

BACHELOROPPGAVE:

GRUPPENUMMER: 829

Kommunikasjon i palliativ omsorg

Hvordan gå inn i de vanskelige samtalene? Kan disse samtalene bidra til bedret livskvalitet?



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

Dato: 21. mars – 9. mai 2011

Æg ser

*Æg ser at du e trott
men eg kan ikkje gå
alle skrittå for deg
Du må gå de sjel
men eg vil gå de med deg
Æg vil gå de med deg*

*Æg ser du har det vondt
Men eg kan ikkje grina
Alle tårene for deg
Du må grina de sjel
Men eg vil grina med deg
Æg vil grina med deg*

*Æg ser du vil gi opp
Men eg kan ikkje leva
livet for deg
Du må leva det sjel
Men eg vil leva med deg
Æg vil leva med deg*

*Ser at du er redd
Men eg kan ikkje gå
i døden for deg
Du må smaka hån sjel
Men eg gjer død til liv, for deg
Æg gjer død til liv for deg
Æg gjer død til liv for deg*

(Bjørn Lidsvåg)

Sammendrag

Tittel: Kommunikasjon i palliativ omsorg - Hvordan gå inn i de vanskelige samtalene? Kan disse samtalene bidra til bedret livskvalitet?		Dato: 09. 05.11
Kandidatnr: 829		
Veileder: Marit Tømmerbakk		
Stikkord/ nøkkelord: Palliativ omsorg, kommunikasjon, livskvalitet		
Antall ord: 10432	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Som sykepleier vil man i samtale med pasienter i en palliativ fase ofte kunne føle seg maktesløs og rådvill, og ikke vite hva man skal si eller gjøre. I denne oppgaven ser vi nærmere på hva man kan si og gjøre i slike situasjoner. I de vanskelige samtalene om lidelse og død står ærlighet sentralt, ikke bare ovenfor pasienten, men også ovenfor egne følelser omkring disse temaene. Det er ikke alltid nødvendig å si de rette ordene, men det viktigste man kan gjøre er å være der for pasienten. Videre omhandler oppgaven livskvalitet, da vi er interessert i å belyse om det at sykepleieren våger å gå inn i de vanskelige samtalene kan bidra til bedret livskvalitet for pasienter i livets slutfase.</p>		

Abstract of bachelor thesis

Title:	Communication in palliative care - How to go into difficult conversations? Can these conversations contribute to improved quality of life?	Date: 09. 05.11
Candidate number:	829	
Supervisor:	Marit Tømmerbakk	
Keywords:	Palliative care, communication, quality and life	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential):
10 432		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>As a nurse one can in conversation with patients in a palliative phase often feel powerless and confused, not knowing what to say or do. In this thesis we look more closely at what we can say and do in such situations. In those difficult conversations about suffering and death are honesty central, not just towards the patient, but also towards own feelings about these matters. It is not always necessary to say those right words, but the most important you can do is to be there for the patient. Further thesis discusses quality of life, as we are interested to throw light on that if the nurse dares to go into those difficult conversations can contribute to improved quality of life for patients in the final stages of life.</p>		

Innhold

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT OF BACHELOR THESIS	4
1. INNLEDNING	7
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	7
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	8
1.4 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	9
2. METODE	10
2.1 LITTERATURSØK.....	10
2.2 KILDEKRITIKK	11
3. TEORIDEL	13
3.1 PALLIASJON.....	13
3.2 MØTET MED DØENDE PASIENTER.....	14
3.3 KRISER.....	15
3.4 LIVSKVALITET	15
3.4.1 <i>Patricia Benner og Judith Wrubel's sykepleierteori</i>	16
3.5 KOMMUNIKASJON	17
3.5.1 <i>Joyce Travelbee's kommunikasjonsteori</i>	18
3.5.2 <i>Nonverbal kommunikasjon</i>	19
3.5.3 <i>Samtalen</i>	20
3.6 EMPATI.....	23
3.7 BRUKERMEDVIRKNING.....	24

4. DRØFTING.....	25
4.1 ”HVILKEN BETYDNING HAR DEN NONVERBALE KOMMUNIKASJONEN?”	25
4.2 ”NÅR TRENGER DU Å SNAKKE?”	26
4.3 “HVA SKAL JEG SI ELLER GJØRE?”	27
4.4 ”NÅR SKAL VI SNAKKE?”	28
4.5 ”HVOR SKAL VI SNAKKE?”	29
4.6 ”JEG FORSTÅR DEG”	30
4.7 ”HAR FAGKUNNSKAPEN BETYDNING?”	30
4.8 “HVA ER LIVSKVALITET?”	31
4.8.1 ”Å være og å bli seg selv”	33
4.8.2 ”Valg ved livets slutt”	33
5. KONKLUSJON	35
6. ETTERORD.....	37
LITTERATURLISTE.....	38

Antall ord: 10 432

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Kommunikasjon med alvorlig syke og døende er en daglig utfordring for sykepleiere, noe også vi har følt på i praksis. Dette er derfor noe vi har lyst til å lære mer om, og har på grunnlag av dette valgt *kommunikasjon i palliativ omsorg* som hovedtema. Vi velger å ha fokus på pasienter som nylig har fått vite at de har en uhelbredlig sykdom og som forventes å dø etter kort tid. I perioden fra de har fått diagnosen og frem til de dør er det mange ukjente tanker, følelser og reaksjoner som vil komme frem. Det er også mange praktiske ting som skal planlegges og ordnes. Dermed blir samtalene med disse pasientene veldig viktige, men også veldig vanskelige. Vi føler samtalene med disse pasientene er vanskelige fordi vi ikke har noe fasitsvar og det er ikke noe konkret vi kan si eller gjøre for at de skal få det bedre, det er dette vi mener med *de vanskelige samtalene*. Vi har i tillegg valgt å ta med livskvalitet, da vi ønsket å finne ut om de samtalene vi har med døende pasienter er av betydning for dem.

På grunnlag av dette ble problemstillingen vår:

Hvordan gå inn i de vanskelige samtalene? Kan disse samtalene bidra til bedret livskvalitet?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi valgte kommunikasjon i palliativ omsorg som hovedtema fordi dette er noe vi ikke har hatt så mye om på skolen, og som vi føler er et tema vi gjerne vil lære mer om. I teoridelen har vi besluttet å bruke ordet palliasjon fordi dette begrepet dekker både behandling og omsorg av terminale pasienter, og vi følte besvarelsen trengte en redegjørelse av grunnleggende palliasjon. Vi har valgt å bruke begrepet palliativ omsorg som hovedtema fordi det er den delen av palliasjon vi vil fokusere på. Pasienter i en palliativ fase vil vi helt sikkert møte på i rollen som sykepleier, og det er da viktig å ha noe kunnskap om palliativ omsorg. Vi har selv stått i situasjoner hvor vi har følt oss maktesløse og ikke har visst hva skal si eller gjøre ovenfor pasienter i slutfasen av livet. Det som vi føler er det vanskeligste i

forhold til disse pasientene er kommunikasjonen, derfor valgte vi å ha hovedfokus på dette. Hva skal man si til pasienter som ikke har lenge igjen å leve og som er redd for døden? Hvordan skal vi oppføre oss? Hva skal man si når de spør hvorfor det skjer akkurat dem? Dette er spørsmål vi har stilt oss selv, og ønsker å finne svar på. Et av hovedmålene innen palliativ omsorg er livskvalitet. På grunnlag av dette ville vi se nærmere på om det at vi våger å gå inn i samtale med disse pasientene og om hvordan vi kommuniserer kan bidra til bedret livskvalitet hos pasientene.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Palliativ omsorg er et vidt tema som innebærer alt fra smertelindring til å ta vare på pårørende. Det er ikke bare pasienten som blir rammet når han/hun får en uhelbredlig sykdom, men også de nærmeste. Derfor er de pårørende også en viktig del når det gjelder palliativ omsorg, men på grunn av oppgavens begrensning har vi valgt kun å fokusere på pasienten i vår oppgave. Vi har valgt å ikke fokusere på en bestemt uhelbredlig sykdom eller hvor vi møter pasienten, da vi mener dette ikke er relevant for å besvare vår problemstilling. Vi har satt som forutsetning at pasienten får sine grunnleggende behov dekket, god pleie og omsorg. På grunn av oppgavens størrelse har vi valgt å ikke gå inn på disse områdene. Videre har vi valgt å ha større fokus på kommunikasjon enn livskvalitet, dette på grunn av oppgavens begrensning og hva vi i utgangspunktet var mest interessert i å lære om.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å utvikle en faglig kompetanse på dette området og vi ønsker å bli mer bevisst på hvordan vi kommuniserer med alvorlig syke og døende pasienter. Vi er spesielt interessert i å finne ut om kommunikasjonen er av betydning for pasienten. Vi ønsker ut i fra dette å få litt innsikt og forståelse for situasjonen disse pasientene er i, dette for å kunne gi dem bedre og mer helhetlig omsorg.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven begynner med en forside så kommer en sangtekst vi følte passet til oppgavens tema. Deretter følger to obligatoriske sammendrag av oppgaven, et på norsk og et på engelsk. Så kommer en innholdsfortegnelse som viser en oversikt over oppgaven. I innledningen har vi presentert problemstillingen, forklart bakgrunnen for valg av tema og avgrensninger vi har gjort i forhold til oppgaven. Etter innledningen følger et metodekapitel hvor vi beskriver litteratursøk og kildekritikk. Under litteratursøk har vi besluttet å presentere de artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven vår. Vi valgte å gjøre det slik på grunn av at vi syntes dette ble mest oversiktlig. I teorikapitlet presenterer vi den teorien som vi mener er relevant for å besvare problemstillingen. Teorikapitlet har vi delt inn i titlene: Palliasjon, møtet med døende pasienter, kriser, livskvalitet, Patricia Benner og Judith Wrubel's sykepleieteori, kommunikasjon, Joyce Travelbee's kommunikasjonsteori, nonverbal kommunikasjon, samtalen, empati og brukermedvirkning. Etter teorikapitlet følger drøftingskapitlet hvor vi drøfter den valgte teorien for å besvare problemstillingen. I konklusjonen beskriver vi hva vi har lært av å arbeide med denne oppgaven og besvarer problemstillingen. Til slutt kommer etterordet og litteraturlisten.

2. Metode

Vilhelm Aubert definerer i følge Dalland (2008, s. 83) metode:

En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie bygger på eksisterende litteratur om det aktuelle temaet (Dalland 2008).

2.1 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi hentet mye av informasjonen i pensumlitteraturen, da det er mye relevant litteratur angående vår problemstilling på pensumlista. Vi har også brukt noe selvvalgt litteratur for å gi oppgaven en grundigere besvarelse av valgt tema.

Vi har også brukt internett i søket etter relevant litteratur, og har valgt ut noen artikler som vi mener er relevante og interessante i forhold til vår problemstilling. Når vi har søkt etter artikler har vi avgrenset til artikler kun fra 2006 og frem til i dag, da forskning er noe som ofte forandrer seg. Videre avgrenset vi alle søkene til full tekst og fagfelevurdert. Når vi så overskrifter som vi synes virket relevante for vår problemstilling, leste vi sammendraget. Slik fant vi ut om artiklene kunne være relevante for å besvare vår problemstilling. Artiklene søkte vi etter på forskjellige databaser. Da brukte vi søkeordene *communication*, *quality of life* og *palliative care*. I tillegg har vi søkt etter norske artikler, da brukte vi søkeordene *kommunikasjon* og *livskvalitet*, men fant ingen relevante artikler.

Vi søkte blant annet i databasen ProQuest med søkeordene *communication*, *quality of life* og *palliative care*, og fikk 51 resultater. Her fant vi artikkelen ”*Respectful Death: A Model for End-of-Life Care*” av Linda S. Wasserman. Her skriver Wasserman om en modell, the respectful death model, som er forsknings basert, holistisk og praktisk. Denne er utviklet for å bedre omsorgen ved livets slutt. En respektfull død støtter den døende pasienten, pårørende og de profesjonelle. Modellen kan bli brukt av alt helsepersonell. Modellen begynner med en

prosess hvor man etablerer en terapeutisk relasjon til pasienten og/eller pasientens familie, som et resultat blir historiene deres hørt og innarbeidet i en behandlingsplan.

Vi fant i tillegg en artikkel på Cinahl av Cynthia F. Cramer ”*To Live Until You Die: Quality of Life at the End of Life*”. Her brukte vi også søkeordene *communication*, *quality of life* og *palliative care* og fikk 25 resultater. Cramer tar for seg hvordan man kan introdusere palliativ omsorg mye tidligere innen kreftomsorgen. Denne artikkelen handler spesielt om kreftsykepleiere og hvordan de kan gjøre en forskjell ved å dele sin spesialiserte kunnskap med sine pasienter, pårørende, medarbeidere og allmennheten. Hun mener at som kreftsykepleier kan man gjøre en forskjell ved å steppe inn som pasientens advokat, lærer og bare ved å være tilstede. Videre skriver hun at de har mulighet til å hjelpe pasienter med langtkommen kreft til å utforske sine muligheter ved å legge til rette vanskelige samtaler.

Vår veileder presenterte for oss doktoravhandlingen *Kampen for livet i vemodets slør – Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet* av Berit Sæteren. Vi fant doktoravhandlingen på www.doria.fi. Hensikten med doktorgradsavhandlingen til Berit Sæteren var å få en dypere forståelse av hvordan pasienter med alvorlig kreftsykdom opplever livet når trusselen om døden er større enn håpet om livet. I studien har Berit Sæteren benyttet kvalitative forskningsamtaler til datainnsamling. 21 alvorlig syke hospitalinnlagte pasienter, som har fått beskjed om at det ikke er mer behandling å tilby, og 8 sykepleiere har deltatt i studien. Vi synes denne studien var relevant i forhold til vår problemstilling, da vi her får både pasientenes og sykepleiernes perspektiv. Derfor valgte vi å bruke den i vår oppgave.

2.2 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå at en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland 2008, s 66).

Bøkene vi har brukt fra pensumlista regner vi som pålitelige kilder da disse bøkene er valgt ut til dette studiet av Høgskolen i Gjøvik. Når vi har skrevet oppgaven har vi for det meste brukt primærkilder, men i noen anledninger har vi måttet brukt sekundærkilder. Sekundærkilde er bearbeidet materiale fra andre forfattere (Dalland 2008).

Den første sekundærkilden vi har brukt er fra boken "Håp og Livskvalitet" av Rustøen (2009), her har vi brukt Siri Næss sin definisjon på livskvalitet. Grunnen til at vi brukte denne var for at vi følte den var relevant i forhold til oppgaven vår. På grunn av at boken står på pensumlisten mener vi det er en pålitelig kilde. Vi prøvde å finne originalen, men lyktes ikke. Den andre sekundærkilden vi har brukt er fra "Grunnleggende sykepleie" av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) hvor vi har tatt Patricia Benner og Judith Wrubel's sykepleierteori fra. Vi dessverre ikke primærkilden. Den tredje sekundærkilden vi har brukt er fra artikkelen til Wasserman (2007) hvor primærkilden er Farber & Farber (2006). Vi forsøkte også i dette tilfellet å finne primærkilden, men det klarte vi dessverre ikke. Den fjerde sekundærkilden kommer fra artikkelen til Cramer (2009) hvor vi brukte ett sitat av Twycross som vi synes passet inn i oppgaven vår. Sekundærkilde nummer tre og fire er fra artikler som er fagfellevurdert. Det at artiklene er fagfellevurdert vil si at de er vurdert av to eller tre upartiske eksperter. På grunnlag av dette har vi vurdert artiklene fra Cramer og Wasserman som pålitelige kilder.

Doktoravhandlingen til Sæteren (2006) mener vi er en pålitelig kilde da den er utgitt i et akademisk forlag. Dette er en legestudie som er utført i Norge hvor hun har brukt en kvalitativ metode. Det gjør at vi mener den er mer pålitelig for oss enn om den hadde vært utført i et annet land. Grunnen til at vi mener det er fordi det kan være kulturforskjeller.

3. Teoridel

3.1 Palliasjon

I følge European Association for Palliative Care og Verdens helseorganisasjon er definisjonen på palliasjon:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet

(Helsedirektoratet 2010, s. 16).

Grunnleggende palliasjon ivaretar ulike områder. Den omhandler kartlegging av symptomer, andre plager og lindring av disse. Videre skal den grunnleggende palliasjon ivareta informasjon til pasient og pårørende. De pårørende skal også tas vare på. Den skal også ivareta terminal pleie, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene. Sist, men ikke minst, ivaretar den sorgarbeid og oppfølging av de etterlatte (Helsedirektoratet 2010).

Noen anbefalinger sier at den palliative fasen ikke skal starte før forventet levetid er 9- 12 måneder, men i realiteten begynner den palliative fasen i fra det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig og varer til pasienten dør (Helsedirektoratet 2010).

Den palliative fasen kjennetegnes ved:

- Komplekse sykdomsbilder med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold (...).
- Hyppige og raske endringer i symptombildet.
- Akutte tilstander og komplikasjoner som krever rask vurdering og behandling.
- Tap av fysisk funksjon og økende hjelpe- og pleiebehov.

- Sviktende organfunksjon(er) (...).
- Polyfarmasi. Pasientene får ofte mange medikamenter i fast dosering og flere medikamenter legges til for å behandle nyoppståtte symptomer. (...)

(Helsedirektoratet 2010, s. 17-18)

Her kan man se at den palliative fasen er kompleks og krevende for både pasient, pleier, behandler og pårørende. Derfor er det viktig med ett godt tverrfaglig samarbeid. I følge Kaasa (2007) har pasientene behov for en bred tilnærming mellom profesjonene.

3.2 Møtet med døende pasienter

Å gi sykepleie til lidende og døende pasienter og å støtte deres nærmeste er blant de største utfordringene som sykepleiere møter i sitt arbeid. Det kan aldri bli en vane å se mennesker lide og i en del tilfeller gli uavvendelig mot døden.

(Kalfoss 2008, s. 49)

Videre sier Kalfoss (2008) at samværet med lidende og døende pasienter kan være berikende. Man kan lære hva det innebærer å være menneske, om livets mening, om menneskeverdet og hvor verdifull tiden er. Møtet med pasienter som imøtekommer døden med lettelse og ro kan gi anledning til personlig vekst for sykepleieren.

Utfordringene og de vanskelige situasjonene som kan oppstå i møte med lidende pasienter, kan vi lære å mestre ved å erkjenne og forstå de meninger, tanker, følelser og reaksjoner som vekkes i en. I møte med lidende og døende pasienter kan det oppstå mange ulike følelser hos sykepleieren. Kalfoss (2008) sier at sykepleiere er opplært til å ha en viss kontroll over sine følelser og at dette er nødvendig for å kunne opptre profesjonelt. Når det kommer til pleie av lidende og døende pasienter er det å kunne holde følelsene sine under kontroll en utfordring. Samtidig sier Benner og Wrubel at følelsene er viktige for å kunne reflektere over sykepleierens forhold til situasjonen (ifølge Kalfoss 2008).

3.3 Kriser

I følge Håkonsen (2004) kan en krise utløses av situasjoner eller opplevelser som er forbundet med tap og krenkelse, og som truer individets integritet, selvforståelse og følelse av stabilitet og kontinuitet i livet. Slike situasjoner eller opplevelser kan for eksempel være endring i sosial status eller alvorlig sykdom. Ut i fra dette er pasienter i en palliativ fase i en krisesituasjon.

Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon.

(Håkonsen 2004, s. 300)

Den som opplever en krise vil ikke kunne anvende vanlige og kjente metoder for å finne en løsning på situasjonen, og derfor vil krisen oppleves som en stor utfordring (Håkonsen 2004). En krise medfører emosjonelle reaksjoner og disse kan ha ulike forløp, men de fleste reagerer med sorg, depresjon og en følelse av oppgittethet. Som sykepleier stilles det store krav til faglig innsikt og til personlige egenskaper i møtet med mennesker i krise. Videre sier Håkonsen (2004, s. 302) at: ”Støtten fra andre mennesker er ofte avgjørende for at en krise skal kunne bearbeides og få et gunstig forløp”.

3.4 Livskvalitet

Det finnes ulike definisjoner på hva livskvalitet er. Dette på grunn av at det er flere faggrupper som har jobbet med å definere ut i fra sitt faglige ståsted. Til tross for mange ulike meninger er det enighet om at livskvalitet handler om det enkelte menneskets opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Rustøen 2009). Dette vil si at livskvalitet er individuelt, og må ta utgangspunkt i hver enkelt persons ønsker og behov. Psykologen Siri Næss mener livskvalitet er at:

En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen:

1. Er aktiv- dvs. har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfylt; har energi og overskudd til å sette sine

interesser ut i livet, ikke føler seg for trett og utslitt; er selvrealisert, dvs. har fått utviklet og brukt sine evner og muligheter.

2. Har samhørighet – har gode interpersonlige forhold; har ett nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske; har kontakt, vennskap, lojalitet; har fellesskapsfølelse og tilhørighet i en gruppe (for eksempel venner, naboer, arbeidskamerater, partigrupper).
3. Har selvfølelse – dvs. selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig, tilfreds med egen innsats; aksepterer seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse, lever opp til egne standarder.
4. Har en grunnstemning av glede – har rike og intense opplevelse av skjønnhet, av innsikt i eller av samfølelse med natur, er åpen og mottagelig, ikke avstengt overfor den ytre verden; har en grunnstemning av trygghet, harmoni, fravær av uro, bekymring, angst, rastløshet; har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av det at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte.

(Rustøen 2009, s. 17-18)

Disse fire punktene utgjør til sammen livskvalitet, og ingen skal vektlegges mer enn andre (Rustøen 2009, s.17).

I følge Rustøen (2009) er Siri Næss sin definisjon noe ulik andre kjente definisjoner av livskvalitet. Men de fire områdene er relevante for sykepleieren, særlig i møte med kronisk syke pasienter. Ved kronisk sykdom oppstår ofte endret funksjonsnivå og levemåte. Dette fører ofte til isolasjon og kan være en trussel mot pasientens livskvalitet. Hos alvorlig syke og døende pasienter vil det å oppleve noe meningsfullt, ha samhørighet og selvfølelse være spesielt viktige områder i livet. Når man blir alvorlig syk og får en dødsdiagnose kan det ofte være en stor utfordring å oppleve mening i tilværelsen. ”Det å kunne oppleve at noe er vakkert, og være mottagelig for verden rundt vil også kunne gi glede og styrket livskvalitet” (Rustøen 2009, s.20). Det å kunne være i stand til å se at noe er vakkert kan være det som skal til for å bryte en ond sirkel med deprimerende og triste tanker (ibid).

3.4.1 Patricia Benner og Judith Wrubel's sykepleierteori

I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) er Patricia Benner og Judith Wrubel to amerikanske sykepleiere som i sin sykepleierteori er opptatt av subjektet, altså pasienten. I stedet for å bruke begrepet helse bruker de ordet velvære. Dermed har de fokus på individet og hva pasienten selv legger i begrepet. De mener at når vi som sykepleiere skal hjelpe

pasienten til å mestre tap, lidelse og sykdom skal vi ta hensyn til hva pasienten mener er viktig for seg selv og hva han/hun legger i situasjonen han/hun er i. Vi skal ivareta det som er verdifullt for pasienten. Selv ved tap, lidelse og sykdom skal pasienten leve i samsvar med det som er viktig for han/henne.

3.5 Kommunikasjon

”Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide og Eide 2010, s. 17).

Ved palliasjon skal både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov ivaretas (Helsedirektoratet 2010). For at vi som sykepleiere best mulig kan hjelpe pasienten med disse behovene er vi avhengige av godt samarbeid og samhandling med pasienten. For å oppnå dette er god kommunikasjon viktig. Som nevnt tidligere er livskvalitet subjektivt, derfor er gode ferdigheter i kommunikasjon viktig for å kunne kartlegge hva den enkelte legger i begrepet livskvalitet (ibid).

I rollen som sykepleier skal vi kommunisere som yrkesutøver og ikke som privatperson, og kommunikasjonen skal ha et helsefaglig formål. Den helsefaglige kommunikasjonen skal være velbegrunnet faglig og til hjelp for den som søker helsefaglig hjelp (Eide og Eide 2010). For å forstå pasienten som person, forstå relasjonen, gi bedre hjelp og støtte og å ta gode beslutninger sammen, er gode kommunikasjonsferdigheter viktig. Som sykepleier er det viktig å skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen. For å skaffe seg dette må man lytte aktivt og kommunisere klart, og på denne måten finne ut hva situasjonen krever og forebygge uheldige valg og dårlige løsninger. Det kan fort oppstå profesjonelle mangler og feil ved dårlig eller mangelfull kommunikasjon (ibid). I tillegg mener vi at god kommunikasjon er viktig for å skape ett tillitsforhold mellom pasient og pleier. Tillitt er at man stoler på at andre stiller opp for en (Rustøen 2009).

Det finnes ingen konkret oppskrift på hvordan man skal oppføre seg under samtale med pasienter, men Eide og Eide (2010) har satt opp ti punkter som kan være av betydning for om kommunikasjonen fungerer og oppleves som hjelpende for pasient

1. Å lytte til den andre
2. Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. Å skape gode og likeverdige relasjoner
4. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5. Å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. Å stimulere den andres ressurser og muligheter
7. Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjoner
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. Å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger

(Eide og Eide 2010, s.21)

3.5.1 Joyce Travelbee's kommunikasjonsteori

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en prosess hvor sykepleieren kan etablere et viktig menneske-til-menneske forhold til pasienten. Ved å etablere et slikt forhold kan sykepleieren bidra til å hjelpe pasienten med å forebygge og mestre erfaringer ved sykdom og lidelse. Kommunikasjon er også en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Når pasient og sykepleier møtes utspiller det seg en uavbrutt kommunikasjon, der partene kommuniserer kontinuerlig gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester.

For å kunne identifisere pasientens egne behov, planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med disse behovene, mener Travelbee (1999) at det er viktig å bli kjent med pasienten som person. Dette blir man ved hjelp av god kommunikasjon. Kommunikasjon er altså viktig for å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter er i samsvar med pasientens behov.

3.5.2 Nonverbal kommunikasjon

En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal (Eide og Eide 2010). Nonverbal kommunikasjon er det vi til daglig kaller kroppsspråk. Ifølge Eide og Eide (2010) er den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon å møte et annet menneske på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Gjennom dette kan man skape den trygghet og tillit den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. På denne måten kan nonverbal kommunikasjon være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon og skape motivasjon. Den nonverbale kommunikasjonen hos sykepleieren er viktigere enn det man tror. Det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe pasienten, noe som er avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt (ibid).

Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan sammenfattes i seks hovedpunkter:

1. å ha øyekontakt, men uten å stirre.
2. å inneha en mottagende, åpen kroppsholdning (og unngå kryssende armer/ben).
3. å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning (og unngå å henge likegyldig tilbakelent).
4. å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende ”mm”, eller også beroligende berøring.
5. å være avslappet, naturlig og vennlig i stemme og bevegelser (og ikke spent, urolig og rastløs).
6. å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (lukket munn, glatt panne, senkede øyenbryn, osv).

(Eide og Eide 2010, s.198-199)

De nonverbale uttrykkene kan si noe om relasjoner, den andres følelser og reaksjoner, kanskje mer enn personen selv vet om. De avslører som oftest våre spontane reaksjoner på ulike situasjoner. Vi kan se i en persons blick at han/hun er takknemlig, se at han/hun er interessert i ivrige nikk og at han/hun er skeptisk i en rynket panne. Vi kan høre en persons håp i en opprømt stemme og skuffelse i et sukk (ibid).

Nonverbale utrykk må fortolkes, dette gjør vi som sykepleiere hele tiden for å forstå hva pasienten egentlig mener. Men ofte kan de nonverbale signalene være flertydige og vanskelige å fortolke, og som regel er det ingen fasitsvar på å tolke nonverbale tegn (ibid).

3.5.3 Samtalen

Målet med helsefaglige samtaler med pasienter innen palliativ fase er at pasientens oppfatning og perspektiv på situasjonen, hans/hennes behov og ønsker skal komme frem. På denne måten vil pasienten bli mer aktiv i valg som gjelder sitt eget liv (Helsedirektoratet 2010). I en palliativ fase er kommunikasjon om emosjonelle forhold, som eksistensielle spørsmål, pasientens psykiske tilstand og relasjoner til sine nærmeste viktig for livskvaliteten før livets slutt. Som sagt tidligere er det viktig å skape gode og likeverdige relasjoner, dette skaper tillit mellom sykepleier og pasient som er viktig når man skal snakke om vanskelige og emosjonelle forhold.

I følge Helsedirektoratet (2010) har den canadiske onkologen Robert Buckman lansert en mal for hvordan man best mulig kan informere om en alvorlig sykdom. Denne malen blir kalt for SPIKES-protokollen, og består av seks trinn:

1. **Setting:** Privat og uforstyrret
 Øye for øye
 Pasient (og lege!) rimelig bekvemme
 Vurder om andre enn lege og pasient skal være tilstede
2. **Perception:** Hva er pasientens oppfatning av situasjonen?
3. **Invitation:** Hva ønsker pasienten å vite?
4. **Knowledge:** Gi kunnskap og informasjon i tilpassede doser
5. **Empathy:** Ta del i pasientens reaksjoner, også de kognitive
 Forhold deg aktivt til pasientens emosjonelle respons
6. **Summary:** Summer opp
 Legg strategi for videre handling

(Helsedirektoratet 2010, s. 25)

Vi vil understreke at denne malen også kan brukes i andre samtalsituasjoner og er et godt utgangspunkt for en vellykket samtale.

Det er viktig at samtalen ikke er preget av utspørring, men av dialog (Helsedirektoratet 2010). Pasientens behov skal prege samtalen, men sykepleieren må også gi av seg selv i dialogen. Det krever mer enn bare å lytte og nikke (Lindring i Nord 2009).

Lindring i Nord (2009) har utarbeidet noen råd om hvordan man skal gå inn i en samtale for å oppnå best mulige resultater:

Åpne spørsmål

Åpne spørsmål gir pasienten mulighet til å fortelle, i motsetning til ja/nei-spørsmål. Eksempel på åpne spørsmål kan være: ”Hvordan føler du deg?” i stedet for: ”Har du det bra?”. På det første spørsmålet må pasienten svare med mer enn bare ett ord, noe som kan gi utgangspunkt for en dialog.

Speiling

Speiling kan også åpne for en dialog, her ved at man gjentar noe pasienten sier. For eksempel hvis pasienten sier: ”Jeg føler meg ikke bra”, da kan sykepleieren gjenspeile dette ved å si: ”Føler du deg ikke bra?”. Her har man et utgangspunkt for en dialog.

Aktiv lytting

Aktiv lytting kan hjelpe pasienten til å sortere sine egne tanker, men kan også hjelpe sykepleieren til å forstå det som er blitt sagt. Ved aktiv lytting stiller man spørsmål ut i fra det som er sagt for å klargjøre eller å utdype dette.

Meningsfylt respons

Ved meningsfylt respons gir vi pasienten mulighet til å få en bedre forståelse og oversikt over sin egen situasjon. Eksempler kan være: ”Det er godt å se at du fortsatt kjemper.”, ”Du ser trist/sint/glad ut.” eller ”Jeg ser heller ingen mening i dette.” Her er det viktig å være

ærlig, som sykepleier skal vi kunne stå inne for responsen. I tillegg er det viktig at responsen har sammenheng med pasientens situasjon og ikke bare er noe generelt man sier.

Dramatiske utsagn fra den hjelpesøkende

Slike utsagn kan for eksempel være: ”Nå går det bare en vei.”, ”Jeg er bare i veien.” eller ”Tror du dette går bra?”.

Disse utsagnene kan være noe vage og ofte litt utprøvende, men viser at pasienten er åpen for å snakke direkte om vanskelige ting. Så hvis vi som sykepleiere og hjelpere responderer på slike utsagn kan vi åpne for en viktig samtale som kan føre pasientens prosess videre. En respons kan eksempelvis være: ”Du sier det bare går en vei?” En slik samtale som denne responsen kan føre til krever ærlighet fra sykepleieren sin side. Den slags ærlighet er det viktig å være mentalt forbredt på.

Overglattende og generaliserende utsagn

Ved slike utsagn vil pasienten flytte fokuset bort fra sin situasjon og sin smerte, over på noe mer generelt og fjernt. Eksempler på slike utsagn kan være: ”Det er alltid noen som har det verre” eller ”Det er en mening med alt.” Den slags generaliserende utsagn er tegn på at pasienten går ut av sin smerte, og det er viktig at vi klarer å se disse tegnene og respekterer dem. Som hjelper trenger vi ikke alltid å ta stilling til dem. Slike utsagn kan det også være lett for hjelperen å komme med hvis situasjonen blir ubehagelig, men dette er veldig uheldig.

I samtale med pasienter i en palliativ fase har vi erfart det noen ganger kan være vanskelig å vite hva man skal si, dette sier Bent Falk noe om. ”Når du som hjelper ikke vet hva du skal si eller gjøre, er det nettopp det du skal si eller gjøre” (Falk 2005, s. 22). Med dette mener Falk (2005) det er lov å komme med de såkalte negative svarene, som for eksempel: Jeg vet ikke, jeg kan ikke, jeg vil ikke, jeg tror ikke. Det er egentlig enkelt og alltid kunne si noe, men man må ikke kassere disse negative svarene. Videre sier Falk (2005) at grunnen til at vi synes dette er vanskelig, er ikke fordi det er innviklet, men fordi det er noe vi ikke liker. Vi liker ikke å være rådvill eller maktesløs i rollen som hjelper. Det at man føler seg maktesløs kan man også si noe om. Her kan man eksempelvis si at du er lei deg for at du ikke kan løse

problemet for han/henne. På denne måten frir man seg fra sin egen forfengeligheit samtidig som man viser en tillitskapende ærlighet. Våre ”svake” sider er de mest troverdige (ibid).

”Trøsten er at det ikke finnes noen trøst” (Falk 2005, s. 32). Med dette mener han at det ikke er noen trøst i å lyve om virkeligheten. Trøst handler om å prøve å få brysomme følelser (frykt, sorg og sinne) til å forsvinne, noe som innebærer at man motsier pasientens opplevelse. ”Følelser er ikke sykdom, men medisin” (Falk 2005, 34). Som Falk (2005) påstår kommer følelsene våre av det vi sanser, og det vi sanser stammer fra virkeligheten vi befinner oss i. Ved å ta denne virkeligheten på alvor kan man mestre den. Det er ikke følelsene som er problemet, men virkeligheten (så sant følelsene stemmer noenlunde med virkeligheten). Når to mennesker sammen ser på en vanskelighet i livet, blir dette problemet lettere å hanskas med. Dette er ofte det eneste vi kan hjelpe et annet menneske med, og det er heller ikke så rent lite. ”Det er kontakten som gir trøst” (Falk 2005, s. 34).

3.6 Empati

Ordet empati kommer fra det greske ordet *empathia* og kan oversettes som innfølelse, samfølelse eller innlevelse (Eide og Eide 2010). ”Empati er en persons evne til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner” (Eide og Eide 2010, s. 36). Empati er en forutsetning for utføringen av god profesjonell og hjelpende kommunikasjon og er spesielt viktig for å kunne oppfatte pasientens bekymringer og andre følelsesmessige forhold.

Empati betyr ikke å identifisere seg med pasienten. Gjør man dette kan man fort bli for nær og handlingslammet, eller for opptatt av sine private løsninger i lignende situasjoner. Hvis man ikke klarer å vise noe innlevelse og distanserer seg for mye blir avstanden for stor, og man har da ikke mulighet til å bli berørt av andres dilemmaer. Empati krever derfor nærhet og avstand (Strand, 2002). Når man snakker om at profesjonell distanse er nødvendig for å beskytte sykepleieren og pasienten, handler det ikke så ofte om nødvendigheten av å skape avstand til pasienten, men om nødvendigheten av å trekke opp tydelige grenser. Grenser skaper kontakt (Falk 2005).

For å kunne vise empati ovenfor pasienter er også fagkunnskap viktig. Det er lettere å oppfatte hva den andre tenker og føler når man har kunnskaper om den andres tilstand og situasjon. Kunnskap om sykdommer, medisiner, dosering og bivirkninger er viktig å ha for å kunne leve seg inn i pasientens situasjon (Eide og Eide 2010).

3.7 Brukermedvirkning

Pasientrettighetsloven sier at:

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

(Pasientrettighetsloven 1999 § 3-1)

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudene.

(Stortingsmelding nr. 34-1996-97)

Brukermedvirkning er et virkemiddel som kan bidra til økt treffsikkerhet ved utforming av generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet 2010, under overskriften ”Brukermedvirkning”). Videre skal brukermedvirkning sikre at de som søker helsehjelp skal få styre over sitt eget liv på sine premisser, og bli respektert. Ved å ta egne valg, vil pasientens selvbilde og motivasjon bli styrket på en positiv måte (ibid).

Sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon. Dette innebærer (...) å respektere pasientens opplevelse av hva som er viktig, å la pasienten beholde ansvaret for å bidra med sitt til å nå målene han/hun har - i den grad dette er mulig og naturlig.

(Eide og Eide 2010, s. 45)

4. Drøfting

4.1 "Hvilken betydning har den nonverbale kommunikasjonen?"

Travelbee (1999) mener at kommunikasjon er mer enn selve samtalen med ord, den består også av atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Som Eide og Eide (2010) forteller oss er den nonverbale kommunikasjonen hos sykepleieren viktigere enn det man i utgangspunktet tror. Våre spontane følelser og reaksjoner på ulike situasjoner blir som oftest avslørt av vår nonverbale kommunikasjon. På grunn av dette er det viktig å være bevisst på sin nonverbale kommunikasjon. Sykepleierens nonverbale kommunikasjon signaliserer hvorvidt hun er interessert i å lytte og hjelpe pasienten, noe som igjen er viktig for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt (ibid). Slik vi ser det vil en pasient som føler seg trygg og godt ivaretatt åpne seg mer og snakke om sine tanker og følelser.

Som sagt signaliserer sykepleierens nonverbale kommunikasjon hvorvidt hun er interessert i å lytte til det pasienten har å si. Og måten sykepleieren oppfører seg nonverbalt har igjen noe å si for hvor mye pasienten snakker. For som Eide og Eide (2010) nevner i sine seks punkter for nonverbal kommunikasjon vil for eksempel en tilbaketrukket holdning utlyse likegyldighet. Vår erfaring er at pasienter ikke åpner seg for sykepleiere med en slik holdning. Derimot kan de åpne seg for sykepleiere som har en åpen kroppsholdning, er avslappet, naturlig og vennlig i stemmen. Dette sier også Eide og Eide (2010) er den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon. Det å kunne møte en annen person på en oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom dette skape den trygghet og tillit den andre parten trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser (ibid). Travelbee (1999) sier også noe om dette, hun mener nonverbal kommunikasjon er viktig for å bygge et menneske-til-menneske forhold til pasienten.

4.2 "Når trenger du å snakke?"

Som det kom fram i studien til Berit Sæteren (2006) er det mange av pasientene som ligger for døden som er redd for å forstyrre sykepleierne i sitt arbeid. De velger derfor ikke å snakke med dem, da de tror at pleierne ikke har tid. Slik vi ser det blir dette veldig feil, da det er pasientene som er sykepleiernes fokus. En pasient som lever i siste del av livet trenger ekstra omsorg og noen å snakke med om de bekymringer og tanker han/hun har, dette må vi som sykepleiere imøtekomme da det er dette palliativ omsorg blant annet går ut på (Helsedirektoratet 2010). I sånne situasjoner bør man bruke den nonverbale kommunikasjonen aktivt og vise med hele kroppen at man har tid til å være der og høre på pasienten. Man må tørre å stå i situasjonen og kjenne på de følelsene og reaksjonene pasienten har, ikke rømme fra dem. Slik vi ser det blir det feil å si til pasienten at du har tid til å være der når du egentlig har andre ting du skulle ha gjort, fordi dette vil pasienten raskt oppfatte. Kanskje ikke med det verbale språket, men med det nonverbale. I en slik situasjon må man prioritere hva som er viktigst, legge vekk travelheten og høre på det pasienten har å fortelle (Sæteren 2006). Pasientene i Sæteren's studie (2006) bekrefter hvor mye disse samtalene kan bety for den som ligger der og snart skal dø.

I studien til Sæteren (2006) kom det også fram at de pasientene som selv tar initiativ til de vanskelige samtalene får medhør av sykepleierne, mens de som ikke sier noe lider i stillhet. Dette tyder på at sykepleierne har vilje til å gå inn i pasientens situasjon, men mangler emosjonell kompetanse til å gå inn i relasjoner om pasienten ikke inviterer til dette selv (ibid). Vi har erfart at noen sykepleiere ikke er flinke nok til å ta opp vanskelige temaer som for eksempel eksistensielle forhold. Dette kan komme av at sykepleierne selv synes at dette er vanskelig og tar det derfor ikke opp. Sykepleiere som ble intervjuet i Sæteren's studie (2006) fortalte at smerte og fysiske symptomer er lettere å forholde seg til enn pasientens sjelelige og åndelige lidelse. De forteller også at det krever noe annet av en sykepleier for å oppfatte uttrykk som pasienten gir for åndelig og eksistensielle misforhold. Sykepleierne begrunner det at de altfor sjelden tar opp disse temaene med travelhet og manglende tid, men de beskriver også at usikkerhet og ubearbeidet angst i forhold til lidelse og død kan være en hindring for å nærme seg pasienter som lider. I følge Wasserman (2008) mener Farber og Farber at sykepleiere først må undersøke sine egne verdier og overbevisninger rundt døden før de begynner å arbeide med døende. Vi tolker dette som at sykepleieren bør bli kjent med

seg selv og sine tanker, følelser og reaksjoner rundt døden før hun går inn til den døende pasienten.

Kalfoss (2008) nevner at sykepleiere er opplært til å ha en viss kontroll over følelsene sine, og at dette er nødvendig for å kunne opptre profesjonelt. Det å kunne holde følelsene sine under kontroll er en utfordring når det kommer til pleie og omsorg av lidende og døende pasienter. Kalfoss (2008) skriver også i følge Benner og Wrubel at de følelsene som oppstår rundt disse pasientene sier noe om sykepleierens forhold til situasjonen. Men slik vi har erfart det kan ingen ha full kontroll over følelsene sine, vi er tross alt mennesker. Selv om man har taklet å se ett menneske lide og dø før, kan den neste pasienten man møter gjøre enda større inntrykk på sykepleieren. For ingen situasjoner er like. Det å gi sykepleie til lidende og døende pasienter er som Kalfoss (2008) understreker, en av de største utfordringene man møter som sykepleier. Man kommer alltid til å bli følelsesmessig berørt i slike situasjoner og det kan aldri bli en vane for en sykepleier å se et annet menneske lide.

4.3 “Hva skal jeg si eller gjøre?”

Slik vi har erfart det føler man ofte som sykepleier at man må si noe klokt og trøstende til pasienten som har det vondt, men på en annen side kan det at sykepleieren er der og hører på det pasienten har å si uten å si så mye selv, føre til at pasienten føler seg lettere til sinns ved at han/hun får ut litt av det han/hun går og tenker på. Som hjelper føler man ofte at man ikke vet hva man skal si eller gjøre ovenfor lidende og døende pasienter. Men som Falk (2005) sier ”Når man ikke vet hva man skal si eller gjøre, er det nettopp dette man skal si eller gjøre”. Det er egentlig alltid lett å kunne si noe, men vi gjør det vanskeligere enn det egentlig er, fordi vi kasserer alle de såkalte negative svarene som for eksempel ”Jeg vet ikke”, ”Jeg kan ikke”, ”Jeg vil ikke” og ”Jeg tror ikke” (ibid). Dette tolker vi som at det er lov til å være ærlig om dine egne følelser når du står i de vanskelige situasjonene. Det er lov å si til pasienten at du ikke vet hva du skal si til det han/hun har å fortelle. Cramer (2009) understreker at man ikke alltid trenger å si de rette ordene bare man viser at man er der for pasienten. Det å lytte og vise at du bryr deg mener Cramer (2009) er noe av det viktigste vi som sykepleiere kan gjøre i sånne situasjoner.

Falk (2005) påstår at som sykepleiere liker vi ikke å føle oss rådville og maktesløse, men disse følelsene kan ofte oppstå i møte med lidende og døende pasienter. Når disse følelsene oppstår nevner Falk (2005) som tidligere at ærlighet er viktig og at vi da skal fortelle pasienten at vi føler oss maktesløse. Det at vi som sykepleiere er ærlige om våre følelser kan være med på å skape ett tillitsbånd til pasienten. Falk (2005) sier at det er våre svake sider som er mest troverdige. Dette ser vi oss enige i da det er lettere å føle tillitt til en person som innrømmer sine svake sider, enn en person som oppfattes som feilfri.

Vi mener det ligger nært sykepleieren å ville trøste og fjerne det som gjør vondt når noen har det vanskelig. Men i møte med lidende og døende pasienter sier Falk (2005) at ”Trøsten er at det ikke er noe trøst”. Dette tolker vi som at vi ikke kan fjerne de vonde følelsene, og det bør vi heller ikke. For hvis vi prøver å fjerne de vonde følelsene motsier vi pasientens opplevelse av virkeligheten (ibid). Dette fordi som Falk (2005) påstår, stammer følelsene fra det vi sanser, og det vi sanser stammer fra virkeligheten. Man må takle følelsene for å løse problemene (ibid). Vi tror at man ved å erkjenne pasientens følelser kan hjelpe til med å løse pasientens problemer.

4.4 ”Når skal vi snakke?”

Pasienter har et behov og ønske om å snakke om det de opplever som vanskelig i sin situasjon, samtidig som de også er opptatt av at sykepleieren ikke må være påtrengende (Sæteren 2006). De sier også at sykepleieren må vise varighet og tilbakeholdenhet, samtidig som de må fange opp de signaler pasienten sender ut og gi et gjensvar som gir mulighet til samtale om det som er av betydning for pasienten der og da. Slik vi ser dette har pasientene egne grenser som sykepleieren bør respektere. Det er viktig at pasienten kommer til oss, og at vi ikke trenger oss på. Men selv om pasienten sier det ikke er noe galt, kan vi ofte lese på pasientens nonverbale kommunikasjon at alt ikke er bra. Eide og Eide (2010) nevner meningsfylt respons som vi bruker for å gi pasienten mulighet til å få en bedre forståelse over sin egen situasjon. Så i tilfeller hvor pasienten sier alt er bra, men den nonverbale kommunikasjonen sier noe annet, kan man for eksempel bruke meningsfylt respons ved at man da svarer pasienten ”Jeg ser på deg at du ikke har det helt bra”. På denne måten kan vi åpne for en samtale og pasienten får her mulighet til å velge om han/hun vil snakke om det.

Men som Helsedirektoratet (2010) sier, kan en påtrengende kommunikasjonsstil i forhold til disse vanskelige temaene være like skadelige som ikke å berøre dem.

4.5 "Hvor skal vi snakke?"

I Robert Buckman sin mal beskriver han at settingen for en vanskelige samtaler skal være privat og uforstyrret (Helsedirektoratet 2010). Og i denne sammenheng vil vi ta med en pasientsituasjon fra Sæteren (2006):

Ester, 62 år våkner igjen fra narkose etter å ha blitt operert for lungekreft. Hun får da beskjed om at det ikke var noe de kunne gjøre på grunn av svulstens beliggenhet. Dagen etter har hun besøk av datteren og samboeren sin. Hun forteller selv:

Jeg lå på firemanns rom med gardiner rundt hele senga mi. Og plutselig kommer en sykepleier og setter seg oppi senga mi og spør hvordan den første natta hadde vært etter at vi hadde fått greie på at jeg hadde lungekreft. Og akkurat det greip dattera mi, og hun begynte å grine. Det synes jeg ikke passet seg når det lå tre andre damer rundt og fulgte med på det som ble sagt og ikke sagt. Sånn synes ikke jeg går an. Selv om de kanskje har det travelt og liten plass, så burde de ikke sagt det til dem så alle hørte på.

(Sæteren 2006, s 64)

Her ser vi ett eksempel på en situasjon hvor vi mener stedet og måten samtalen ble utført på ble feil. Når man skal snakke med pasienter om noe så alvorlig som uhelbredlig sykdom, må man som Robert Buckman (Helsedirektoratet 2010) skriver i sin mal velge ett privat og uforstyrret sted hvor man kan sitte ned og snakke sammen bare de partene situasjonen gjelder. Velger man ett sted hvor man kan snakke i ro og fred kan dette føre til at pasienten åpner seg mer, og får snakket om alt det han/hun lurte på. I situasjonen ovenfor ble pasienten satt i en veldig ubehagelig situasjon, hvor en sykepleier kom og spurte henne direkte om ett veldig privat og ømt tema foran tre andre pasienter og to familiemedlemmer. Slik vi ser det krever denne situasjonen i aller høyeste grad en privat setting, og vi mener man ikke orienterer familien om at ett familiemedlem har uhelbredlig kreft foran ukjente mennesker. For det var som pasienten selv sa at det handlet ikke bare om en forkjølelse, det handlet faktisk om resten av hennes liv (Sæteren 2006). Her opplever hun mangel på respekt, og man får ingen tillitt til personalet på denne måten. Pasienten forteller selv at denne hendelsen førte til en mistillit til personalet og en tristhet som pasienten holdt for seg selv og ikke orket

å dele med andre (ibid). Og dette er vondt da pasienten er i en situasjon hvor hun virkelig trenger å ha tillit til personalet.

4.6 "Jeg forstår deg"

Empati er viktig for å kunne sette seg inn i og prøve å forstå pasientens situasjon, og det er viktig at sykepleieren tar del i pasientens tilstand. Men som Strand (2002) understreker er ikke empati å identifisere seg med pasienten, og dette er viktig å huske på i samhandling med pasienter. For om man lever seg for mye inn i pasientens situasjon kan det bli vanskelig å se pasientens situasjon tydelig, og sykepleieren kan fort bli opphengt i sine egne private løsninger på lignende problemer. Men på en annen side mener vi det kan være viktig å sette seg godt inn i pasientens situasjon. Hvis man ikke gjør dette kan man fort overse noen av behovene til pasienten, og pasienten kan få en følelse av at sykepleieren ikke har forståelse for den situasjonen han/hun er i. Så det som er viktig er å finne en balansegang mellom nærhet og avstand, og mellom innlevelse og forståelse (Strand 2002). Falk (2005) sier det ikke handler om å skape avstand, men om å trekke tydelige grenser. Grenser skaper kontakt (ibid). Slik vi forstår dette bør vi være tydelige på våre grenser og forklare hvorfor vi føler som vi gjør. Et eksempel kan være: "Jeg holder deg gjerne i hånden, og jeg vil ikke gi deg en klem. Akkurat nå føler jeg det blir for nært". Her er sykepleieren ærlig, noe som vil skape kontakt. Å svare: "Jeg vil ikke gi deg en klem." vil skape avstand (ibid). Eide og Eide (2010) nevner også noe om nærhet og avstand. De sier at i rollen som sykepleier skal vi kommunisere som yrkesutøver, ikke som privatperson. Slik vi tolker dette er man som sykepleier i en profesjonell rolle og man må derfor prøve å distansere seg litt fra pasientene. Men etter erfaring er ikke dette alltid like lett, noen pasienter gjør mer inntrykk enn andre.

4.7 "Har fagkunnskapen betydning?"

Eide og Eide (2010) skriver at for å kunne leve seg inn i ett annet menneskes situasjon er fagkunnskaper viktig. Det er lettere å oppfatte hva pasienten tenker og føler når man har kunnskaper om den andres tilstand og situasjon. Har sykepleieren kunnskaper om sykdommen, medisiner og bivirkninger er det lettere for han/henne å sette seg inn i

pasientens situasjon når han/hun kommer og forteller om sine plager. Det at sykepleieren har kunnskap og vet hva han/hun jobber med er også med på å skape trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier. Utlyser sykepleieren usikkerhet kan dette også smitte over på pasienten som da vil bli usikker på sykepleieren. Det er også med å skape tillit hvis pasienten føler at sykepleieren forstår hans/hennes situasjon. Med dette mener vi at det er lettere for pasienten å få tillit til sykepleieren dersom sykepleieren skjønner hva pasienten går igjennom, som for eksempel plagsomme symptomer, smerter eller vonde tanker.

