005) Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.157-205
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almål, H., Stubberud, D.G & Grønseth, R. red. *Klinisk Sykepleie 2*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.401-437.
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta, Tano Aschehoug
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. 2.utg. Oslo, Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005a) *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo, Akribe
- Martinsen, K. (2005b) Sårbarheten og omveiene. Løgstrup og sykepleien. I: Bugge, D., Bøwadt, P.R. & Sørensen, P.A. red. *Løgstrups mange ansigter*. Frederiksberg C, Forlaget Anis, s.255-269

- Martinsen, K (2013) Stedet. *Omsorg*, 30 (4) s.61-67
- Mathisen, J. (2005) Livets avslutning. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.271-318
- Norsk Sykepleierforbund. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler* [Internett], Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf> [Lest 24.mars.2014]
- Rydahl-Hansen, S. (2005) Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (3) september, s.213-222
- Sæteren, B. (2006) *Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet*. Akademisk avhandling, Åbo Akademi
- Thorsen, R. (2005) Trygghet. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s.13-38
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget
- Wyller, V.B. (2005) *Det syke mennesket Bind 3. Mikrobiologi, patofysiologi, farmkologi, klinisk medisin*. Oslo, Akribe
- World Health Organization. (2014) *Definition of Palliative Care* [Internett], World Health Organization. Tilgjengelig fra <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [Lest 5.april 2014]

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høyskole

Tittel på norsk: Noen fikk øye på min perle.

Tittel på engelsk: Someone spotted my pearl.

Kandidatnummer: 228

Forfatter(e): Marianne Helen Vik

Årstall: 2014

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning. Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høyskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei