

Den vanskelige samtalen

Kommunikasjon med kreftpasienter



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, mai 2010

Antall ord: 10374

Innhold:

1.0. Innledning med case og problemstilling.....	s.3.
1.1. Avgrensing og begrunnelse for valg av problemstilling.....	s.4.
1.2. Begrepsavklaring	s.5
2.0. Metode	s.5
3.0. Teori	s.9
3.1. Hva er spesielt med å ha kreft?	s.9
3.2. Kriser	s.9
3.3. Forsvarsmekanismer.....	s.10
3.4. Joyce Travelbee.....	s.11
3.5. Kari Martinsen.....	s.12
3.6. Bent Falk	s.14
4.0. Drøfting.....	s.14
4.1. Hvorfor er det så viktig å være god på kommunikasjon i forhold til denne pasientgruppen?.....	s.14
4.2. Hvem bør gå inn til Liv i dag?.....	s.15
4.3. Tillit.....	s.15
4.4. Hvordan snakke med et menneske i krise?.....	s.17
4.5. Hva gjør vi med følelsene våre?.....	s.19
4.6. Nonverbal kommunikasjon.....	s.21
4.7. Verbal kommunikasjon.....	s.24
4.8. Fremmede kommunikasjon.....	s.25
4.9. Hemmende kommunikasjon.....	s.27
4.10. Hvordan kan vi bli flinke til å kommunisere?.....	s.28
5.0. Konklusjon	s.29
6.0. Avslutning	s.29
7.0. Litteratur	s.31

1.0. Innledning m/ case og problemstilling:

Vi vil begynne denne oppgaven med en påstand om at de fleste pasienter som får en kreftdiagnose tenker på døden. Mange kjenner eller vet om andre som har fått kreft, og vi blir stadig minnet på at en kreftdiagnose for mange betyr for tidlig død. I løpet av behandlingen vil mange veksle mellom håp om å bli frisk, og frykt for ikke å bli det.

Med dette i tankene har vi laget en fortelling om en fiktiv pasient, vi har kalt henne Liv, og hun har kreft i eggstokkene.

Fortellingen om Liv: Liv Hansen er en kvinne på 35 år, gift med Per, og mor til to jenter på tre og fem år. For ett år siden gikk Liv til lege fordi hun hadde smerter og ubehag i underlivet. Legen sendte henne videre til ultralydundersøkelse, og det ble konstatert at Liv hadde cancer ovarii. Begge eggstokkene var affisert, og hun ble satt opp til operasjon. Dette var et stort sjokk for henne og familien. Hun uttrykte at hun var redd for at hun ikke skulle overleve sykdommen, og at hun sørget over at hun ikke kunne få flere barn.

Begge eggstokkene, livmor og eggledere ble fjernet under operasjonen. Etter dette gikk Liv gjennom tre cellegiftkurer. Da hun var ferdig med denne behandlingen fantes det ingen påvisbar tumor, og Liv kunne fokusere på å komme seg etter kurene, og igjen være mer tilstede for barna sine.

Ca. et halvt år etter siste kur er avsluttet blir Liv igjen dårlig, og hun blir lagt inn på sykehus med pneumoni. Det viser seg at hun har fått tilbakefall, og kreften har spredd seg til lungene. Videre undersøkelser viser at det også finnes kreft i leveren.

De får i samtale med legen beskjed om at dette sannsynligvis betyr at svulstene Liv hadde var resistente mot cellegiftbehandlingen hun fikk, og at den videre behandlingen nå vil være palliativ. Legen forklarer henne at dette betyr at hun ikke vil komme til å bli frisk, men at det er umulig si noe om hvor lenge hun kan forvente å leve.

Det er nå vaktskifte, legen har det travelt og sier at dersom hun trenger å prate med noen skal hun snakke med sykepleier som kommer på vakt i kveld.

Mannen til Liv har reist hjem for å hente jentene i barnehagen, og skal komme tilbake til sykehuset med dem i ettermiddag. Liv ligger nå alene inne på rommet sitt. Legen informerer sykepleier på vakt om at Liv har fått informasjon om at kurativ behandling ikke lenger er mulig, og sier at hun er svært lei seg, og gråter mye.

Når Liv befinner seg på dette stadiet i sykdommen vil det fortsatt være mange forskjellige typer behandling hun kan få, både symptomlindrende og livsforlengende. Forskjellen er at nå vet hun at hun aldri blir frisk, og hun kommer til å dø fra familie og venner, om ikke veldig lenge. Hun vil ikke få se barna sine vokse opp.

Det er naturlig å forvente at dette fører til en alvorlig krise hos Liv og familien hennes.

På bakgrunn av dette vil vi komme med følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom sin terapeutiske funksjon hjelpe kreftpasienter som skal over fra kurativ til palliativ behandling?

1.1. Avgrensning og begrunnelse for valg av problemstilling:

Sykepleierens terapeutiske funksjon består av mange elementer, men vi har valgt å fokusere på den delen som handler om kommunikasjon. Vi vil altså ikke ta for oss for eksempel ernæring, hygiene og smertebehandling, selv om dette også er viktig for denne pasientgruppen. I denne situasjonen er det viktig at pasienten føler at noen har omsorg for henne, og vi vil finne ut hvordan vi gjennom kommunikasjon kan lindre noe av hennes mentale lidelse.

Bakgrunnen for at vi har valgt dette temaet er at situasjoner som dette ofte er vanskelige for helsepersonell. Det finnes mye dokumentasjon på dette (*Wilkinson, S. M. et al. 2002), og vi har også erfart det selv i praksis. Videre har det vært gjort undersøkelser som tyder på at god kommunikasjon gir bedre behandlingsresultater, bedre smertekontroll, og at pasientenes compliance øker (*Moore et al. 2009, s. 2). En annen grunn til at god kommunikasjon er viktig er at helsepersonell kan føle mer trygghet og tilfredshet i møte med denne pasientgruppen dersom de vet mer om hvordan situasjonen kan håndteres (*Maguire & Pitceathly 2002).

Vi har valgt en kvinne på 35 år, men det vi vil skrive om er også relevant for andre grupper. Dette handler om et menneske i en alvorlig krise, og kan derfor også gjelde andre mennesker som er i krise av ulike grunner. Det som er spesielt med vår pasient er at hun er i den akutte fasen av krisen, og vi kan forvente en del følelsesutbrudd og forsvarsmekanismer. Dessuten har vi valgt hennes alder (35) fordi mange på denne alderen (ca. 25-40) har forsørgeransvar for små barn, og er i en tidlig fase av voksenlivet. Vi tenker at dette kan føre noe mer til det vonde i å skulle dø for tidlig, ettersom hun har små barn hun ikke vil få følge i oppveksten. Dette vil ikke gjelde for gruppen som er eldre og har voksne barn, og heller ikke de yngre uten familie, selv om disse også selvfølgelig vil oppleve dette som en krise. Selv om vi skriver om en kvinne, vil mye av dette også kunne overføres til menn.

Vi har valgt å betegne pasient og sykepleier som "hun", og vil derfor la det gå ut fra sammenhengen hvem det er snakk om.

1.2. Begrepsavklaring:

Behandlingsintensjonen, altså det ønskede målet med behandlingen pasienten får, deles inn i to hovedgrupper; kurativ og palliativ. Kurativ behandling har som mål å helbrede pasienten for lidelsen hun har. Dersom det er en sannsynlighet for at pasienten skal bli frisk som er over en viss prosent, kalles den kurativ. Palliativ behandling kan deles opp i to deler: Symptomforebyggende behandling har som mål å forebygge eller utsette et symptom som vil komme hurtig tilbake uten behandling, som for eksempel en tumor. Dette er da for å forsøke å hindre utvikling for en tid. Symptomlindrende behandling har som mål å lindre plagsomme symptomer som pasienten opplever, for eksempel smerter (*Kaasa 2007, s. 41).

2.0. Metode:

For å finne litteratur som kan gi oss svar på det vi vil vite har vi gått frem på flere forskjellige måter.

Noe litteratur har vi valgt ut fra pensum. Dette gjelder Håkonsen (2003), hentet fra pensum i psykologi, og Eide (2007b), hentet fra sykepleievitenskapelig fagområde.

Det meste av litteraturen vi har brukt er ikke på pensum. Noe handler om kreftpasienter spesielt (*Faulkner & Maguire 1998; *Reitan 2004b), mens andre handler om kommunikasjon generelt (Eide & Eide 2007b), eller kommunikasjon med kriserammede (*Falk & Smith 1999). Noe av dette er eldre litteratur, som for eksempel boka til Faulkner/Maguire (1998), som ble skrevet i 1994. Grunnen til at vi har valgt å ta med denne litteraturen selv om den er gammel, er at kunnskapsutviklingen innen temaet kommunikasjon ikke går like raskt som for eksempel innen medisin, der det stadig kommer til ny kunnskap. Vi ser for eksempel at det Travelbee (1999) skrev om kommunikasjon i 1966 fortsatt går igjen i den nyeste litteraturen. Noen av bøkene vi har brukt har også kommet i nyere opplag enn det eksemplaret vi har brukt (*Martinsen 1989), noe som også er et tegn på at det ikke er foreldet kunnskap.

Travelbee (1999) og Martinsen (1989) plukket vi ut til tross for at disse bøkene er gamle, fordi vi gjerne ville bruke primærkildene, istedenfor å gå veien om sekundærkilder, der andre forfattere har tolket teorien for oss. Når det gjelder sykepleieteori har vi også i noen tilfeller benyttet oss av en sekundærkilde (*Kirkevold 1998), for å føle oss sikrere på at vi ikke har misforstått primærlitteraturen.

Vi har også brukt en bok av Faulkner og Maguire (1998), utgitt første gang i 1994. Selv om boka er gammel, ser vi for det første at det som står der fortsatt ser ut til å regnes som gyldig, og for det andre fordi vi ser at disse forfatterne også har gitt ut mye om kommunikasjon senere, i forskningsartikler og annen litteratur. Vi velger derfor å tro at disse har godt grunnlag for det de sier, og derfor er sterke kilder.

Ettersom kunnskapen vi finner i bøkene er eldre enn utgivelsestidspunktet ville vi også se om vi kunne finne noe nyere forskning, og vi søkte derfor via Academic Search Elite etter forskningsartikler. Grunnen til at vi valgte denne databasen er blant annet at vi er kjent med den fra før, og komfortable med å bruke den. Dessuten er dette en fulltekstdatabase, og vi hadde begrenset med tid til å finne litteratur. Derfor valgte vi å ikke bruke referansedatabaser, ettersom det kan ta tid å få artikkelene vi ikke finner i fulltekst gjennom biblioteket. Vi er klar over at det finnes andre fulltekstdatabaser vi kunne ha brukt, og at vi kanskje kunne ha funnet andre kilder der enn det vi fant via Academic Search Elite, eller om vi hadde inkludert referansedatabaser. På den annen

side så vi at vi kom frem til de samme artiklene via mange forskjellige søkeordkombinasjoner, og så de samme navnene i litteraturlister til artiklene vi fant. Derfor tenker vi at vi kanskje hadde kommet frem til den samme litteraturen om vi hadde valgt andre databaser, enten de er fulltekst- eller referansedatabaser.

Søkeord vi benyttet oss av (i ulike kombinasjoner) er communication, technique, death, nurses, cancer, palliative, communication skills training og cancer patients. Ved noen søk klarte vi å komme ned til 4-6 treff, og vi så at flere av artiklene kom opp ved forskjellige kombinasjoner.

Vi har også benyttet oss av litteraturlister i bøker og artikler, og på den måten funnet mer relevant litteratur som vi så klarte å finne i fulltekst, enten via Academic Search Elite, eller gjennom søk på forfatter i helsebiblioteket. En av artiklene (*Maguire & Pitceathly 2002) fant vi da vi søkte via Google etter en artikkel som vi hadde sett i en litteraturliste, og den andre kom da opp på listen. Denne fant vi også igjen i fulltekst via Academic Search Elite da vi søkte på tittelen der.

Artiklene vi har valgt ut er utgitt i anerkjente tidsskrifter som *the Lancet*, *European Journal of Cancer*, *BMJ British Medical Journal* og *Palliative Medicine*. Alle disse er peer reviewed journals, det vil si fagfellevurdert; gjennomgått av andre fagfolk enn forfatterne for å sikre god kvalitet. Artiklene er altså vurdert til å være holdbare. Dette gjør at vi føler disse er sterke kilder.

Artiklene vi valgte ut er med unntak av en, som er fra Belgia, fra engelske forskningsmiljøer. Vi tenker at det som står der allikevel er overførbart på norske pasienter, ettersom England og Belgia tilhører samme kulturkrets som Norge. Vi fant også artikler fra land som Tyrkia og Japan, men valgte ikke å ta med disse i oppgaven vår ettersom vi vet at det finnes kulturforskjeller mellom Norge og disse landene som gjør at funnene kanskje ikke er like lett å overføre til norske pasienter.

Det kan hende at det finnes litteratur fra andre land som kunne vært like relevant, eller bedre, men på den annen side har det vært mye av det samme som har kommet opp ved de ulike søkeord-kombinasjonene, så det kan virke som dette er et tema de er opptatt av i engelsk kreftomsorg. I den ene artikkelen (*Wilkinson, S. M. et al. 2002) ser vi at

Englands Department of Health i 2000 kom med en ny kreftplan, med hensikt å forbedre kreftomsorgen i England. Effektiv kommunikasjon ble da satt opp som et viktig satsningsområde for å oppnå dette. Kanskje er dette en årsak til at det er gjort en del studier i England om dette temaet.

Alle artiklene er skrevet på engelsk. Derfor er det fare for at noe av innholdet blir feiltolket i oversettelsen, men føler at vi behersker språket godt nok til å forstå innholdet, og vi har brukt oppslagsverk der vi har vært i tvil.

De fleste artiklene er rettet mot sykepleiere, mens en (*Maguire & Pitceathly 2002) er skrevet for leger. Vi mener at dette allikevel er relevant for sykepleiere, ettersom tema for artikkelen er kommunikasjon, og sykepleierne skal snakke med de samme pasientene og har de samme behovene for kommunikasjonsferdigheter som leger.

Det finnes helt sikkert bøker og artikler vi ikke har funnet som kunne vært relevant å ta med, og kanskje kunne disse ha gitt oss andre svar på spørsmålene våre. Vi er for eksempel klar over at vi kunne ha prøvd flere ulike søkeord og kombinasjoner da vi søkte etter litteratur. Etter hvert som vi fant relevante artikler fant vi også flere søkeord der, og fikk derfor flere ord som vi brukte etter hvert. Allikevel så vi ofte at det var de samme artiklene som kom opp gang på gang. Dessuten måtte vi til slutt begrense søkene på grunn av tidsmangel.

I Aftenposten fant vi en kronikk skrevet av en kreftpasient, Mette Grøholt, publisert 3.5.2010. Denne valgte vi å ta med fordi det er skrevet av en pasient som har følt dette på kroppen selv, og det hun skriver om er behovet for å få lov til å sette ord på følelsene og plagene som følger sykdommen. Vi er klar over at dette er en enkelt persons uttalelser, og ikke uten videre kan overføres på alle andre i samme situasjon, men følte at det hun skrev bekreftet mye av det litteraturen ellers hevder.

Når det gjelder caset om Liv vil vi presisere at hun er en pasient som vi har funnet på, og ikke en person vi har truffet i praksis. For at det medisinske skulle være realistisk har vi benyttet oss av kreftsykepleieboka til Reitan et. al. (*Kristensen 2004), ettersom behandlingen av ulike kreftformer ikke er et felt vi har mye erfaring på.

3.0. Teori:

3.1. Hva er spesielt med å ha kreft?

Det som er spesielt med å få en kreftdiagnose er at fremtiden er så usikker. De fleste assosierer kreft med alvorlig sykdom, ubehagelig behandling, smerter og død. Selv om mange blir friske vet vi alle at mange ikke gjør det, og faren for residiv er alltid til stede. Derfor kan dette føre til en eksistensiell krise, pasienten må ta diagnosen inn i sitt selvbilde, leve på en annen måte, *med* kreften (*Reitan 2004c, s. 48).

Det å leve med kreft medfører lidelse på flere plan hos pasienten, ikke bare fysisk. En av grunnene til dette er at de lever i en konstant uvitenhet om sykdommen vil komme tilbake, eller om de ikke finner noe kur som kan hjelpe. Dermed er det en usikkerhet de må forholde seg til, resten av livet. Det har vært hevdet at det har innvirkning på immunsystemet vårt i hvilken grad vi klarer å føle håp, på den måten at en følelse av håpløshet kan føre til dårligere sjanse til overlevelse (*Reitan 2004c, s. 40). Dette stiller krav til at helsepersonell klarer å formidle håp til pasienten.

Dersom pasienten får residiv kan hun oppleve posttraumatisk stressyndrom, og gå gjennom lidelsen fra første runde om igjen, noe som kan forsterke reaksjonene og opplevelsen ved å gå gjennom dette en gang til. Dette gjelder spesielt ved første tilbakefall, som kan være det vanskeligste å forholde seg til, ettersom sannsynligheten for helbredelse er lavere da, og hun må kanskje innstille seg på palliativ behandling fremfor kurativ (*Reitan 2004c, s. 21). Dette kan gjøre det vanskelig å holde håpet oppe.

3.2. Kriser:

Alle mennesker rammes av kriser i løpet av livet. En krise er en eksistensiell opplevelse, ikke en sykdom som skal helbredes, og når noen rammes av en krise kan vi alle hjelpe hverandre (*Reitan 2004c, s. 47).

Det finnes ulike typer kriser, som utviklingskriser og eksistensielle kriser, men vi konsentrerer oss om den traumatiske krisen, og det Reitan kaller den "doble krisen".

En traumatisk krise skyldes at man utsettes for en plutselig og uventet sterk påkjenning, som fører til kraftige psykiske reaksjoner, for eksempel det å miste en nær person, eller få en alvorlig diagnose. Opplevelsen kan gjerne være noe som i og for seg er en tenkelig situasjon, men som man aldri hadde regnet med å oppleve selv (*Reitan 2004c, s. 47).

Den ”doble krisen” kan pasienter som lider av alvorlige sykdommer, som livstruende kreft, oppleve. Vi forstår det slik at pasienten da fra før er i en livskrise på grunn av kreftsykdommen, og så opplever den traumatiske krisen, for eksempel fordi hun får beskjed om at helbredelse er umulig. I følge Reitan kan da påkjenningen bli så stor at både følelsesmessige og kognitive reaksjoner på sykdommen forsterkes (*Reitan 2004c, s. 47).

Som andre kriser, har den traumatiske krisen flere utviklingstrinn, vi vil ta for oss de to første. Sjokkfasen kan vare opptil flere dager, og pasienten kan oppleve en følelse av uvirkelighet, benekting, og kan uttrykke sterke følelser, men hun kan også reagere med apati. Videre kommer reaksjonsfasen. Da har pasienten tatt mer inn over seg hva som har hendt, og hun kan føle sterk angst og frykt, sinne, fortvilelse og gråt. Mange vil forsøke å finne mening i det som har hendt. Disse to fasene regnes som krisens akutte fase, og i denne fasen mobiliseres forsvarsmekanismene våre.

3.3. Forsvarsmekanismer:

Cullberg definerer forsvarsmekanismer slik:

(...) ubevisste psykiske reaksjonsmåter som har til oppgave å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare for jeget. (*Reitan 2004c, s. 50)

Dette er altså reaksjoner som kan hjelpe oss til å overleve når det vi opplever er så smertefullt at vi klarer ikke forholde oss til det. Når pasienten befinner seg i den akutte krisen skal man ikke bryte ned forsvarsmekanismene, da dette kan føre til at det blir ”for mye”, og hun kan komme til å oppleve totalt kaos og forsterkede følelsesmessige reaksjoner. Hun trenger tid på seg til å ta inn virkeligheten litt etter litt (*Reitan 2004c, s. 51).

Fortregning er vanligste og mest grunnleggende av forsvarsmekanismene. Dette innebærer å skyve følelsene bort fra seg slik at man ikke behøver å takle dem.

Fornektning er mye lik fortregningen, men denne gjør at pasienten nekter å erkjenne.

Regresjon er da man går tilbake til et tidligere utviklingstrinn. **Rasjonalisering** brukes for å lettere akseptere vår situasjon. Det brukes for å forklare egen adferd.

Intellektualisering er da man forholder seg intellektuelt til situasjonen i stedet for å involvere seg følelsesmessig. Ved **projeksjon** skyver pasienten fra seg tanker og følelser hun ikke ønsker over på andre mennesker. På denne måten behøver man ikke å tenke på seg selv, men på andre. **Forskyvning** er en form som også skyver følelsene over til ett annet menneske, ved å la det gå utover den andre. Dette kan være ved at pasienten får dårlige nyheter, og utøver sinne mot pårørende som ektefelle og barn (Håkonsen 2003, s. 307-308)

Vi har valgt å trekke inn to sykepleieteorier i oppgaven vår. Joyce Travelbees teori er relevant for oss fordi hun er opptatt av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og kommunikasjon. I tillegg er den lett å overføre til praksis, ettersom hun gir konkrete råd. Vi vil også bruke elementer fra Kari Martinsens teori, ettersom hun presenterer mer grunnleggende tanker om hva omsorg er, og det å være (med)menneske. Videre har hun mye å tilføre om det å se pasienten, og hva følelser gjør med sykepleien.

3.4. Joyce Travelbee:

I Travelbees teori om sykepleie har relasjonen mellom pasient og sykepleier en sentral plass, og viktigheten av å opprette et menneske-til-menneske-forhold, i motsetning til et sykepleier-pasient-forhold. Ved å møte pasienten med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, det vil si å ha de nødvendige fagkunnskapene og kunne bruke dem i praksis, og gjennom å bruke seg selv terapeutisk, vil man kunne oppnå et godt hjelpeforhold. Et av sykepleierens viktigste redskaper for å oppnå dette sier hun videre, er kommunikasjon. Gjennom på denne måten å kombinere fagkunnskapene med medmenneskelighet, og god kommunikasjon, kan man oppnå det som er målet for sykepleien.

Det å bruke seg selv terapeutisk er et viktig begrep i vår sammenheng. I dette legger Travelbee at sykepleieren skal bruke sin personlighet bevisst, på en måte som virker lindrende på pasienten. Dette innebærer at sykepleieren må ha empati og medfølelse i tillegg til fagkunnskaper, og ikke minst selvinnsikt i egne reaksjoner, og egen innvirkning på andre mennesker.

For å kunne bruke seg selv terapeutisk er det nødvendig at sykepleieren selv har et avklart forhold til sykdom, lidelse og død, til sårbarheten i det å være menneske. Dersom hun ikke har det vil hun kunne oppleve sårbarheten og de følelsene som kommer i møte med lidende mennesker så vanskelig at hun stenger av, og distanserer seg. På denne måten blir det i følge Travelbee umulig å oppnå den riktige kontakten, og relasjonen vil ikke bli lindrende.

Lidelse er noe alle mennesker vil oppleve, det er en del av det å være menneske. Men hvordan vi klarer å leve med dette avhenger av hvilken mening vi legger i lidelse og død. Travelbee presiserer at lidelse og sykdom ikke i seg selv har noen mening, men at opplevelsen av dem kan gi en mening i den enkelte (Travelbee 1999, s. 226). Det er den syke selv som må finne mening. Sykepleieren kan ikke gjøre dette for henne, men dersom sykepleieren selv ikke ser noen mening i disse opplevelsene er det vanskelig å hjelpe pasienten til å finne det. En av de viktigste oppgavene sykepleieren har for å oppnå dette er å få pasienten til å akseptere sin egen menneskelighet, og sårbarheten som ligger i det å være menneske (Travelbee 1999).

3.5. Kari Martinsen:

I Kari Martinsens teori om sykepleie er omsorg et viktig begrep. I følge henne er omsorg et relasjonelt begrep, basert på en grunnleggende tanke om at vi er gjensidig avhengige av hverandre, og at dette er en viktig del av det å være menneske. Martinsen legger vekt på at man ikke kan forstå seg selv som menneske uavhengig av andre, men som en del av et fellesskap.

Omsorg forutsetter at det er minst to personer, der en har omtenksomhet og bekymring for den andre. For å kunne yte omsorg er det nødvendig å forstå den andre, og hvilken

situasjon hun er i. Dette krever at vi må ha en felles verden av erfaringer, for eksempel normer, regler og behov (*Martinsen 1989, s. 69).

I sykepleie fremhever Martinsen at omsorg er et mål i seg selv, og hun tar avstand fra det å utøve sykepleie ut fra forhåndsbestemte resultatmål (*Kirkevold 1998, s. 177). Målet for sykepleien er å virkeliggjøre omsorgen gjennom handlinger, etter å ha vurdert hva som er til beste for pasienten.

I "Øyet og kallet" (2000) skiller Martinsen mellom det å være personlig, og det å være privat. Sykepleieren skal i sin gjerning være profesjonell, og dette har man gjerne tolket som at sykepleieren skal ha en tilstrekkelig følelsesmessig avstand til pasienten, man skal ikke bli overinvolvert, man skal holde seg objektiv og saklig. Det å være profesjonell hevder Martinsen ikke behøver å stå i motsetning til det å være involvert og vise følelser, men hun presiserer at det ikke er likegyldig på hvilken måte man viser følelsene.

Den personlige er en person som viser følelser, men som lar den andre komme frem og stå i fokus. Blir man privat handler det mer om det hun kaller føleri, der det egentlig er sykepleierens følelser som er i fokus, og sykepleieren drar pasienten inn i sin egen horisont. Det å være personlig, og vise følelser, er viktig for å kunne se pasienten på en deltagende måte, som hun sier; "med hjertets øye" (*Martinsen 2000).

Når vi skal se pasienten er det forskjell på det å sanse og det å registrere. Slik vi forstår det mener Martinsen med å sanse at vi skal kunne se hele pasienten, som et menneske, et individ med sin egen personlighet og følelser, og dette på en deltagende måte. Dersom vi registrerer ser vi på en annen måte, mer utenfra, uten at det berører oss. Vi ser for å klassifisere, dele inn mennesket i kategorier, og da mister vi helheten. Dette er det den franske filosofen Michel Foucault, i (*Martinsen 2000) kaller det "klassifiserende blikk". Han hevdet at det å gjøre den andre til et objekt man kan registrere og klassifisere, underkuer mennesket, og er en form for maktbruk. Dette gjør i følge Martinsen noe med forholdet mellom pasienten og sykepleieren, på den måten at sykepleieren kan se den andre uten selv å bli sett, mens pasienten blir blottstilt som et objekt på en ydmykende og smertefull måte. Dette kan ikke fremme pasientens livsmot,

og gir heller ikke sykepleieren tilfredsstillelsen i det å kunne være til hjelp for den andre. Hun presiserer at vi ikke må miste evnen til å se den andre med et sansende, tilstedeværende og deltagende øye, og da kan vi ikke stenge alle følelser ute i møtet med pasienten (*Martinsen 2000).

3.6. Bent Falk

Bent Falk er utdannet teolog ved Aarhus Universitet i Danmark. Han har arbeidet som sykehusprest, og er også utdannet psykoterapeut. I sin bok "Å være der *du* er – samtale med kriserammede" skriver han mye om å møte pasientene i krise.

Falk er opptatt av at i samtale med kreftpasienter, og pasienter generelt, er man avhengig av å skape kontakt. For å få til det må man være oppmerksom og autentisk, det vil si et ekte nærvær, at man er der man er når man er der. Man skal gå inn til pasienten med åpne hender og ta det som måtte komme. En ekte samtale skjer i kontaktøyeblikket.

Videre er han opptatt av følelser, både hos pasienten og hos sykepleieren som er i samhandling med pasienten. Han kommer med en rekke retningslinjer for samtalen med kriserammede pasienter, som går på at det ikke trenger å være så komplisert som man tror. Det han skriver om dette kommer vi inn på senere.

4.0. Drøfting:

4.1. Hvorfor er det så viktig å være god på kommunikasjon i forhold til denne pasientgruppen?

Fordi vi skal hjelpe pasienten ikke bare med sykdommen men også med erfaringene rundt den, er det viktig å kunne prate med dem om dette (*Wilkinson, S. M. et al. 2002). Pasientene setter kommunikasjon høyt (*Moore et al. 2009). Sykepleierne har ofte en verbal adferd som hemmer kommunikasjonen og hindrer at pasientene uttrykker følelser (*Reitan 2004a, s. 81).

Mette Grøholdt, som har vært gjennom tre runder med kreftbehandling, sier det slik:

(...) hverdagskampen blir lettere å håndtere når vi føler oss forstått og respektert. Gjennom å sette ord på plagene kan de deles og vi kan bedre vise medfølelse overfor hverandre. (*Grøholdt 2010)

Det er altså nødvendig å bli flinkere til å kommunisere godt med pasientene, både for sykepleiernes skyld, som sagt i innledningen, og for pasientenes.

I drøftingen vår vier vi en del plass til tillit mellom pasient og sykepleier, og sykepleierens følelser, ting/aspekter som spiller inn på relasjonen mellom dem, og dermed har mye å si for hvordan kommunikasjonen blir.

4.2. Hvem bør gå inn til Liv i dag?

Når det gjelder hvem som burde gå inn til Liv, er det ikke noe fasitsvar på dette. En erfaren sykepleier som kan mye om situasjonen Liv er i, vil kunne hjelpe henne å besvare de spørsmål hun måtte ha, men dersom Liv ikke kjenner denne sykepleieren, vil hun kanskje ikke ha den tilliten man trenger for et godt samarbeid.

Vi tror det er like viktig at Liv kjenner sykepleieren som er inne hos henne. Og en nyutdannet sykepleier som har satt seg inn i Livs situasjon, kjenner Liv, og det er en gjensidig tillit mellom dem, kan være mer hensiktsmessig å sende inn for å samtale med Liv. Ved å ha kunnskaper om kommunikasjon vil hun kunne bruke sin terapeutiske funksjon for å hjelpe Liv.

4.3. Tillit

I følge Travelbee (1999, s. 210) er det få mennesker som er naive nok til at de uten videre stoler på sykepleieren. Sykepleieren må vise pasienten at hun er pålitelig, og dette kan hun vise gjennom de handlinger hun gjør, som for eksempel ved å holde avtaler med pasienten, vise at hun er villig til å hjelpe henne når hun trenger det. Løgstrup ser tilliten som en spontan livsytring (*Henriksen & Aarflot 2002, s. 160), og hevder at vi må oppleve noe negativt for å miste tilliten. Her kan det se ut til at de er uenige i om mennesker har en grunnleggende tillit. Men det er i følge Giddens (*Helseth & Nortvedt 2002, s. 241) viktig å se tillit både fra et systemnivå og et individnivå. Liv kan ha tillit til sykepleieren fordi hun er en del av helsevesenet, som er

der for å hjelpe. Men Liv kjenner ikke sykepleieren personlig, og har første gang de treffes ingen grunn til å føle umiddelbar tillit til akkurat henne.

Det å vise tillit er å vise seg sårbar (*Henriksen & Aarflot 2002, s. 160), den som viser en annen tillit, og viser seg svak ved å si at hun trenger hjelp, kan også bli avvist. Derfor kan tilliten brytes i stykker. Dette betyr ikke at vi ikke kan si nei til pasienten dersom vi ikke kan innfri ønsket om hjelp, men det krever fintfølelse, og i noen tilfeller forklaring (*Henriksen & Aarflot 2002, s. 161)

Martinsen fremhever at selv om mennesker er like i den forstand at vi deler en felles verden, er det allikevel en forskjell på pasienten og sykepleieren. Pasienten har behov for hjelp. Sykepleieren har den kunnskapen, fagligheten som pasienten trenger, og også makten i den situasjonen de møtes i (*Martinsen 2000, s. 25). Hun kan holde hjelpen tilbake om hun vil. Denne asymmetrien hevder Reitan finnes i alle forhold mellom sykepleiere og pasienter (*Reitan 2004a, s. 67). Sykepleieren kan overse pasienten, men pasienten har ingen mulighet til å gjøre det samme, hun har behov for sykepleierens kunnskaper og hjelp. Også de forskjellige erfaringene sykepleieren og pasienten har er med på å skape en asymmetri (*Henriksen & Aarflot 2002, s. 159). Liv har følt sykdommen og frykten på kroppen, det har ikke sykepleieren. Dette medfører en utfordring for sykepleieren i å legge til rette for at relasjonen mellom dem blir et menneske-til-menneske-forhold, og ikke en pasient-sykepleier-relasjon.

Undersøkelser tyder på at et tillitsforhold mellom pasienter og sykepleiere kan slå begge veier, på den måten at pasienten kan få tillit til helsepersonell, men også miste den. Liv har forventninger til helsevesenet basert på tidligere erfaringer. Disse erfaringene behøver ikke nødvendigvis være positive, og vi må derfor være forberedt på å møte både tillit og mistillit hos henne når vi går inn. Dersom sykepleieren som går inn til Liv klarer å bruke seg selv på en positiv måte, det Travelbee kaller å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 1999), vil det kunne vokse frem et tillitsforhold mellom henne og Liv. Det betyr at sykepleieren må ta seg tid, lytte, stille seg selv til rådighet, snakke *med* henne, se situasjonen fra Livs perspektiv. Dette handler altså mye om kommunikasjonsferdigheter, noe vi kommer tilbake til i senere kapitler.

Konklusjon etter første kapittel er at erfaring eller kunnskap ikke er det viktigste, men at den som kommer inn er et menneske Liv kan føle tillit til. Det kan vi kommunisere til henne ved å vise oss tilliten verdig, ved å stille opp, se henne som et menneske, og være klar over og dempe asymmetrien i forholdet.

I neste kapittel vil vi se på hvordan vi kommuniserer med mennesker i krise.

4.4. Hvordan snakke med et menneske i krise?

Vi vil gå ut i fra at Liv denne dagen er i en akutt krise. Hun har blitt syk av kreft for andre gang, og har fått vite at hun ikke kommer til å bli frisk denne gangen. Det å få en kreftdiagnose er en situasjon som er svært stressende, uavhengig av hvilken prognose kreftformen har, og man kan forvente at pasienten føler uro og angst, og mangel på kontroll (*Reitan 2004c, s. 20). Liv har også nå fått residiv, og i følge Reitan er det ikke uvanlig at dette oppleves som en større trussel enn da man fikk kreftdiagnosen første gang, ettersom dette kan bety at prognosen er dårligere, og det eneste alternativet til behandling kanskje er palliativ behandling (*Reitan 2004c, s. 21). Dersom Liv er i det Reitan kaller den ”doble krisen” kan vi regne med at vi vil møte en pasient som er sterkt følelsesmessig preget, og har behov for hjelp til å komme videre.

Det er i den akutte fasen av en krise, pasienten mobiliserer forsvarsmekanismer. Vi vet ikke hvilke typer forsvarsmekanismer Liv mobiliserer, ettersom vi ikke kjenner henne godt nok til det. Men vi er klar over viktigheten av å la henne få tid til å ta dette inn over seg i sitt eget tempo uten at vi bryter ned forsvarsmekanismene hennes ved å realitetsorientere henne eller trøste det bort.

Alle mennesker reagerer forskjellig på en situasjon som dette. Noen reagerer med sterke følelsesutbrudd, mens andre trekker seg mer inn i seg selv. Noen vil gjerne prate om det, mens andre er mer tilbakeholdne, eller har problemer med å sette ord på alle følelsene. Det viktige er at sykepleieren viser respekt for hvert enkelt menneskes individuelle måte å reagere på.

Sykepleieren som skal møte Liv nå må ta utgangspunkt i et støtte- og omsorgsperspektiv (*Reitan 2004c, s. 54). Det er for tidlig å tenke på at Liv skal

begynne å legge planer for tiden hun har igjen, dersom hun ikke enda har klart å ta inn over seg at hun ikke kommer til å bli frisk. Det sykepleieren kan gjøre er å være til stede, og la henne få uttrykke seg. I følge Martinsen er omsorg målet for sykepleien, og dette kan realiseres gjennom en god relasjon mellom Liv og sykepleieren. Sykepleierens utfordring blir å sørge for at en slik relasjon kan utvikle seg, og at Liv føler tillit til henne. Dette kan hun oppnå gjennom å bruke seg selv terapeutisk, det vi si for eksempel bevisst å opptre rolig og trygt når hun er inne hos Liv.

Vi kommuniserer mye til Liv bare ved å være tilstede på en god måte, og holde ut med følelsene hennes. Dette kommer vi tilbake til i kapittelet om nonverbal kommunikasjon.

Falk fremhever at det å hjelpe mennesker i krise verken er behandling eller problemløsning, det handler om hjelp til vekst (*Falk & Smith 1999, s. 13). Selv om Liv har en livstruende sykdom betyr ikke det at hun ikke har et liv, hun skal fortsatt leve, og det er viktig at hun får det beste ut av den tiden hun har igjen. Det er hun selv som må komme gjennom krisen, og finne en mening i det hun opplever (Travelbee 1999), for eksempel i gleden i fortsatt å se barna sine hver dag hun har igjen. Videre sier Falk at det vi kan gjøre for å hjelpe er å være til stede som et menneske, som "den du er", se og høre den andre, og med respekt dele det som skjer med oss selv i møtet med den kriserammede (*Falk & Smith 1999, s. 13).

Å snakke med kreftpasienter som Liv er noe helsepersonell ofte føler er vanskelig, og som fører til stress (*Wilkinson, S. et al. 2008). I følge Falk er ikke dette fordi det egentlig er vanskelig, i betydningen komplisert, men fordi det fremkaller følelser i en selv som er vanskelige å takle, at det er en smerte man ikke vil ta inn over seg (*Falk & Smith 1999, s. 17). Dette er noe vi må forholde oss til selv, og han foreslår at man helt enkelt kan fortelle pasienten hva det gjør med oss. Det om å vise følelser kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Det er viktig å ikke forveksle krisehjelp med rådgivning. Det å skulle finne råd for en annen person er komplisert, og blir fort veldig vanskelig. Vi kjenner ikke hele Livs historie, kjenner henne ikke personlig, vet ikke hva som er viktig for henne i hennes liv. Ikke har vi mer makt over liv og død enn hun har, og i følge Falk vil man alltid møte en

motstand mot å følge de rådene som gis, selv om personen har bedt om dem (*Falk & Smith 1999, s. 18). Det han hevder vi kan gjøre er å spørre henne hva hun føler, hva hun ønsker og håper, hva hun gjør med det, og fortelle henne hva vi selv føler.

I dette kapittelet har vi sett på at det er viktig i møte med Liv å la henne få leve ut følelsene, ikke prøve å trøste dem bort, stå i det sammen med henne, og etter hvert hjelpe henne til å finne sin egen måte å komme videre på.

I neste kapittel vil vi utdype dette med sykepleierens egne følelser, og hvordan vi skal håndtere de utfordringene disse gir oss.

4.5. Hva gjør vi med følelsene våre?

Ingen kan jobbe med mennesker som lider og dør uten å bli berørt av det. Det gjør noe med oss, fordi vi gjennom å se pasientenes sårbarhet stilles overfor vår egen sårbarhet. Det å fornekte eller kontrollere følelsene er umulig, men det er nødvendig å finne det rette uttrykket for følelsene. Travelbee (1999, s. 73) kaller dette ”den personlige sårbarhetens krise”, og hevder at en forsvarsmekanisme mot angsten ved å stilles overfor det at en selv kan komme til å bli syk og dø, kan være at vi trekker oss tilbake, distanserer oss fra pasienten, og kamuflerer oss bak en overflatisk, munter tone. En slik reaksjon vil føre til at det blir umulig for sykepleieren å skape en god relasjon til Liv, og dersom vi ikke klarer å opprette en god relasjon vil vi ikke kunne nå frem til henne. Det blir i det hele tatt vanskelig å få tillit til en sykepleier som ikke vil involvere seg. Som Travelbee sier, hva kan en distansert sykepleier gjøre for et lidende menneske? Hun kan utføre alle praktiske oppgaver, men formidler ikke trygghet, håp og omsorg, men heller likegyldighet og kynisme (Travelbee 1999, s. 73).

Travelbee fremhever hvor viktig det er at man får snakke med erfarne mennesker om tanker og følelser som oppstår i møte med de syke og døende, for på den måten å få en bedre innsikt i hva det er å være menneske, og hva dette innebærer av sårbarhet.

Dersom man klarer å akseptere sin egen menneskelighet vil man da kunne nå bedre frem til andre, og overskride sitt eget jeg, det vil si å kunne sette den andre i fokus og se henne som et lidende menneske, men uten å overveldes av egne følelser (Travelbee

1999). Dette er et eksempel på hvor viktig samarbeidet mellom de nyutdannede og de mer erfarne sykepleierne er. Falk presiserer at det ikke er vanskelig å snakke om følelser fordi det er komplisert, men fordi sykepleieren ikke liker det, altså føler ubehag eller angst i forbindelse med det. Det er da denne uviljen hun må bearbeide (*Falk & Smith 1999, s. 19).

Liv representerer et menneske med en livstruende sykdom, en som altfor ung skal dø fra sin mann og to små barn. Når vi møter henne og setter oss inn i hennes livssituasjon vil dette uten tvil berøre og fremkalle følelser i oss. Hvordan skal vi håndtere disse følelsene slik at det ikke kommer i veien for den gode relasjonen? På den ene siden skal vi ikke stenge av følelsene våre, men vi skal heller ikke føle for mye, eller gå over i det Martinsen kaller ”føleri”, der sykepleierens følelser settes i gang av det hun opplever hos Liv, og hun drukner i angst for sin egen sårbarhet (*Martinsen 2000). Travelbee fremhever at medfølelse og empati er nødvendig for å kunne bruke seg selv terapeutisk, men følelsene skal ledes av intellektet, uten å undertrykkes av det (Travelbee 1999, s. 45). Det er for eksempel ikke nødvendigvis feil å gråte noen tårer sammen med Liv, dersom det er henne som står i fokus, og vi ikke trekker henne med inn i vår egen verden.

Men hvor går egentlig grensen mellom å være profesjonell og uprofesjonell i forhold til det med følelser? Hvor mye følelser egentlig ”lov”? Dette er det vanskelig å finne noe svar på, men Martinsen trekker skillet mellom å være personlig og å være privat. Når sykepleieren snakker med Liv bør hun være personlig på den måten at hun gjerne kan vise følelser, men Liv skal være i fokus. Åpner hun for følelser vil hun i følge Martinsen kunne se Liv som et helt menneske, og få en bedre forståelse for hennes verden (*Martinsen 2000, s. 11). Idet sykepleieren begynner å trekke inn egne erfaringer vil det virke forstyrrende (*Falk & Smith 1999, s. 19).

Det å opprettholde en profesjonell distanse for å beskytte både sykepleieren og pasienten bør ikke handle om å skape en avstand, men derimot om å trekke opp grenser (*Falk & Smith 1999, s. 27). Sykepleieren som er inne hos Liv kan for eksempel si at

hun ikke kan hjelpe henne med det som gjør henne redd, men hun kan sitte hos henne og høre om det dersom hun vil snakke om det. På denne måten opprettholder hun kontakten, men trekker opp en grense for hvordan hun kan stille opp.

Det er en fare for å bli overinvolvert i Livs verden. Dersom sykepleieren blir dette vil det kunne føre til at hun ikke klarer å bedømme rasjonelt eller prioritere tiden sin rettferdig, ettersom hun også har ansvar for andre pasienter på avdelingen (*Dahl 2002, s. 146). Det er derfor viktig at hun får støtte fra personalet i det å balansere mellom nærhet og avstand, enten med samtaler i løpet av dagen, eller i gruppesamtaler der dette er tema.

I dette kapittelet har vi sett på det at vi er mennesker, og mennesker har følelser. Dersom vi forsøker å stenge dem av vil dette få konsekvenser for relasjonen til pasienten, og dermed for den omsorgen vi klarer å yte overfor henne. Samtidig er det viktig å ikke la følelsene ”styre av gårde” med oss, men bruke dem på riktig måte. Pasienten vil også merke det dersom vi ikke er åpen for følelser, og selv gi opp å nå frem til sykepleieren, ettersom dette kan sees som et tillitsbrudd. Det å ikke slippe til følelsene er en form for kommunikasjon til pasienten om at vi ikke vil høre.

I neste kapittel vil vi se på hvordan vi kommuniserer uten ord. Kan vi uten å snakke hjelpe Liv i hennes livssituasjon?

4.6. Nonverbal kommunikasjon:

Vi sier mer enn det ordene våre formidler. Mye av det vi kommuniserer er nonverbalt, det ligger for eksempel i ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning og tonefallet i stemmen. I følge Eide (2007b) skal man ikke undervurdere viktigheten av den nonverbale kommunikasjonen i møte med pasientene, fordi den sier mye om hvorvidt vi er innstilt på å hjelpe og lytte. Dersom Liv oppfatter gjennom sykepleierens nonverbale kommunikasjon at hun er innstilt på å hjelpe henne og høre på henne, vil dette altså føre til at hun føler seg ivaretatt, uten at vi har sagt noe om det med ord. Motsatt vil hun også

oppfatte uvilje dersom det er dette sykepleieren utstråler, og det vil da bli vanskeligere for sykepleieren å oppnå Livs tillit.

Eide (2007b, s. 202) skiller mellom syv ulike kanaler for nonverbal kommunikasjon: Ansiktet, øynene, kroppen, stemmen, berøring, stillhet og ikke- ord som ”mm”, og tempo. Vi vil nå se nærmere på hver enkelt av disse, og bruke Liv og sykepleieren som eksempel, for å finne ut hvordan sykepleieren kan hjelpe Liv gjennom nonverbal kommunikasjon.

Ansiktet: Gjennom Livs ansiktsuttrykk får sykepleieren mye informasjon, kanskje mer enn det som blir sagt. Sykepleierens ansikt sier også mye til Liv om hva hun tenker, kanskje i noen tilfeller mer enn sykepleieren ønsker å formidle. Ansiktsuttrykkene kan også feiltolkes, avhengig av Livs forventninger til hvordan sykepleieren kommer til å reagere. Dersom Liv regner med å bli møtt med forakt kan hun komme til å tolke sykepleierens hevede øyenbryn som dette, og ikke som det tegnet på interesse som det var ment å uttrykke. For å unngå misforståelser kan sykepleieren tydeliggjøre budskapet sitt verbalt, ved å si at hun gjerne vil høre mer.

Følelsene våre og den nonverbale kommunikasjonen påvirker hverandre gjensidig. Ansiktsuttrykket vårt påvirker altså følelsene våre, ikke bare den andre veien. Dette kan sykepleieren i følge Eide bruke bevisst i møte med Liv; dersom hun ”åpner” ansiktet vil hun også bli mer innstilt på å ta henne imot (Eide & Eide 2007b, s. 202).

Øyekontakt: Blikket er i følge Eide (2007b, s. 206) en av de viktigste kanalene for nonverbal kommunikasjon. Hvordan sykepleieren ser på Liv sier noe om relasjonen mellom dem. Dersom hun ikke på noe tidspunkt fester blikket på Liv mens de snakker sammen kan dette føre til at Liv føler seg oversett, og at sykepleieren er uengasjert. På den annen side bør ikke sykepleieren stirre uavbrutt på Liv heller, ettersom hun da kan føle seg gransket og vurdert. Sykepleieren må finne en balanse som føles naturlig. Asymmetrien i forholdet mellom Liv og sykepleieren, som beskrevet over, kan forsterkes ved at sykepleieren står ved sengen hennes og ser ned på henne, i et ovenfra og ned-perspektiv. Dersom sykepleieren finner en stol å sitte på ved sengekanten vil ujevnheten opphøre, og de er på samme nivå. Maguire fremhever at det er viktig å

etablere øyekontakt i begynnelsen av samtalen, og at man skal opprettholde det ved rimelige intervaller (*Maguire & Pitceathly 2002). Vi tolker dette som at heller ikke han mener at sykepleieren skal ha uavbrutt øyekontakt med Liv.

Kroppsspråk: Dette innebærer sykepleierens kroppsholdning og gester, og den fysiske nærheten til pasienten. Sykepleierens kroppsstilling bør være henvendt mot Liv, og hun bør bruke håndbevegelser som oppmuntrer Liv til fortsatt å prate (Eide & Eide 2007b, s. 208). Det er også viktig at hun har en avslappet holdning, setter seg ned, og puster rolig. Da vil hun kunne signalisere til Liv at hun er interessert, og Liv kan føle tillit og trygghet i relasjonen, ettersom ro og oppmerksomhet kan overføres mellom Liv og sykepleieren. Gjennom å virke rolig og trygg kan altså sykepleieren overføre disse følelsene til Liv.

Stemmen: Det samme gjelder med stemmen og tonefallet som vi nevnte i forrige avsnitt; det gjelder å være avspent og å finne en tone som formidler ro og oppmerksomhet (Eide & Eide 2007b, s. 209). En skarp og stresset stemme vil kunne stresse opp Liv også.

Berøring: Mennesker reagerer svært ulikt på berøring, og det er viktig å være var for de reaksjonene man ser hos pasienten (Eide & Eide 2007b, s. 210). Sykepleieren kan ikke vite om Liv er den typen som setter pris på berøring, eller om hun føler det som et overtramp, og ubehagelig. Det som er spesielt med berøring som nonverbal kanal er at det kan bli en veldig ladet form for kontakt, som bringer Liv og sykepleieren nær hverandre på kort tid. Berøringen kan formidle en omsorg og varme til Liv, medfølelse og trøst, men brukt på feil måte kan en liten berøring også brukes som en markering av asymmetrien i forholdet mellom dem, og forsterke en ovenfra og ned- holdning. Derfor er det svært viktig at sykepleieren føler seg fram, og er var for Livs signaler.

Stillhet er noe som oppleves spenningsfullt. Mange føler at de må fylle den med ord, og synes stillhet er vanskelig, men brukt på riktig måte kan stillhet og pauser formidle noe til den andre. Ved ikke å prate med det samme Liv tier kan Liv få tid til ettertanke og refleksjon over det de snakker om. Hun kan kjenne på det hun føler. Det kan oppleves som en oppmuntring til å fortsette å prate. Dette gir Liv en sjanse til selv å styre

samtalen, og ikke bare være en passiv deltager. I følge Eide (2007b, s. 213) kan det være en grei tommefingerregel at det ikke er sykepleieren som skal bryte pausen, selv om den blir lang. Den uroen sykepleieren føler er da hennes egen, og ikke Livs uro. Dersom hun klarer å vente, kan det hende Liv forteller noe mer, for eksempel en bekymring eller vond tanke som hun ellers ikke ville klart å fortelle om. Også Maguire (*Maguire & Pitceathly 2002) fremhever at pasienten må få tid på seg, at man må unngå å avbryte for tidlig.

Ikke-ord: Dette er ord som med mer, eller hm-lyder (Eide & Eide 2007b, s. 214). Disse bruker vi gjerne bekreftende, og sykepleieren kan bruke dem aktivt for å oppmuntre Liv til å fortsette, eller for å vise at hun lytter. Hun kan ytterligere forsterke dette ved å nikke eller riste på hodet. Både stillheten, pausene og ikke-ordene viser Liv at det finnes rom for at hun skal få formidle det hun vil, og at hun kan få den tiden hun trenger. Allikevel er det viktig å være oppmerksom på at stillhet og pauser kan virke utfordrende og provoserende på noen, og at man derfor kan bryte en lang stillhet med noe bekreftende, som for eksempel et ikke-ord, et smil, eller et ja.

Vi har nå sett at det er mye vi sier uten ord. Sykepleieren har muligheten til å bruke dette bevisst til å formidle ro, trygghet og invitere til tillit når hun går inn til Liv. Gjennom den nonverbale kommunikasjonen kan hun legge grunnlag for en god relasjon, og vise at hun ønsker å hjelpe. Videre er det slik at det vi sier forstås bedre når det er understøttet av det nonverbale.

I neste kapittel vil vi se på hva vi kan si, den verbale kommunikasjonen.

4.7. Verbal kommunikasjon:

Det er mye litteratur å finne om hvordan man kan samtale med pasientene, og om ulike kommunikasjonsteknikker. I følge Travelbee er kommunikasjonsteknikker et middel som kan brukes for å oppfylle målet med sykepleien (Travelbee 1999, s. 153). Dette er altså teknikker som sykepleieren kan bruke for å hjelpe Liv gjennom hennes krise. Kommunikasjonsteknikkene omfatter i følge Travelbee både det verbale og det

nonverbale, og vi vil nå se nærmere på de verbale teknikkene sykepleieren kan benytte seg av.

4.8. Fremmede kommunikasjon:

Med dette mener vi det vi kan si som hjelper samtalen videre.

Åpne spørsmål: Bruk av åpne spørsmål kan stimulere Liv til å snakke fritt, og til å utforske mer de tankene og følelsene hun sitter med (Eide & Eide 2007c, s. 276), og ikke bare komme med konkret informasjon. Det åpner for refleksjon hos Liv.

Dersom man er ute etter konkret informasjon kan lukkede spørsmål være hensiktsmessig, men dersom sykepleieren ønsker at Liv skal reflektere og prate fritt vil lukkede spørsmål virke hemmende. Samme virkning har det med ledende spørsmål, eller for mange spørsmål (*Reitan 2004a, s. 73).

Gjenta nøkkelord og uttrykk: Dette har litt den samme funksjonen som de åpne spørsmålene. Gjennom å gjenta et sentralt ord i det Liv sier, kan sykepleieren vise at hun følger med, og at hun gjerne vil høre mer. Hun kan fange opp noe som Liv nevner, men unngår å komme inn på, for eksempel fordi det er noe Liv synes er vanskelig å snakke om. Nettopp dette kan være noe det er viktig å fange opp og prate mer om. (Eide & Eide 2007a, s. 225)

Oppsummering: I følge Maguire er det viktig å innimellom oppsummere det pasienten har fortalt, og gi mulighet for korrigering (*Maguire & Pitceathly 2002). På denne måten kan sykepleieren vise Liv at hun har hørt det som har blitt sagt, og Liv kan få muligheten til å oppklare eventuelle misforståelser. Det å **reformulere** det pasienten sier kan også hjelpe sykepleieren til å styre samtalen i en bestemt retning, eller få Liv til å dvele ved et tema sykepleieren mener trenger utdyping (Eide & Eide 2007a, s. 226).

Speiling eller parafrasering: Med dette mener Travelbee at sykepleieren gjentar et av Livs utsagn, men i spørsmålsform (Travelbee 1999, s. 155). Liv sier ”jeg er så fryktelig sint!” Sykepleieren spør; ”du er sint?” Dette kan hjelpe Liv til å komme videre, og utdype mer om det hun tenkte på, men ikke sa noe mer om. Dette er noe som skal

brukes med varsomhet, ellers kan det oppfattes som ”papegøytale”, og føre til irritasjon, og kan da virke mot sin hensikt, ved å blokkere for videre samtale.

Speile følelser: Dette innebærer å gjengi for den andre de følelsene vi registrerer, for at det skal synliggjøres for den andre (Eide & Eide 2007a, s. 230). Det er egentlig noe av det samme som å reformulere, men det er følelsene vi speiler, og ikke meningsinnholdet i det som blir sagt. Dette kan ha flere funksjoner. Sykepleieren kan vise Liv at hun gjenkjenner følelsene hennes, og hun gir Liv en mulighet til å korrigere. Hun kan gjøre Liv oppmerksom på eller bevisst på følelsene sine. Dette kan uttrykke aksept av Livs følelser, og stimulere Liv til å våge å snakke om dem, og slik kanskje bidra til bearbeidelse (Eide & Eide 2007a, s. 231). Det er viktig å presisere at Livs følelser ikke skal vurderes som riktige eller feil, men sykepleieren konstaterer at de er der. Maguire presiserer at vi gjennom å fortelle pasienten hvordan vi tror hun føler, viser henne at vi prøver å forstå, selv om vi kanskje har misforstått (*Maguire & Pitceathly 2002, s. 698). Dette kan også være et eksempel på **gjetning basert på fakta** (*Faulkner & Maguire 1998, s. 71); selv om Liv ikke sier med ord hvordan hun føler, kan sykepleieren ane det, og da spørre henne om hun har rett sine antagelser. Travelbee skriver at vi ved å fortelle pasienten hva vi legger merke til gir pasienten muligheten til å fortelle hva som ligger bak (Travelbee 1999, s. 156).

Bruk av emosjonelt ladede ord: I følge Razavi (*Razavi et al. 2002) kan det at det er lite emosjonelt innhold i samtaler mellom sykepleiere og pasienter skyldes at sykepleierne er ukomfortable med å snakke om følelser. De har en hypotese om at det å bruke emosjonelt ladede ord, som for eksempel redd, trist, fortvilet eller sint, gjør det lettere for pasienten å snakke om disse følelsene, og motsatt; at dersom sykepleieren ikke vil bruke disse ordene i samtalen, kommer heller ikke pasienten til å snakke om følelsene. Dette betyr at dersom sykepleieren bruker flere av disse ordene, vil det gjøre det mer legitimt for Liv å snakke om hva hun føler, og de kan dermed få mer ut av samtalen.

Bruk av egne erfaringer: Det å bruke sine egne erfaringer i samtale med pasienten er et kontroversielt tema (Eide & Eide 2007a, s. 241). Dette handler om det å skille mellom å være personlig og privat, som vi har snakket om tidligere i oppgaven, se

kapittel 3.5. Brukt på riktig måte kan det å dele av sine erfaringer føre til at avstanden mellom Liv og sykepleieren reduseres, og relasjonen bedres. Sykepleieren kan på denne måten vise Liv at hun kjenner igjen noe i det Liv forteller om, og det kan stimulere Liv til å være mer personlig, ettersom forholdet mellom dem blir mer jevnbyrdig. En annen positiv effekt kan være at det blir lettere for Liv å akseptere sine egne følelser, og sette ord på dem. Det kan føre til en aha-opplevelse hos Liv, en tanke om at det er greit å ha disse følelsene. I følge Travelbee kan sykepleieren dele av egne erfaringer dersom det er noe pasienten kan ha utbytte av å høre om, med det mål at pasienten skal få hjelp til å akseptere sin menneskelighet (Travelbee 1999, s. 234).

Det man må være klar over er at det er store faremomenter ved å dele av egne erfaringer (Eide & Eide 2007a, s. 241). Travelbee mener det samme, og advarer mot at pasienten kan oppleve at sykepleieren er mer interessert i seg selv enn i henne. Det kan virke helt mot sin hensikt ved å få pasienten til å lukke seg helt, dersom det ikke er gjenkjennbart for henne. Dersom man prater for mye om seg selv kan det dessuten virke som om sykepleieren ikke egentlig er interessert i å høre på pasienten. I følge Eide kan man da undre seg om det er sine egne eller pasientens behov en ivaretar.

4.9. Hemmende kommunikasjon:

Med hemmende kommunikasjon mener når vi bruker feil ord eller teknikker, og dette fører til at pasienten lukker seg, og ikke er åpen for videre samtale. Vi vil nå kort gå gjennom noen av de vanlige fellene vi kan gå i.

Ved å bare ha fokus på de fysiske aspektene ved sykdommen viser ikke sykepleieren at hun er interessert i hvordan Liv har det. (*Maguire & Pitceathly 2002, s. 698)

Det å gi pasienten for tidlig råd og forsikringer før pasienten har fått tid til å uttrykke alt, kan føre til at hun føler seg avvist, og ikke ønsker å ta opp igjen tema senere heller (*Maguire & Pitceathly 2002). Hun kan dessuten få et falskt håp, dersom sykepleieren gir henne forsikringer som at ”dette går nok bra”. Igjen kan hun føle at hun ikke blir tatt på alvor, og tolke det som en beskjed om at dette ikke er mer å snakke om.