Sæteren (2006) påpeker at kunnskap og kompetanse også kan gi trygghet for sykepleieren når han/hun står i vanskelige situasjoner. Kunnskaper kan gi sykepleieren styrke til å stå i og utholde andres lidelse, selv om hun ikke svarer på alle vanskelige eksistensielle spørsmål. Slik vi har erfart det er ingen pasientsituasjoner like, dette på grunn av at alle mennesker er forskjellige og vi reagerer ulikt på forskjellige situasjoner. Men som sykepleier er det lettere å gå inn i en vanskelig pasientsituasjon om man har kunnskap og kompetanse til å hjelpe pasienten med det han/hun trenger hjelp til. ”Det er en nær forbindelse mellom fagkunnskap og evne til profesjonell empati” (Eide og Eide, s 42).

4.8 “Hva er livskvalitet?”

Livskvalitet handler om det enkelte menneskets opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Rustøen 2009). Dette tolker vi som at livskvalitet er individuelt og man må ta utgangspunkt i hvert enkelt menneskes ønsker og behov. Denne teorien støtter også sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel i sin tolkning av livskvalitet. Benner og Wrubel er i følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) opptatt av subjektet, altså selve pasienten og hva han/hun legger i begrepet velvære. Psykologen Siri Næss sier i følge Rustøen (2009) at velvære er en viktig faktor for god livskvalitet. Dette nevner hun under ett av sine fire områder i sin definisjon av livskvalitet. Disse områdene er i følge Rustøen (2009) at personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og at personen har en grunnstemning av glede.

Det at pasienten er aktiv vil si at pasienten har appetitt, livslyst og at personen interesserer seg for noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfylt (ibid). Slik vi forstår dette er det viktig at pasienter med en uheldredelig sykdom har noe annet å fokusere på enn bare sykdom

og lidelse. Det at pasienten har livslyst og interesserer seg for noe som han/hun synes er meningsfylt kan gi pasienten vilje og styrke til å kjempe videre. Sæteren (2006) skriver at det syntes som om lysten til å leve blir sterkere når døden truer. Dette kan være ett uttrykk for at pasienten kan få tanker om alt han/hun vil gå glipp av i tiden fremover, for eksempel barn og barnebarns oppvekst. Og derfor kjemper de for å kunne få oppleve mest mulig.

At pasienten har samhørighet vil si at han/hun har ett nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske (Rustøen 2009). Når en person opplever den krisen det er å få en uhelbredlig sykdom, mener vi det er viktig at pasienten har noen rundt seg han/hun kan støtte seg til, dette sier også Håkonsen (2004) noe om. Han sier at støtten fra andre mennesker ofte er avgjørende for at en krise skal kunne bearbeides og få ett gunstig forløp. Pasientene Sæteren (2006) har snakket med i studien sin, beskriver seg selv som ensomme selv om de har andre mennesker rundt seg, dette fordi de føler at det er umulig for andre å forstå den situasjonen de er i. Mange pårørende takler kanskje ikke pasientens åpenhet omkring døden og kan trekke seg litt unna. Vi tror at i de situasjonene dette skjer, er det desto viktigere at sykepleierne tørr å gå inn i de vanskelige samtalene.

Det tredje punktet i Siri Næss sin definisjon av livskvalitet er at pasienten har selvfølelse. Dette vil si at pasienten er selvsikker, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og har en følelse av mestring (Rustøen 2009). Her kan brukermedvirkning være viktig. Ved å bruke brukermedvirkning aktivt får pasienten styring over sitt eget liv og vil kunne ta egne valg på sine premisser, dette vil i følge Helsedirektoratet (2010, under overskriften "Brukermedvirkning") kunne påvirke pasientens selvbylde på en positiv måte. Det at pasienten får ta egne valg kan føre til at pasienten får en følelse av mestring.

Det siste punktet til Siri Næss handler om at pasienten skal ha en grunnstemning av glede. Det vil si at pasienten har rike og intense opplevelser av skjønnhet, er åpen og mottagelig og ikke avstengt fra den ytre verden. Rustøen (2009) skriver at "å kunne oppleve at noe er vakkert, og være mottagelig for verden rundt vil kunne gi glede og styrket livskvalitet". Når man får en uhelbredlig sykdom kan det ofte være en stor utfordring å finne mening i tilværelsen (ibid). Vi tror dette kan være fordi at i en palliativ fase står man ovenfor mange forandringer. Man får ofte forandret funksjonsnivå, levemåte og man kan føle at man mister kontroll over sitt eget liv. Det er da vanskelig å finne meningen med livet og se det vakre i

hverdagen. Det å kunne se at noe er vakkert kan være det som skal til for å bryte en ond sirkel med deprimerende og triste tanker (ibid). I følge Rustøen (2009) hevdes det at hvilken livskvalitet man har før sykdommen, har betydning for hvor lenge man lever. Når vi ser på utsagnet tenker vi at livskvaliteten under sykdommen også er av stor betydning.

4.8.1 "Å være og å bli seg selv"

I studien til Sæteren (2006) kommer det frem at pasienter som har fått en uhelbredlig sykdom uttrykker et stort behov og ønske om å få være seg selv. Twycross skriver i følge Cramer (2009) at "Du betyr noe fordi du er du. Du betyr noe helt til ditt siste åndedrag, og vi vil gjøre alt vi kan for å ikke bare hjelpe deg med å dø en fredfull død, men å leve til du dør". Dette har i følge Cramer (2009) blitt det uoffisielle motto ved palliativ omsorg. Vi tolker dette mottoet som at pasienten skal få leve sitt eget liv fram til han/hun dør, og dette skal vi som sykepleiere hjelpe dem med. Vi mener derfor at alle som yter palliativ omsorg bør ha dette mottoet fordi hvert enkelt menneske betyr noe helt spesielt og ingen mennesker er like. Derfor må vi som Rustøen (2009) sier ta utgangspunkt i hva den enkelte ønsker med livet sitt og hva som er verdifullt for han/henne. Dette støtter Benner og Wrubel, de mener at når sykepleieren skal hjelpe pasienten å mestre tap, lidelse og sykdom skal sykepleieren ta hensyn til hva pasienten mener er viktig for seg selv i den situasjonen han/hun er i (i følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006). Vi skal hjelpe pasienten til å ivareta det som er verdifullt for han/henne.

4.8.2 "Valg ved livets slutt"

Cramer (2009) understreker at sykepleierne må godta de avgjørelsene pasienten tar, selv om dette går i mot sykepleierens meninger. Hun må i tillegg akseptere at valgene pasienten tar kan forandre seg med tiden. For at pasienten skal kunne ta gode valg i forhold til seg selv og om tiden framover er det viktig at pasienten får all den informasjonen han/hun trenger.

Når man får en uhelbredlig sykdom vil man etter hvert bli avhengig av hjelp fra både pårørende og helsepersonell. Dette vil for mange bli en stor overgang fra det de har vært vant til tidligere, og for noen kan dette oppleves som nedverdiggende. Kroppen deres fungerer ikke lenger sånn som de er vant til og de har mistet kontroll over nåtid og fremtid.

Sæteren (2006) skriver at pasientene har ett sterkt ønske om å ha kontroll over og ansvar for sitt eget liv, selv om de er alvorlig syke. Uvisshet og uforutsigbarhet i forhold til sykdommen gjør det vanskelig å planlegge fremover (ibid), for sykdomsbildet hos disse pasientene kan variere veldig fra dag til dag. De kan ha gode og de kan ha dårlige dager, men etter erfaring vet de sjelden dette på forhånd da ingen vet hva morgendagen bringer. Det er derfor veldig viktig å gi disse pasientene tilstrekkelig og ærlig informasjon, slik at de kan fortsette å ta ansvar for seg selv. De er i en situasjon hvor egne kunnskaper og tidligere erfaringer ikke strekker til. Sæteren (2006) forteller at pasientene ønsket informasjon om sykdom, behandling og om hva de kunne forvente seg i tiden framover. For uten informasjon har ikke pasientene noen mulighet til å være med og bestemme hva som skal skje med dem videre. For som nevnt tidligere ønsker disse pasientene å leve mest mulig normalt, og skal de klare dette må de få all informasjonen de trenger for å kunne ta riktige avgjørelser for seg selv. Slik vi ser det vil en pasient som lever slik han/hun vil kunne oppleve god livskvalitet.

Som nevnt tidligere skal brukermedvirkning sikre at de som søker helsehjelp skal få styre over sitt eget liv på sine premisser (Helsedirektoratet 2010, under overskriften ”Brukermedvirkning”). Vi mener brukermedvirkning er et begrep som står sentralt når det kommer til livskvalitet. Dette for at pasienten selv skal få ta avgjørelser over sitt liv, og slik at sykepleierne ikke tar avgjørelser over hode på pasienten. Brukermedvirkning er også en lovfestet rettighet pasienten har (Lovdata 1999). Cramer (2009) forteller at vi som sykepleiere skal være pasientens advokat slik at pasienten får fram sine ønsker, dette kan igjen føre til bedret livskvalitet. Som nevnt tidligere må sykepleierne respektere pasientens ønsker og beslutninger. Det sykepleieren kan gjøre er å gi pasienten tilstrekkelig informasjon slik at han/hun får sett alle sider av saken og tatt en avgjørelse han/hun blir fortrolig med, slik at pasienten kan oppleve god livskvalitet. Slik vi har erfart det kan sykepleieren være uenig i pasientens beslutning, men da må man huske på at livskvalitet er en subjektiv opplevelse. Det er ikke sikkert pasienten og sykepleieren legger det samme i begrepet livskvalitet. Vi bør derfor ikke la våre tanker og følelser omkring hvordan vi hadde gjort det i lignende situasjoner styre handlingene våre. Vi bør legge vekt på pasientens opplevelse av livskvalitet og kartlegge hva som er livskvalitet for den enkelte pasienten.

