



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgåve)

Kandidatnummer: 58

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær
(ordinær eller kontinuasjon)

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Benny Huser

Et liv uten håp?



http://bilder.vgb.no/30275/3col/img_48da24cb8a316.jpg (10/2-09)

Antall ord: 7357

GRESSET

er uovervinnelig som håpet.
Om du ikke passer deg
er det oppe mellom fingrene dine,
langs fortauskantene eller mellom bena
på riksmonumentet.
Bare etter et år
ser du grønnskjæret over slagmarkene
og kjenner en anelse av duft
over asken etter en nedbombet by.
Uutslukkelig som livet selv
eller som glemselen

De fattiges trøst. (De rike
har plenklippere.) Men gresset
bryr seg om ingen
eller alle. Jordens gave,
sterkere enn Eros. Tåler alt.

Prøv å gå barføtt ut en junimorgen.
Kjenn hvor det bøyer seg under foten din
og retter seg opp igjen. Vasker føttene dine
som Kristus gjorde med disiplene.
Fullt av godhet, men tyst. Selv
mannen med ljåen blir bare et åndedrag, en latter.

For gresset er overalt. Kommer igjen
og kommer igjen som livet selv
og dagene. Og dette skal jeg bort fra
men ikke helt.

Hentet fra: Diktsamlingen "Nattåpent" av Rolf Jacobsen
(utgitt i 1985) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 37 - 38

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å bevare håpet hos kreftpasienter i livets siste fase. Hva håp til pasienter i denne fasen av livet, ble identifisert i studier gjennomført av Burkley & Herth (2004) og Benzein et al (2001) . deres studier identifiserer blant annet hva som påvirker håpet. Gjennom denne kunnskapen kan sykepleieren bidra til å gjøre en forskjell, ved å bruke kommunikasjon og samhandling som viktige verktøy. Sykepleieren, med sine fag- og menneskekunnskaper kan være med å gjøre tilværelsen lettere for pasienten, slik at pasienten kan bruke energien på det pasienten selv måtte definere som verdifullt. Selv under disse forholdene kan håpet fortrennes, men forholdene ligger bedre til rette for å ivareta det.

Abstract

The aim of this study was to establish how nurses can preserve hope in patients with late stage cancer. Hope, for these patients were identified in studies by Burkley & Herth (2004) and Benzein et al (2001). Their studies describes what factors influence hope. Trough this knowledge, nurses can make a different by using communication and cooperation as important tools. The nurse, with professional skills and knowledge of human nature can help the patient to identify how the patient can use his or hers strengths on things the patient value. Even under these conditions hope can be suppressed, but the conditions for hope to be present will be better.

1.0 INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemformulering.....	3
1.3 Mål/hensikt med oppgaven.....	3
2.0 METODE.....	4
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.1.1 Begrunnelse for valgt metode.....	4
2.2 Litteratursøk.....	5
2.3 Kildekritikk.....	5
3.0 SYKEPLEIETEORETISK GRUNNLAG.....	7
3.1 Løgstrup - livsytringer.....	7
3.2 Martin Buber - Jeg - Du.....	7
3.3 Kari Martinsens omsorgstenkning.....	8
3.4 Felles plattform.....	10
4.0 LIVETS SISTE FASE.....	11
4.1 Smerte.....	11
4.2 Kvalme.....	12
4.3 Nedsatt matlyst.....	12
4.4 Obstipasjon.....	13
4.5 Fatigue.....	13
4.6 Psykisk.....	13
4.7 Spirituelle og åndelige behov.....	14
5.0 Håp.....	15
5.1 Hva fremmer håp?.....	15
5.2 Hva hemmer håp?.....	16
5.3 Håpets betydning i livets siste fase.....	16
6.0 SYKEPLEIERENS ROLLE.....	18
6.1 Kroppstell.....	18
6.2 Kommunikasjon.....	18
6.3 Samhandling.....	19
6.4 Sykepleierens arbeidsmiljø.....	19
6.5 Sykepleierens evne til å legge til rette.....	20
7.0 DRØFTING.....	21
7.1 Opprettholdelse av selvstendighet.....	22
7.2 Relasjon til familie og venner.....	23
7.3 Spirituelle og åndelig behov.....	24
7.4 Humor og personlig styrke.....	25
7.5 Håp om å bli kurert.....	26
7.6 Relasjon til helsepersonellet.....	26
8.0 Konklusjon.....	28
Litteraturliste.....	29
Vedlegg.....	32

1.0 INNLEDNING

Mennesker i livets siste fase vekker noe sårt, og noe vanskelig i mange av oss. Å ha et avklart forhold til døden kan være vanskelig, både for den friske og den syke. Noe som ligger i oss alle, enten vi er friske eller syke, er håpet. Hvis håpet svinner, hva er da igjen? Mennesker med uhelbredlig kreftsykdom har et stort behov for sykepleie. Og det er ikke bare det fysiske, det praktiske, som er sykepleie. Det er helt klart noe mer. Jeg tror sykepleieren har en viktig oppgave for at pasientens siste tid her på jorden skal bli verdig, og så god så mulig. Jeg er spesielt interessert i håpets betydning i denne fasen av livet, og vil ta dette nærmere i øyesyn. Oppgaven bygger på Kari Martinsen sitt omsorgsperspektiv. Dette fordi hun i sin omsorgstenkning er opptatt av den sykeste syke, hvor helbredelse ikke er mulig, og god omsorg er målet med sykepleien. For å nærme meg den aktuelle pasientgruppen vil jeg bruke faglitteratur for å definere ”krefte”, og hva ”palliativ behandling” innebærer. Jeg vil belyse noen av de vanligste symptomene/plagene som kreftpasienter i livets siste fase ofte har, da jeg tror håndteringen av disse er av betydning for ivaretagelsen av håp. Oppgaven vil kretse om håp, dets mening, hva det er, hva som fremmer det, og ikke minst, hva som kan hemme håpet. Det skal også handle om sykepleieren, og hvilke verktøy som kan tas i bruk til den aktuelle problematikken.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter å ha møtt pasienter i livets siste fase har jeg gjort en rekke erfaringer. Jeg har kjent på at det kan være vanskelig som helsepersonell å forholde seg til et menneske som snart skal forlate livet. I nettopp et slikt møte opplevde jeg at det var vanskelig å kommunisere. Hva snakker man om med en som snart skal forlate livet? Emner som omhandlet fremtiden føltes vanskelig å snakke om. Dette har vekket mange tanker, og et ønske om få mer kunnskap om hvordan denne pasientgruppen kan møtes på en god måte.

1.2 Problemformulering

Hvordan kan sykepleieren legge til rette for å bevare håpet til kreftpasienter i livets siste fase?

1.3 Mål/hensikt med oppgaven

For å finne ut hvordan sykepleier kan bidra med å fremme håpet, vil jeg kartlegge håpets betydning for den aktuelle pasientgruppe. Med forankring i Kari Martinsens omsorgstenkning vil jeg vise sykepleierens betydning for hvordan håpet kan ivaretas. Dette vil jeg gjøre ved hjelp av forskning og faglitteratur. Oppgavens mål er å konkretisere hva sykepleieren kan gjøre for å ivareta håpet.

2.0 METODE

Metode blir i av Vilhelm Aubert definert slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Dalland (2008):83

2.1 Litteraturstudie som metode

En allmenn litteraturstudie er i følge Forsberg, Wengström (2003) at en har en spesifikk problemstilling, beskriver litteratursøket, beskriver utvalgsriter, har med kriterier for kildekritikk og etiske overveielser og at resultat og anbefalinger tydelig kommer frem. Jeg skal gjennom oppgaven gjøre en litteraturstudie, hvor jeg skal innhente og tolke hva andre har skrevet for å besvare problemstillingen min. På den måten blir min oppgave en sekundære kilder. Dette medfører at min forforståelse og tolkning av litteraturen vil påvirke leseres oppfattelse av hva litteraturen innebærer. Mitt litteraturstudie baserer seg på andres litteratur, i form av fagartikler, faglitteratur og forskning og vitenskapelig litteratur. De fleste vitenskapelige artiklene i oppgaven er kvalitative artikler

2.1.1 Begrunnelse for valgt metode

Det legges føringer om at dette arbeidet skal være en litteraturstudie. Jeg har valgt å gjøre en allmenn litteraturstudie da dette svarer best til tidsaspektet vi er gitt. Skulle jeg valgt et systematisk litteraturstudie hadde dette blitt en mer tidkrevende oppgave. Kriteriene er også strengere, i følge Forsberg, Wengström (2003) skal en i en systematisk litteraturstudie ha med en all tidligere forskning på område, systematisk gjennomgang av hvorfor en valgte og ikke valgte å bruke litteraturen.

2.2 Litteratursøk

I begynnelsen hadde jeg litt problemer med å finne relevant forskning litteratur til valgt tema. Jeg brukte da disse søkerordene. Håp, terminale, kreft, palliativ behandling. Jeg søkte da for det meste i Vård i norden og Sykepleien. Etter dette ble søkeprosessen utvidet til Medline, Ovid og ProQuest. Dette er alle søkedatabaser som vi har tilgang til gjennom skolen. Søkerord da var: *hope*, *cancer*, og *palliativ care*. Jeg hadde fremdeles problemer med å finne relevant forskning, mye fordi det kom opp mange medisinske artikler vedrørende temaet. Etter hvert søkte jeg på navn på en artikkel som jeg fant i boken Håp og livskvalitet av Tone Rustøen. Artikkelen het: *The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care* og ga meg flere nye linker til forskningslitteratur. Jeg brukte da databasene Medline og ProQuest for å finne liknede artikler. Jeg brukte pensumlistene og BIBSYS for å finne relevante bøker til oppgaven. Jeg brukte søkerordene ordene håp, kreft, palliasjon når jeg søkte i BIBSYS. Jeg har også blitt anbefalt litteratur av medstudenter og lærere

2.3 Kildekritikk

Dalland (2007) beskriver at kildekritikk er å sette leseren inn i hvorfor du valgte denne litteraturen og hvordan den kom frem til litteraturen. På den måten kan leseren følge din prosess i innhenting og utvelgelse av litteraturmaterieil.

Jeg har i hovedsak forholdt meg til databaser som jeg har tilgang til gjennom biblioteket på skolen. Medline, Ovid, ProQuest og Vård i norden er slike databaser. Jeg har valgt å trekke inn Stein Kaasa og boken Palliasjon (2007) i beskrivelse av palliasjon og palliativ behandling. Dette fordi han har vært en ledende skikkelse innen palliasjon i Norge. Han er seksjonsoverlege og professor ved St. Olav Hospital i Trondheim. Kaasa hovedsyn er medisinsk, men han er opptatt av å få frem hele kompleksiteten ved livets siste fase i boken sin. Boken er anerkjent og brukes blant annet i videreutdanning innen kreftsykepleie. Jeg har også valgt å bruke boken Kreftsykepleie, skrevet av Reitan og Schølberg i denne oppgaven. Begge har lang fartstid som kreftsykepleiere og er høyskolelektore ved Høyskolen i Oslo. Boken tar for seg både sykepleie til

kreftpasienter men også hvordan kreftsykdommen påvirker pasienten fysisk, psykisk og sosialt. Boken er pensum for spesial utdanningen innen kreftsykepleie. Tone Rustøen sin pensumbok Håp og livskvalitet (2006) var også av stor betydning i besvarelsen av denne oppgaven. Hun er for øvrig sykepleier, dr. polit., førsteamanuensis, prodekan og forsker ved Høyskolen i Oslo avd. for sykepleiervitenskap. Rustøen jobber svært mye med livskvalitet, håp og smerteproblematikk, og hennes arbeider synes å treffe min problemformulering. I letingene etter litteratur har jeg søkt etter å finne informasjon om pasientenes opplevelse håp, men også opplevelsene og kunnskapen helsepersonell som jobber med pasienter på dødsleie har omkring temaet håp. Etter å ha vurdert flere artiklers betydning for oppgaven sitter jeg igjen med to hovedartikler som vil være av stor betydning for oppgaven.

Berkley & Herth (2004) gjorde en studie av 16 engelske terminale pasienter, vedrørende hva som fremmet håp. Denne studien har tidligere blitt utført Herth i 1990. De brukte Herth Hope Index og semi strukturerte spørsmål for å identifisere hva som fostret håp. De hadde tillatelse fra etisk komité til å gjøre studie og pasientene i undersøkelsen ble skriftlig informert om undersøkelsen og innholdet.

Benzein et al (2001) har gjort en studie av 11 terminale kreftpasienter som mottok hjemmesykepleie. De så på hvilke erfaringer pasientene hadde gjort seg, angående håp. De brukte en kvalitativ metode i utformingen av artikkelen. Studien tok hensyn til etiske overveielser ved å fortelle pasienten at de kunne bryte av studien når tid som helst og studien ble også godkjent av den etiske komité, ved Universitetet i Linkjøping. Kjennetegnet på kvalitative studie er at de går i dybden på et problem. En er da gjerne ute etter å fange opp meninger og opplevelser som kilden sitter på. (Dalland 2008)

3.0 SYKEPLEIETEORETISK GRUNNLAG

I denne delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for oppgavens teoretiske grunnlag gjennom å trekke frem noen av tankene til filosofene Løgstrup, Buber og ikke minst Kari Martinsen, og hennes omsorgstenkning.

3.1 Løgstrup - livsytringer

Knud Eiler Løgstrup (1905-1981) er kjent som dansk filosof, teolog og prest. Han ble av Kari Martinsen kalt ”...spørsmålets og undringens filosof” (Martinsen 1993:19). Løgstrups hovedverk er *Den etiske fordring* (1993), og Løgstrup presenterer her for første gang noen av de uttrykkene han senere kaller de ”spontane livsytringene”. Ifølge Løgstrup er livsytringer ”fænomener, der viser seg imellem mennesker. (...) Tillid, kærlighet, barmhjertighed, hab, talens åbenhed, medfølelse og indignation er nogle av disse fænomener.” (Alvsvåg 2000:72) Håpet vil alltid være tilstede, det er situasjonene som avgjør hvor mye håpet vil komme frem. Livsytringer slik som håpet blir sett av Løgstrup som ”*de skaptens livs uttrykksformer*”. (Martinsen 1993:21) Med andre ord er livsytringer, slik som håp iboende menneske.

3.2 Martin Buber - Jeg - Du

Martin Buber (1878-1975) blir betraktet som en dialogfilosof som var mest opptatt av menneskelige relasjoner, og lite opptatt av hva som skjer i hvert enkelt menneske. Buber filosoferte over forholdet mellom mennesker, og hva slags forhold mennesket har til sine forskjellige omgivelser. Buber sier at forholdet til menneskene har språkets form. Med det mener han at språket er et verktøy for dialog når man går inn i et forhold til et annet menneske og skaper et Jeg - Du forhold. Et slikt forhold vil være preget av gjensidighet, respekt og fellesskap. Ved å gå inn i et slikt forhold gir man den andre parten rett til å være seg selv, og man skaper et nærvær uten grenser hvor Jeg´et er fordomsfritt, innlevende og åpen. I et Jeg – Du forhold vil begge parter kunne realisere

seg selv som medmenneske og som person. Man treffes som likeverdige parter hvor begge verdi er å betraktes som lik på alle områder. Den andre personen angår oss på et subjektivt nivå, og vi skapes i kommunikasjon og samspill med hverandre. Begge personene åpner seg for den andres væremåte i det kroppslige, følelsesmessige, sanselige og tankemessige språk. I et møte hvor grunnordet Jeg - Du blir til, vil man ta del i hverandres liv, og lære av hverandre, og dermed oppnå et gjensidig fullverdig møte. Det er gjennom Jeg - Du forhold at vi selv blir realisert og hvor vi oppnår tillit og ekte følelser fra våre medmennesker. (Roaldseth 2006)

3.3 Kari Martinsens omsorgstenkning

Kari Martinsen (1943 -) er sykepleier, hun har videreutdanning i psykiatri og har også magistergrad i filosofi. Martinsen er i sin filosofi sterkt kritisk til det positivistiske vitenskapssynet. Dette begrepet brukes når naturvitenskapelige metoder blir brukt innen områder det ikke hører hjemme. Man har positivisme når man kun bruker naturvitenskapelige måter for å nærme seg noe. Gjennom sin kritikk mente hun at man måtte snu fokuset fra det målbare og tilbake til sykepleierens selvstendige oppgave, nemlig det å gi omsorg. Martinsen legger vekt på omsorgen for de svakeste, og er opptatt av omsorg der det ikke er mulighet for helbredelse. Hennes tanker bygger på den fenomenologiske tradisjonen. Dette betyr at man tar utgangspunkt i situasjoner og erfaring i stedet for systemer og prinsipper. Berle og Torsteinson mener at: "[f]enomenologiens grunntanke er at mennesket ikke er noe i seg selv, men kun er til om det forholder seg til noe, om det står i forhold til noe annet." (1993:42) Altså kan ikke mennesket ses på, uten samtidig sette det i sammenheng med omgivelsene det befinner seg i. "Fenomenologiens utgangspunkt er den sansende erfaringsverden. Det er sansingen som åpner verden for oss og gjør det mulig å vinne erfaringer" (Martinsen 2000:51) Jeg oppfatter at dette betyr at sykepleieren må betrakte hvert enkelt individ, vurdere hver enkelt situasjon da ingen kan antas å være like. Sykepleieren må med andre ord sanse, for "[i] sansingen overvinnes vi avstander." (Martinsen 2000:22) Vi kan med andre ord komme nærmere pasienten ved å bruke sansene aktivt.

Kari Martinsen skriver om omsorg i form av tre dimensjoner. Hun deler dette inn i relasjonell, praktisk og moralsk omsorg. I praksis vil disse tre dimensjonene være sammensatt og komplekse og gjerne ikke så lette å skille, jeg vil likevel gjøre rede for de hver for seg, for å tydeliggjøre for leseren.

Den relasjonelle siden baserer seg på at begge parter er gjensidig avhengig av hverandre. Pasienten er avhengig av sykepleierens hjelp, sykepleieren har som arbeidsoppgave å hjelpe pasienten. Martinsen skiller, ifølge Kristoffersen et al (2005), mellom den balanserte og den uegennyttige gjensidigheten. Mens balansert gjensidighet er preget av et likeverdig forhold, er det uegennyttige preget av at den ene parten sørger for den andre uten å kreve å få noe igjen. Kristoffersen et al sier videre at *"[y]rkesmessig omsorg består av en relasjon av minst to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger."* (2005:66) Utfordringen til sykepleieren sier Martinsen er: *"...å finne ut hva den andre er best tjent med."* (Kristoffersen et al 2005 :66)

Omsorgen er praktisk på grunn av at vi som medmenneske kan gjenkjenne mange av behovene pasienten har og sykepleier vil da handle for å dekke disse behovene. *"Gjennom konkret erfaring med mange pasientsituasjoner utvikler sykepleieren kompetanse til å vurdere hva som er adekvat omsorg ovenfor enkeltpasienter."* (Alvsvåg 2000:45) Martinsen vektlegger konkrete handlinger som tilstrekkelig væske og mat, men også et godt stell. (Kristoffersen et. all. 2005)

Omsorgens moralske side er overordnet de to andre og bygger på at en skal handle til det beste for pasienten. Den spontane moralen blir i Martinsen (2000) fremstilt som en handling som oppstår spontant til det beste for den andre, mens normmoralen viser til regler og prinsipper. *"Det er den objektive innlevelsen i et annet menneskes tanke- og følelsesliv som karakteriserer den moralske sykepleieren"* (Martinsen 1993: 42)

Martinsen (2000) legger vekt på de tause kunnskapene som sykepleierne bærer med seg. Hun mener en lærer av erfaringer og refleksjon som en gjør seg gjennom praksis. Martinsen sier også at *"En blir ingen faglig dyktig sykepleier gjennom teori og vitenskap, men ved å kombinere fag- og menneskekunnskap i praktisk handling."*

(1990:65) Hun legger vekt på den praktiske læringen, og mener det er slik man som sykepleier utvikler sitt faglige skjønn.

3.4 Felles plattform

Både Løgstrup, Buber og Martinsen legger vekt på nærværet i møte med mennesker. Løgstrup er kjent for sin etikk og moral. Men han er kanskje mest kjent for de *suverene livsytringene*. Buber definerer i sin filosofi ulike måter å møte den andre på. Martinsen har latt seg påvirke av både Buber og Løgstrup i sin tenkning. Hun har tatt Bubers og Løgstrups tanker med videre inn i sitt fagfelt som er sykepleie og dette gjenspeiles i Martinsens beskrivelse av omsorg. Både gjennom sykepleierens møte med pasienter, som bærer preg av *tillit og kjærlyhet, men også det moralske ansvaret*. Måten å kommunisere med mennesker på, hvor Martinsen legger vekt på relasjonen har mange likhetstrekk med et *jeg – du forhold* som Martin Buber skriver om.

4.0 LIVETS SISTE FASE

Det å ha uhelbredelig kreft medfører som regel en rekke kroppslige plager. Jeg vil derfor nedenfor kort gjøre rede for noen av disse plagene og si litt om kreft og palliasjon. Jeg tar med dette fordi det er med å prege pasientens tilværelse. Disse plagene kan ubehandlet, lett fortrenge og kanskje helt kvele håpet, da symptomene blir altoppslukende.

Kreft er en sykdom som starter på det molekylære eller cellulære nivået. Det kan eskalere og ramme både et enkelt organ, organsystem eller hele organismen. (Reitan & Schølberg 2008) Verdens helse organisasjon (WHO) har definert at “*palliative care*” som en utstrekning som skal forbedre livskvaliteten hos pasienter og pårørende til pasienter, som lider av en livstruende tilstand. Dette innbefatter både smerteproblematikk og andre problem, psykiske, sosiale og religiøse aspekter. *Palliasjon* eller *palliativ care* på engelsk er både behandling, pleie og omsorg. Hovedfokuset innenfor denne retningen er flyttet vekk fra kureativ behandling, og en er mer opptatt av å symptombehandling og lindre plagene pasienten har med sin sykdom. (Kaasa 2007)

4.1 Smerte

Smerter er ifølge Kaasa (2007) en av grunnene til at kreftpasienter ønsker aktiv dødshjelp, det er også svært angstfremkallende hos pasientene. Smertene blir forbundet med spredning av kreften. Smerter blir av International Association for the Study of Pain (IASP) definert som: “*Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette*”. (Kaasa 2007:272) Smerte blir også ofte karakterisert som svært subjektiv. Kaasa (2007) skriver at kreftpasienter ofte har både akutte og kroniske smerter. De akutte kommer som oftest i samband med utviklingen av tumor eller metastaser. Kreftsmerter relateres som regel til vevsskade, men Kaasa (2007) påpeker også viktigheten av at en ser på psykiske, sosiale og personlige forhold når en skal kartlegge smertene til pasienten.

Dette kan gjøres ved hjelp av ESAS skjema som er mye brukt i forhold til å kartlegge pasientens fysiske og psykiske forhold i følge Kaasa (2007) (Se vedlegg 1). Almås (2001) henviser til Cicily Saunders modell, som viser fire områder av smertens kompleksitet. *Fysisk smerte* som gir seg utslag i kroppslige symptom, påvirker og blir påvirket av psykisk, sosial og åndelig smerte. Alle disse punktene inneholder forhold som er med på å påvirke pasientens totale smerteopplevelse. I Saunders modell kan psykisk smerte inneholde elementer som depresjon og angst, bitterhet og håpløshet. Hun definerer den sosiale smerten til å inneholde smerten man føler i form av problemer med familie, økonomiske problemer osv. Sist beskriver hun at åndelig smerte kan være et uavklart forhold av religiøs eller eksistensiell art. (Almås 2001)

4.2 Kvalme

Kvalme og oppkast er hyppige plager hos pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid. (Kaasa 2007:485). Reitan & Schjølberg beskriver kvalme som en ”..ubehagelig følelse, som gjerne aktiverer det autonome nervesystemet i form av kaldsvette og bleik hud”. (2008:134) Sterke lukter og sterkt lys kan ofte være med på å gi kreftpasienter økende kvalmefølelser. (Almås 2001)

4.3 Nedsatt matlyst

Kreftpasienter som er i livets slutfase er som regel plaget med nedsatt matlyst. Kaasa (2007) skriver at *kakeksi*¹ er utbredt blant mange palliative pasienter, opp til hele 85% i enkelte studier. Kaasa (2007) skriver at kakeksi skyldes enten primær eller sekundær kakesi. Ved primær kakeksi skjer det prosesser i kroppen, som direkte kan linkes til kreftdiagnosen. Sekundær kakeksi skyldes andre mekanismer som følge av kreftsykdommen. Dette være seg munntørrhet, kvalme, medikamentelle bivirkninger, problemer med fordøyelsen og psykiske reaksjoner. Sekundær kakeksi er i større grad

¹” *Kakeksi kommer av ordet Kakos og hexis som betyr dårlig tilstand. Symptomer på kakeksi er appetittløshet, vekttap, tidlig metthet og fatigue*” Kaasa (2007:517).

reversibel, det er derfor viktig riktige observasjoner. (Kaasa 2007) I tillegg innehar den sosiale relasjonen som måltider har, ikke samme betydning på sykehus. Dette kan være en medvirkende årsak til manglende matlyst ifølge Reitan og Schølberg (2008). Reitan og Schølberg (2008) skriver at underernæring hos kreftpasienter lettere kan forebygges enn behandles.

4.4 Obstipasjon

Forstoppelse er blant de hyppigst forekommende symptomer hos kreftpasienter i en palliativ fase av sykdommen. (Kaasa 2007:487) Kreftpasienter i livets siste fase bruker som regel mye smertestillende medisiner og ofte opioider. Opioider reduserer tarmperistaltikken, og dette kan føre til at pasienten blir obstipert. (Kaasa 2007) Andre årsaker til forstoppelse er blant annet redusert væskeinntak, lite fysisk aktivitet og fiberfattig kost. Defekasjonene er som oftest svært smertefulle for pasienten og kan føre til abdominalplager og luftplager ifølge Kaasa (2007).

4.5 Fatigue

Fatigue kommer av det latinske ordet *"fatigatio"* og betyr utmattelse (Pedersen 2007) Almås (2001:264) beskriver fatigue som (...) *"en subjektiv følelse av utmattethet og redusert kapasitet for fysisk og mentalt arbeid, som også kan være objektivt målbar"*. Reitan og Schølberg (2008) sier videre at fatigue gjerne viser seg i form av tretthet, manglende energi og følelsen av konstant å være sliten.

4.6 Psykisk

Kaasa (2007) beskriver at angst og depresjon gjerne forekommer hos terminale pasienter. De kan ha hatt slike problemer tidligere eller de kan ha fått som en konsekvens av primærsykdommen og hva den bærer med seg. Han vektlegger at pasienter som har slitt med dette før gjerne må settes i kontakt med psykiater eller

psykolog. I første omgang kan gjerne sykepleieren bidra som samtalepartner, men dette vil igjen kreve mye av sykepleieren.

4.7 Spirituelle og åndelige behov

Kaasa (2007) beskriver at områder innen åndelige og eksistensielle spørsmål har fått en plass i nyere tids forskning. Videre legger han vekt på en studie av døende hjerte og kreft pasienter. Disse la vekt på å finne ” *mening, fred, formål og verdi*” (Kaasa 2007:118) For sykepleier er det viktig å ha fokus på dette og innhente kompetanse, hvis behovene til pasienten strekker seg ut over hva sykepleier klarer å gi. Dahl (2003) har skrevet i en artikkel som omhandlet palliativ behandling, at sykepleier finner det vanskelig å snakke med pasienter om tro. Samme artikkel tar også opp at når en tar opp problemstillinger vedrørende dette temaet, var nærvær og anerkjennelse av pasient viktig.

5.0 Håp

Håp er et komplekst begrep som blir brukt i mange sammenhenger. Rustøen (2006) beskriver at håp tidligere har blitt beskrevet ut fra et filosofisk perspektiv, slik som i det Løgstrup kaller livsytringer. Men håp er også blitt beskrevet som et psykologisk begrep slik som Lynch gjør i sin definisjon på håp. *Håp*² blir her knyttet til både kunnskapen og følelsen om at det er en måte å komme ut av lidelsen.

Utvalget for utredning av nasjonal kreftplan (NOU 1997:20) beskriver blant annet håpet som en ikke (...) ”*målbar størrelse, men en individuell opplevelse. For de fleste (alle?) er det knyttet til selvoppholdelsesdriften og et viktig element i en global livskvalitetsoppfatning*” Utvalget har også definert hva de mener er et realistisk håp ut fra et helsefaglig ståsted. Håp beskriver de at bør stå i samsvar med behandlingsdiagnosen. Videre legger utvalget NOU (1997:20) vekt på at pasienten også har rett til å definere sitt håp, selv om behandler ikke oppfatter dette som realistisk. De påpeker videre at behandler da bør være oppmerksom på at dette kan være en konsekvens av blokkering eller fortregning av informasjon.

Rustøen (2006) beskriver at håp er knyttet opp til forskjellige dimensjoner. Håpet er knyttet opp til: følelseslivet, det er knyttet opp til kunnskap i form av det kognitive, til handlinger som en gjør og som blir gjort mot en. Håpet er også knyttet opp mot samvær med andre og det er fremtids orientert i form av tidsaspektet. Til slutt nevner Rustøen (2006) at håpet også er knyttet opp mot det kontekstuelle. Det vil si miljøet som pasienten lever i.

5.1 Hva fremmer håp?

Burkley & Herth (2004) identifiserte syv punkter som fremmet håp og tre punkter som hemmet håp i sin studie på britiske terminale pasienter. Denne studien hadde tidligere

² Håp blir her betraktet som den fundamentale kunnskapen og følelsen av at det er en vei ut av vanskelighetene, og at ting kan mestres. Det finnes en løsning for mennesket, og – overordnet alt – det er veier ut av lidelse. Håp blir følgelig betraktet som en positiv ressurs, som følelsen av det mulige. Dette gir energi. Håp hevdes videre å være overalt og alltid til stede(...) (Rustøen 2006:44).

blitt gjort i USA av Herth. Ved hjelp av Herth Hope Index identifiserte de at kjærlighet for familie, sette seg mål og opprettholde selvstendighet, humor, personlig styrke, positive minner, godt forhold til helsepersonell og religiøs/spirituell tro hadde betydning for å opprettholde håpet.

5.2 Hva hemmer håp?

Burkley og Herth (2004) Identifiserte i tillegg til de syv punktene nevnt ovenfor, tre punkter som hemmer håp. Isolasjon og følelsen av å være forlatt, ukontrollerte smerter og dårlig ”comfort” og manglende interesse rundt deres liv var ting som førte til å svekke håpet.

”Håpløshet er ikke et problem, men derimot en sorg, en byrde, som er tung å bære for pasienten. Dersom personalet, som oftest har hatt fokus på løsninger av pasientens problemer (man er løsningsorientert – på godt og vondt), betrakter håpløsheten som et problem og ikke som en sorg, vil anstrengelsene deres ofte komme til kort.” (Kaasa 2007:131)

Det å være profesjonell innebærer ikke alltid å ha alle svarene. Tid til å høre på pasientens opplevelser, eller problemer som melder seg kan være vel så god hjelp. Kaasa (2007) vektlegger det at ved at pasienten får snakke ut om håpløsheten blir ikke problemene så tunge å bære. Håpløsheten vil også være et innpass til hva som er pasientens håp, fordi håpløsheten, ifølge Kaasa (2007) er knyttet opp til et håp.

5.3 Håpets betydning i livets siste fase

Benzein et. al. (2001) identifiserte i sin forskning på elleve terminale kreftpasienter fire punkter som hadde betydning for håpet. Det å kunne håpe på å bli kurert, var det ene. Selv om pasientene var klar over sin situasjon, hadde de et håp om et mirakel eller at legevitenenskapen skulle komme opp med en ny kur. Håpet om å kunne leve så normalt som mulig, så lenge som mulig var også viktig for pasientene. Å kunne ha gode relasjoner til sine nærmeste og helsearbeidere var viktig for å opprettholde håpet. Det

siste punktet som ble identifisert, gikk ut på forsoning med livet og døden. Gjennom denne forskningen fant de ut at det var en spenning mellom det å håpe på noe og det å leve i håpet.

6.0 SYKEPLEIERENS ROLLE

Helsepersonell blir i Rustøen (2006), Burkley & Herth (2004) og av Benzien et al (2001) beskrevet som viktige bidragsyttere for at pasienten skal kunne bevare håpet. Helsepersonell kommer nær pasienten, og overtar mange av de oppgavene pasienten tidligere selv har tatt seg av. Dette er ikke uproblematisk, og mange faktorer vil kunne påvirke hvordan dette oppleves, både for pasienten og sykepleieren. Det er imidlertid noen områder som er spesielt av betydning for hvordan forholdet vil oppleves og utarte seg.

6.1 Kroppstell

Lorensen (2003) spurte i sin hovedfagsoppgave hvordan sykepleie kan styrke pasientens håp. Hun så det fra sykepleiers ståsted og intervjuet to sykepleier ved en sykehusavdeling som primært drev med palliativ behandling. Studien viste at det ofte var de små tingene som var med å styrke håpet til pasienten. Stellet var ikke med på å gi håp, men måten sykepleien stelte pasienten kunne være med å styrke håpet.

6.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet "*communicare*" som betyr å gjøre noe felles. (Eide og Eide 2006) Kommunikasjon vedrører ikke bare det vi verbalt kommuniserer, men også det vi kommuniserer non-verbalt. Kroppsspråket vårt er en viktig formidler av non-verbal kommunikasjon. Gjennom kommunikasjon får en bekreftet tilliten en har til den andre eller en opplever misstillit. (Løgstrup 1999) Pasienten har en forventning til sykepleieren og dens rolle og det samme har sykepleieren. Forventinger å bli behandlet med verdighet og respekt og ikke bli krenket ligger iboent menneske. Men pasienter som er i en slutfase av livet er kanskje ekstra sårbare De har ikke bare en lidelse som ofte blir forbundet med mye smerte, men de har også mottatt den medisinske dødsdommen som kan medføre ekstra sårbarhet. Eide og Eide (2006) fremhever at profesjonell kommunikasjon ikke bare er det verbalt men også innbefatter aspekter som empati, etikk, fagkunnskaper rasjonalitet, målorientering, følelser, nåtid, fortid og fremtid. (Eide og Eide 2006:64)

6.3 Samhandling

Rollene blir som regel endret når en person blir rammet av en medisinsk dødsdom, slik som uhelbredelig kreft er. Dette medføre utfordringer for både pasienten og familien. Sosialt nettverk, yrkesmessige forhold og økonomiske forhold kan bli satt på prøve. Usikkerheten i forhold til rolleskiftet kan melde seg og pasienten og familien kan oppleve håpløshet. (Kaasa 2007)

Kaasa (2007) legger vekt på at *"[h]vert av familiens medlemmer må få konkrete råd om sin rolle og forventninger og funksjoner både som pårørende og som omsorgsgiver"* (Kaasa 2007:64) Videre poengterer Kaasa (2007:90) at *"Personene i pasientens nærmeste nettverk har ofte ferdigheter, kunnskaper, ønsker og erfaringer som vil være ressurser i det palliative arbeidet* Sykepleieren kan med tillatelse fra pasient j.f. helsepersonelloven § 21 (1999) være med å tilrettelegge miljøet rundt pasienten. I form av offentlige papirer, søknad om hjelpemidler, søknad om ekstra hjelp osv. Kaasa (2007:91) beskriver at *"gode kommunikasjonsferdigheter hos personal(...) [er] sentral."* Videre sier han at pasient og pårørende trenger informasjon slik at de kan forbrede seg på hva som venter dem. Forutsetningene for motta informasjon vil være svært individuelt og dette medfører at utfordringer i forhold til sykepleierens kommunikasjons ferdigheter. Nok og riktig informasjon vil være med å skape trygghet for pasienten og pårørende (Kaasa 2007)

6.4 Sykepleierens arbeidsmiljø

Rasmussen et al (1997) gjorde en studie av nitten hospits sykepleier. Studien søkte kunnskap om både positive og negative erfaringer sykepleier som pleier pasienter på det siste, gjør seg i sitt arbeid med disse pasientene. Artikkelen tar opp at sykepleiere møter negative holdninger i samfunnet tilknyttet det å være sykepleier til døende pasienter. De tar også opp problemer som vedrørende kompetansen til de ansatte og at erfarne sykepleiere ga uttrykk for at de ofte fikk de såkalte "vanskeligste" pasientene. De

konkluderte med at et godt arbeidsmiljø var viktig for at sykepleieren kunne gi god sykepleie til terminale pasienter

6.5 Sykepleierens evne til å legge til rette

Ekeland (2007) sier at empowerment enkelt sagt betyr å gi mer makt til de som trenger det, for å bli bedre rustet til å styre sitt liv i retning av egne mål og behov. Dette blir videre beskrevet som myndiggjøring. I følge Ekeland er dette et begrep som oppfattes positivt, og som tar sikte på å løse et problem. ”Det overordna målet er alltid å setje den hjelpetrengande, eventuelt i samarbeid med andre, betre i stand til å hjelpe seg sjølv” (Ekeland, 2007:83). Det er altså pasienten som skal hjelpe seg selv, gjerne i samarbeid med sykepleier.

7.0 DRØFTING

Jeg ønsker i denne delen å drøfte ulike momenter som påvirker den kreftsyke pasient sitt håp, i livets slutfase. Siden ønsket er å opprettholde et allerede eksisterende håp, vil jeg bruke punktene som ble identifisert gjennom studiene til Burkley & Herth (2004) og Benzein et al (2001). Gjennom drøftingen vil jeg prøve å belyse hva sykepleier kan gjøre for å opprettholde disse håpene til pasientene.

Løgstrup beskriver håp som en spontan livsytring, noe som gir seg til kjenne når situasjonen krever det. I møte med lidelse vil håp gi seg til kjenne. Kreftpasienter i slutfasen vet at de skal dø, men likevel vektlegger de håp i deres hverdag. I forskningen til (Benzein et al:120) beskriver en pasient. ” *If hope disappears, you have nothing*” Corwin (2005) beskrev også håpets betydning biografien om hennes kreftsyke datter. Hun vektla at legene ikke måtte legge frem faktaene på en slik måte at de fratok datteren hennes håpet, om å kunne bli bedre. Håpet kan være forskjellig, fra spørsmål som vedrører pasientens her å nå situasjon, til spørsmål som er uvisse og vanskelige å gi noe svar på.

Sykepleierne har gjennom sitt arbeid et håp om å hjelpe pasienten. I forhold til kreftpasienter i slutfasen kan dette være at de klarer å lindre smerter, gjennomfører stellet på en slik måte at pasienten opplever velbehag, klarer å svare på spørsmål pasienten kommer med og klarer å formidle støtte til pasienten og familien. (Rasmussen et all 1997) Sykepleier kan også oppleve barmhjertighet ovenfor pasienten. Dette blir bekreftet gjennom studien Rasmussen et all (1997) gjorde. De la her vekt på å kunne være fullt til stede for den døende pasient og deres familie, slik at pasienten og familien opplevde å bli respektert og hjulpet i den siste tiden. Løgstrup hadde sitt syn på barmhjertighet. *Barmhjertighed vækkes af, at et menneske hindres i at fuldbyrde sit liv. Det appellerer til et livshåb, der er så elementært, at det er et håb om at se ethvert liv fuldbyrdet.*» (Løgstrups 1994: 123)

7.1 Opprettholdelse av selvstendighet

Burkley & Herth (2004) identifiserte at pasientene opplevde håp, når selvstendighet ble ivaretatt. I for eksempel en stellsituasjon kan sykepleier legge til rette for at pasienten får stelle seg selv så mye som mulig. Denne tankegangen bygger på empowerment tanken, hvor det er pasienten som skal gjøre tingene selv, for å nå mål eller dekke behov. (Ekeland 2007) Men hva skjer når pasienten da blir så syk at han eller hun ikke klarer å ta vare på seg selv?

Martinsen legger vekt på det faglige skjønnnet når hun skal beskrive hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter som ikke klarer seg selv og sier at *"Godt skjønn er den rette bedømmelsen hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandre gjensidig."* (2003:91) Det faglige skjønnnet, beskriver Martinsen, preges av å være praktisk. En lærer gjennom situasjoner. Gjennom kartlegging og erfaringer vil også sykepleier kjenne til hvilke rutiner pasienten har. Dette gjør at sykepleier kan være med å ivareta pasientens autonomi selv når pasienten er svak og ikke klarer å gjøre dette selv. På den måten kan kanskje pasienten ha krefter til å gjøre mer betydningsfulle ting, som å ta imot besøk. En pasient i Benzein et al (2001:121) sa det slik om å sette seg mål. *"Now I think, I hope I can sit up this afternoon, I'm going to have a visitor, I hope I have the energy."* Men som regel er det ikke bare en sykepleier som steller pasienten. Dette gjør at sykepleier må dokumentere hvordan pasienten ønsker det og fortsette å oppdatere dette etter hvert som sykdommen skrider frem. Dette er også lovpålagt i Helsepersonellovens § 39, som sier at den som yter helsehjelp skal registrerte opplysninger. (Lov av 1999)

Smerter kan være en av grunnene til at kreftpasienter opplever tap av selvstendighet. Dette fordi smerter ofte øker ved fysisk aktivitet. Dette gjør at pasienten blir sengeliggende og trenger hjelp til flere oppgaver. (Burkley & Herth 2004) identifiserte også at ukontrollerte smerter var negativ faktor for å bevare håp. Et virkemiddel sykepleiere har i den sammenheng er ESAS skjema som tidligere nevnt. Dette vil kartlegge om pasienten eksempelvis har smerter i ro, har smerter i bevegelse, og smertens karakter på en skala fra 0 – 10. Hvordan smertene arter seg kan beskrives med ulike ord, som for eksempel murrende, stikkende, eller huggende osv. Brukes dette skjemaet over tid kan sykepleier og lege kartlegge smertene, slik at rett type

smertestillende blir gitt på det mest gunstige tidspunktet. Kreftpasienter i slutfasen har som regel mye smerter (Kaasa 2007), men disse kan som oftest lindres ved hjelp av god smertebehandling, og da er kartlegging svært viktig.

7.2 Relasjon til familie og venner

Burkley & Herth (2004) og Benzein et al (2001) identifiserte at gode relasjoner til familien var viktig for å opprettholde håp. For at pårørende skal kunne være en resurs, er informasjon om sykdommen viktig. (Kaasa 2007) Pårørende opplever ofte engstelsen over hva som venter dem De lurte på om deres nærmeste kommer til å oppleve ubehag og hva vi som helsearbeidere gjør for å motvirke dette. Kaasa (2007) Videre beskriver han at et rollebytte ofte skjer ved alvorlig sykdom. Den personen som gjerne har vært familiens overhode er plutselig så syk at han eller hun ikke klarer å ta vare på seg selv. Pårørende kan hjelpe helsearbeidere til å se personen bak lidelsen, sykepleieren kan hjelpe pårørende med kunnskap om sykdommen og behandlingen.

Men at nettet til pasienten alltid er til stede, er ikke en selvfølge. Mange eldre har ofte et lite nettverk. (Kaasa 2007). Her kan sykepleieren spille en stor og viktig rolle. Selv der det tilsynelatende ikke finnes noe nettverk, kan det skjule seg en resurs. Kanskje er det en gammel nabo som alltid har vært der, et familiemedlem man har mistet kontakten med. Bevarelsen av dette nettverket vil da være viktig for pasienten. Mulighet for samtaler slik, at de har mulighet til å luften sine tanker rundt lidelsen kan være en mulighet. Informasjon om dagsform kan være med å hjelpe pårørende å forberede seg mentalt til møte med pasienten. Tilrettelegging slik at pårørende opplever å være delaktig i pasientens tilværelse. Konkret informasjon om for eksempel hvordan sykdommen utvikler seg kan være nyttig ifølge Kaasa (2007) Oppfordre også pårørende til å kunne snakke om vanskelige forhold rundt sykdommen, sammen med den syke. En pasient i Burkley & Herth`s studie (2004), beskrev at mannen hennes ikke var villig til å snakke med henne om vanskelige ting. Dette følte sårt og hun opplevde at hun var alene med problemene sine. Pårørende kan være en resurs i forhold til å bringe frem gode minner, slik som Burkley & Herth (2004) identifiserte som et element som fremmet håp. Familien kan også være en inngangsport for humor og glede, men også en