Det å overse noe viktig som kommer fram i samtalen kan hindre at pasienten får utdypet noe hun føler behov for å snakke om (*Reitan 2004a, s. 73). Dersom Liv forsiktig nevner noe, og sykepleieren ikke responderer på det, signaliserer hun at hun ikke er interessert. Dette blokkerer for videre betroelser. Det kan også være at sykepleieren ser en annen vei og overser at Liv gråter.

Personlig småprat er også noe som hemmer god kommunikasjon ettersom fokuset flytter over på andre, uviktige tema, eller på sykepleieren selv. På denne måten får ikke Liv komme til med det hun virkelig har på hjertet. Å sleive av gårde i samtalen, eller det Maguire kaller ”jollyng patients along” (*Maguire & Pitceathly 2002), inviterer ikke til videre betroelser fra Liv. Martinsen fremhever at faren ved å snakke om private ting kan føre til at sykepleieren trekker pasienten inn i sin egen horisont (*Martinsen 2000).

Ved for eksempel å si til Liv at det hun føler er helt normalt, blir følelsene hennes generalisert. Da tar vi bort særpreget ved hennes opplevelse. (*Maguire & Pitceathly 2002, s. 698)

Det å si seg enig eller uenig i det Liv forteller kan begge hindre videre samtale (*Reitan 2004a, s. 73). Dette kan for eksempel handle om at Liv hevder sykehuset har gjort en feil. Dersom sykepleieren sier seg enig vil dette kunne forsterke denne negative følelsen hos Liv. Sier sykepleieren seg uenig, vil Liv kunne reagere med sinne, og føle at hun ikke blir hørt. Hun kan føle at sykepleieren går i forsvar, og dette er ødeleggende for relasjonen mellom dem.

4.10. Hvordan kan vi bli flinke til å kommunisere?

Det finnes studier som tyder på at vi ikke blir flinke til å kommunisere godt bare ved erfaring alene, men at det er nødvendig å lære det teoretisk og gjennom praktisk trening i trygge omgivelser (*Moore et al. 2009). Også Travelbee (1999, s. 149) presiserer at kommunikasjon er noe som systematisk må studeres, og at evnene stadig må utvikles gjennom praksis.

5.0. Konklusjon:

Vi har nå sett at det er en rekke kommunikasjonsteknikker man kan benytte seg av i samtale med pasienten, men at dette alene ikke er nok. Som Travelbee konstaterer; Vi må ikke henge oss opp i teknikker alene, men må huske at vi ikke kan kommunisere godt uten å få til en god relasjon med pasienten. Dersom vi ikke jobber med tillit får vi ikke noe godt grunnlag for kommunikasjon. Men kommunikasjonen er også et redskap for å skape en god relasjon. Dette går altså hånd i hånd, og vi kan ikke sette det ene foran det andre.

Hva kan vi oppnå gjennom kommunikasjon? En del av den palliative behandlingen er å lindre. Vi mener vi har vist at sykepleieren gjennom god kommunikasjon kan hjelpe pasienten ved å lindre hennes mentale smerte, i det minste der og da. Vi kan ikke helbrede pasienten, men dersom hun føler at sykepleieren gjennom kommunikasjon viser omsorg, er dette i følge Martinsen et mål i seg selv.

De konklusjonene vi har kommet fram til mener vi er relevante både for kreftpasienter og for andre pasientgrupper. Kommunikasjon er viktig uansett hvilke pasienter vi omgås, ikke bare dem som har livstruende sykdom. Mennesker kan komme i kriser av mange ulike årsaker, og mye av det vi har kommet fram til er nyttig også for dem.

Ingen mennesker er like og kommuniserer likt, og derfor er det ikke mulig å komme frem til en ”verktøykasse” vi kan ta med oss inn i krevende situasjoner. Vi må føle oss fram der og da, hva som er best for akkurat denne pasienten. Allikevel ser vi at er det noen ting vi kan lære oss som kan hjelpe oss på vei, som gjelder for oss alle. Klarer vi å dra nytte av disse teknikkene samtidig som vi tenker på det mellommenneskelige, vil vi kanskje kunne føle at det ikke lenger er fullt så vanskelig å snakke med disse pasientene.

6.0. Avslutning

Det har tatt lang tid for oss å komme skikkelig i gang med denne oppgaven. Dette tror vi er fordi temaet er krevende, og vi trengte en del tid til bearbeidelse av stoffet. Det var

en del vi måtte finne ut av først, blant annet hvilket fokus vi ville ha i oppgaven. Etter hvert skjønnte vi at det vi ville vite mer om var hvordan vi kan snakke med pasienter som Liv, og hvordan vi kan jobbe med de følelsene vi får i slike situasjoner.

Samarbeidet synes vi har fungert godt. Vi føler at vi har utfyllt hverandre ved at vi har forskjellige kunnskaper og ferdigheter. Vi har opplevd at det har vært en fordel at vi bare var to, selv om det å være flere kan føre til mer diskusjon underveis.

Det å skulle snakke med slike pasienter som Liv er noe vi selv føler er krevende, og har kviet oss for. Vi føler at vi har fått mye ut av å jobbe med denne oppgaven, som vi kan ta med videre i egen praksis. Selv om vi har sett at det er mye man må være bevisst på, og mye å lære, føler vi allikevel etter arbeidet med denne oppgaven at dette kanskje er mindre komplisert enn vi før har tenkt, og derfor litt mindre skremmende.

7.0. Litteratur

*Dahl, M. (2002). Å arbeide med døende. I: Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*
Oslo: Gyldendal akademisk.

*Falk, B. & A.-M. Smith. (1999). *Å være der du er: samtaler med kriserammede*.
Bergen: Fagbokforl. 85 s.

*Faulkner, A. & P. Maguire. (1998). Sykehistorie: Teknikker. I: Faulkner, A. & Maguire, P. (red.) *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*
s. 230 [Oslo]: Tano Aschehoug.

*Grøholdt, M. (2010, 03.05.10). De stumme plagede. *Aftenposten*.

*Helseth, S. & F. Nortvedt. (2002). Om tillit. I: Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*
s. 291 Oslo: Gyldendal akademisk

*Henriksen, J.-O. & H. M. Aarflot. (2002). Å møte en annen. I: Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*
s. 291 Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin - En introduksjon. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon: nordisk lærebok*
s. 687 Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kirkevold, M. (1998). Kari Martinsens omsorgsteori. I: Kirkevold, M. (red.) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*
s. 254 Oslo: Ad notam Gyldendal.

*Kristensen, G. (2004). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* [Oslo]: Akribe.

*Maguire, P. & C. Pitceathly. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ: British Medical Journal* [online], 325 (7366): 697-700.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=7477333&loginpage=login.asp&site=ehost-live>.

*Martinsen, K. (1989). Omsorg i sykepleien. I: Martinsen, K. (red.) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* s. 278 [Oslo]: TANO.

*Martinsen, K. (2000). Å se med hjertets øye. I: Martinsen, K. (red.) *Øyet og kallet* s. 173 Bergen: Fagbokforl.

*Moore, P. m., S. Wilkinson & S. Rivera Mercado. (2009). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers (Review). *The Cochrane Library* [online]: 21.
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003751/frame.html>.

*Razavi, D., N. Delvaux, S. Marchal, J. F. Durieux, C. Farvacques, L. Dubus & R. Hogenraad. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *British Journal of Cancer* [online], 87 (1): 1.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=8658985&loginpage=login.asp&site=ehost-live>.

*Reitan, A. M. (2004a). Kommunikasjon. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling*

[Oslo]: Akribe.

*Reitan, A. M. (2004b). Kreftsykepleie. I: Reitan, A. M. & Schjøberg, T. K. (red.)

Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling

[Oslo]: Akribe.

*Reitan, A. M. (2004c). Krise og mestring. I: Reitan, A. M. & Schjøberg, T. K. (red.)

Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling

s. 508 [Oslo]: Akribe.

*Wilkinson, S., R. Perry, K. Blanchard & L. Linsell. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. (Cover story). *Palliative Medicine* [online], 22 (4): 365-375.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=33938153&loginpage=login.asp&site=ehost-live>.

*Wilkinson, S. M., M. Gambles & A. Roberts. (2002). The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing* [online], 40 (6): 731-738.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=8638842&loginpage=login.asp&site=ehost-live>.

Eide, H. & T. Eide. (2007a). Bekreftende ferdigheter. I: Eide, H. & Eide, T. (red.)

Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk

Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & T. Eide. (2007b). Nonverbal kommunikasjon. I: Eide, H. & Eide, T. (red.)

Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk

Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & T. Eide. (2007c). Utforskende ferdigheter. I: Eide, H. & Eide, T. (red.) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*
Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk. 351 s.

Travelbee, J. (1999). Kapitler: . I: Travelbee, J. (red.) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*
s. 287 Oslo: Universitetsforl.