5. Konklusjon

Problemstillingen vår var som følger:

Hvordan gå inn i de vanskelige samtalene? Kan disse samtalene bidra til bedret livskvalitet?

Da vi begynte med oppgaven trodde vi at vi kom til å finne noe konkret å si til pasienter i en palliativ fase, men vi fant fort ut at det ikke er noe fasitsvar. Det viktigste vi kan gjøre er bare å være der, lytte, vise at vi bryr oss og tørre å stå i situasjonen.

Når man skal samtale med pasienter i en palliativ fase er det viktig å huske på at kommunikasjon består av mer enn bare ord. Man må være bevisst på sin egen og pasientens nonverbale kommunikasjon. Pasienten vil åpne seg mer for en som har en åpen kroppsholdning og som virker genuint interessert i å lytte til pasienten. Videre er det viktig at sykepleieren observerer pasientens nonverbale signaler slik at han/hun kan oppfatte når pasienten virker interessert i å snakke. Det er ikke alle som er like åpne om sine følelser, men også de trenger å snakke om den krisen de er i. Vi mener en god nonverbal kommunikasjon kan bidra til åpenhet og tillitt. Pasientene i studien til Sæteren (2006) ga uttrykk for viktigheten av å snakke, men de ville ikke at sykepleieren skulle være påtrengende. En påtrengende kommunikasjonsstil kan være like skadelig som ikke å gå inn i samtalen (Helsedirektoratet 2010). I de vanskelige samtalene føler sykepleieren seg ofte maktesløs og vet ikke alltid hva han/hun skal si eller gjøre. Hvis man da er ærlig ovenfor pasienten og sier at man føler seg maktesløs og ikke vet hva man skal si eller gjøre vil sykepleieren oppfattes som mer troverdig. Det er som Falk (2005) påpeker at det er våre svake sider som er de mest troverdige.

Grunnen til at sykepleieren ofte føler det kan være vanskelig å snakke med pasienter i en palliativ fase er at han/hun er usikker på sine egne følelser omkring lidelse og død. Det kan være lurt å reflektere omkring disse temaene før man går inn i disse samtalene. Da vil man kunne fokusere på pasientens opplevelse av situasjonen og ikke på sin egen.

Som sykepleier vil man helst fjerne det vonde og da er det lett og prøve å trøste. I denne sammenhengen vil trøsten motsi pasientens opplevelse av virkeligheten, da vil man ta i fra pasienten muligheten til å bearbeide sine følelser og den krisen han/hun er i. Ved å erkjenne

og snakke sammen om følelsene til pasienten vil pasienten få rom til å bearbeide dem, dette mener vi er viktig i prosessen mot god livskvalitet.

Vi mener det er en forutsetning at sykepleieren har fagkunnskaper om pasientens situasjon, dette kan bidra til at sykepleieren føler seg tryggere til å gå inn i en vanskelig samtale. Når sykepleieren føler seg trygg i situasjonen vil pasienten også føle seg trygg på sykepleieren. Slik vi ser det vil trygghet føre til tillitt.

Når det kommer til spørsmålet om disse samtalerne kan bidra til bedret livskvalitet er vår oppfatning at det kan de. Pasienter i en palliativ fase vil ofte oppleve mange fysiske forandringer og kan kanskje oppleve å miste kontrollen og evnen til å ta avgjørelser over sitt eget liv. Livskvalitet er subjektivt og derfor mener vi at når dette skjer er det viktig at sykepleieren kommuniserer med pasienten og finner ut hva han/hun legger i begrepet livskvalitet. For å finne ut hva pasienten legger i begrepet må sykepleieren skape et tillitsforhold med pasienten. Et tillitsforhold skapes ved hjelp av en åpen og interessert nonverbal kommunikasjon, ærlighet og ved å vise trygghet i situasjonen. Pasientene i studien til Sæteren (2006) ga uttrykk for viktigheten av å være seg selv helt til livets slutt. Ved å kjenne pasienten kan sykepleieren lettere hjelpe han/henne til å ha god livskvalitet helt frem til døden.

6. Etterord

I startfasen brukte vi mye tid på å finne ut akkurat hva vi ville skrive om, da palliativ omsorg er et veldig interessant og vidt tema. Da problemstillingen var klar brukte vi mye tid på å finne og bearbeide litteratur. Problemstillingen har forandret seg en del underveis, men føler vi endte opp med en som fanget det som interesserte oss. Vi synes samarbeidet har fungert bra, vi har skrevet alt i sammen og reflektert underveis. Det at vi bare har vært to har fungert veldig godt selv om vi kan se fordelene av å være flere, da dette kan gi flere synspunkter. Gjennom arbeidet med eksamensbesvarelsen har vi lært at det viktigste i kommunikasjonen med pasienter i livets slutfase er ærlighet, våge å stå i situasjonen og bare å være der, det er ikke så viktig hva man sier. Kommunikasjon med disse pasientene er noe som vi har følt oss usikre på, men etter å ha jobbet med denne oppgaven føler vi oss tryggere på å gå inn i de vanskelige samtalene. Underveis i arbeidet med denne oppgaven har vi ønsket å ha med flere temaer, men på grunn av oppgavens ordbegrensning har vi måtte begrense oss. Etter å ha arbeidet med dette temaet har vi tenkt på nye problemstillinger det kunne vært interessant å arbeide med i nye prosjekter. Disse er blant annet: *Smertelindring, symptombehandling og ivaretagelse av pårørende i den palliative fasen*. Men alt i alt er vi fornøyd med oppgaven.

Litteraturliste

*Cramer, Cynthia F (2009). *To Live Until You Die: Quality of Life at the End of Life*

[online]. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=b0275aea-60c5-4bd5-b594-a5e065f14acb%40sessionmgr14> (19.04.11)

Dalland,Olav (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Eide, Hilde og Tom Eide (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave, 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

*Falk, Bent (2005). *Å være der du er – samtale med kriserammede*. 3. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsedirektoratet; *Brukermedvirkning* (2010) [online] URL:

http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/brukermedvirkning/ (06-04-2011)

*Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [online]. s. 14-26. URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf (22.03.11)

Håkonsen, Kjell Magne (2004). *Innføring i psykologi*. 3. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

*Kaasa, Stein (2007). Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. s.31-47. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Kalfoss, Mary Harris (2008). Møtet med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, Hallbjørg (red.) *Klinisk sykepleie* (bind 1). s. 48-64. 3. utgave, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Kristoffersen, Nina Jahren (2006) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug *Grunnleggende sykepleie* (bind 4). s. 13-99. 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Lindring i Nord (2009). Kommunikasjon som en del av lindrende behandling. I: Lindring i Nord *Håndbok i lindrende behandling*. s. 68- 71. [online]. URL:
http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter/handbok_lin.pdf
(22.03.11)

*Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 3-1.[online]. Lovdata URL:
<http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (05-04-2011)

Rustøen, Tone (2009). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* 1. Utgave, 5. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

*Stortingsmelding nr 34 (1996- 1997)[online] URL:
http://www.regjeringen.no/mobil/nn/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142 (06-04-2011)

Strand, Liv (2002). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet- psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. 1.utgave, 9. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

*Sæteren, Berit (2006). Resultatfremstilling – Delstudie 1 – Pasientstudie. *Kampen for livet i vemodets slør – Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet* [online]. s. 60-98. Finland: Åbo Akademis förlag. URL:
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/4173/TMP.objres.79.pdf?sequence=2> (04.04.11)

*Sæteren, Berit (2006). Resultatfremstilling – Delstudie 3 – Sykepleierstudie. *Kampen for livet i vemodets slør – Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet* [online]. s. 136-159. Finland: Åbo Akademis förlag. URL:
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/4173/TMP.objres.79.pdf?sequence=2> (04.04.11)

*Travelbee, Joyce (1999). Begrepet kommunikasjon. I: Travelbee, Joyce

Mellommenneskelige forhold i sykepleie. s. 135-167. Oslo: Universitetsforlaget.

*Wasserman, Linda (2008). *Respectful Death: A Model for End – of – Life Care* [online].

URL:

[http://proquest.umi.com/pqdweb?index=22&did=1549366891&SrchMode=1&sid=2&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1303198871&clientId=32](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=22&did=1549366891&SrchMode=1&sid=2&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1303198871&clientId=32007)

[007](#) (19.04.11)