inngangsport for sorg. Gode minner vil som regel vekke latter og humør og her kan sykepleier legge til rette de fysiske miljøene slik at det appellerer til å komme på besøk. Tilrettelegging av samtalerom, tirivelig stue eller oppholdsarealet kan være ting som gjør at miljøet blir bedre. Familien kan også ta med seg sorgen, noe som kan virke både positivt og negativt. Pasienten kan gjerne oppleve det som negativt, hvis pårørende ikke ønsker å snakke om vanskelighetene. Sorgen kan bidra til positive ting, fordi det binder pasienten og pårørende tettere sammen. Klarer en å snakke ut om problemene sine kan dette være med å styrke pasienten. Her kan sykepleier for eksempel her fungere som en sikkerhetsventil. Pårørende får luftet tanker rundt sorgen, snakket igjennom problemene på sammen måte som sykepleier også kan hjelpe pasient og snakke igjennom sorgen og problemene. Selv om pasientene i denne studien vektla at gode relasjoner til pårørende var viktig, er det ikke nødvendig at alle har et godt forhold i familien. Muligheten for at pasienten opplever ytterligere håpløshet på grunn av dette er derfor også tilstede.

7.3 Spirituelle og åndelig behov

Pasientene i Burkley & Herth (2001) sin studie la vekt på å spirituelle og åndelige behov var av betydning for opprettholdelsen av håpet. Benzein et al (2001) la vekt på en forsoning mellom liv å død hadde betydning for deres opplevelse av håp.

”Alt har sin tid og en tid er satt for alt det som skjer under himmelen. Det er en tid til å føde og en tid til å dø,(...) en tid til å tie og en tid til å tale, en tid til å elske og en tid å hate” (Forkynneren kap. 3, Det gamle testamentet)

Det kan være vanskelig for sykepleier å tre inn i en samtale som omhandler eksistensielle spørsmål. Dette fordi ens egen usikkerhet kan blir gjort synelig og en er kanskje redd dette vil smitte over på pasienten. Sykepleiere ved Loisenberg hospic opplevde at de trengte seg innpå pasienten ved å ta opp emner vedrørende tro, men at det var enklere å ta opp dette spørsmålet når de visste om pasientens oppfatning angående tro. (Dahl 2003)

Gjennom tro kan en ha en livsoppfatning av hva eksistensielle spørsmål omhandler, men en vet ikke sikkert. Sitatet ovenfor, som er hentet fra Bibelen kan for noen virke

forsonene. Sitatet tar også opp sider som viser problemstillingen sykepleien jobber under. Bitterhet over ikke å kunne leve lenger, usikkerheten over det ukjente, frykten for å forlate verden, ønske om å bli husket men samtidig håpet om at familien ikke skal gå til grunne på grunn av deres bortgang. Dahl (2003) la vekt på nærvær og anerkjennelse av pasienten som person og deres liv var viktig i en slik samtale. Om sykepleier selv ikke gjør dette, er det viktig at dersom pasienten ønsker dette, å få snakke om temaet. Pasienten kan få snakke med en prest, eller annen religiøs leder. Kaasa (2007) beskrev at pasienter ofte søkte etter mening, formål og verdi med livet.

7.4 Humor og personlig styrke

Burkley & Herth (2004) identifiserte at oppholdelse av humor og personlig styrke, var viktig for å bevare håpet. Når pasienten opplever slappet som følge av enten fatigue eller underernæring kan dette både påvirke humøret og opprettholdelsen av personlig styrke. I forhold til underernæring kan dette skyldes kakeksi. Det er da viktig å kartlegge om kakeksi skyldes primær sykdommen eller om det er en årsak som følge av sykdommen. (Kaasa 2007) Kreftpasienter som sliter med dårlig matlyst, får som regel ønskekost. Av egen erfaring blir det da fra sykepleieres side vektlagt fettrik og proteinrik mat til disse pasientene. Noe som også kan sette en stopper for matlysten er kvalme og obstipasjon. Kaasa (2007) I forhold til kvalme, kan sykepleien passe på at rommet er godt utluftet før måltider, tilby afipran mot kvalmen. I forhold til obstipasjon, står mange pasienter på dolpolack for å smøre tarmen. Men dette krever at pasienten drikke minimum en og en halv liter for dagen. Lacoberal dråper kan være en løsning, men også svsker er brukt. Men humøret og personlig styrke holdes ikke bare oppe av å bli av med sine fysiske plager. Humøret til personalet kan være med å vippe dagen i en positiv eller negativ favør. Rasmussen (1997) legger vekt på et godt arbeidsmiljø, for å kunne gi pasienten god omsorg. Burkley et al (2004) beskrev at samtaler med medpasienter kunne være med å opprettholde håpet.

7.5 Håp om å bli kurert

Pasienter i Benzein et al (2001) hadde også et håp om å bli kurert Dette kan medføre problemer for sykepleien. J.f NOU (1997:20) kan ikke sykepleier bekrefte dette håpet som realistisk. Dette fordi de går imot hva som behandlende diagnose sier er naturlig å håpe på. Men som Rustøen (2006) beskriver handler ikke håp bare om å se realiteten i situasjonen, det hører også til følelsene og de innbefatter da også drømmer og ønsker. Utvalget for nasjonal kreftplan NOU (1997:20) la også frem at pasienten måtte ha rett til å definere sitt eget håp. Men de la også til at et "urealistisk" håp også kunne være på grunn av fortregelse eller blokkering av informasjon. Intervjupersonene i Benzein et al (2001) sin studie beskrev at selv om de var klar over sin skjebne, håpet de på å bli kurert.

Slik jeg ser det er det nødvendig med god informasjon, men jeg stiller meg undrene til føringene NOU legger i at håpet bør være realistisk. Slik jeg ser det er håpet til pasienten, det pasienten sier er håpet. Det er ikke alltid vi kan hjelpe med dette, men vi skal ikke legge noen føringer som stenger for kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleier så vel som behandler er avhengig av at pasienten har tillit til dem og deres behandling. Hvis håp om å bli kurert fremdeles er til stede, vil dette også være med å opprettholde troen på behandlingen, selv om pasienten "kun" mottar lindrende behandling.

7.6 Relasjon til helsepersonellet

Både pasientene som deltok i studien til Benzein et al (2001) og Burkley & Herth (2001) beskrev at en gode relasjoner til helsepersonell var viktig får å bevare håp. I Benzein et al (2001) la pasientene vekt på at personalet var faglig dyktig og at de informerte og svarte på spørsmål. Dette stiller som Kaasa (2007) beskriver det krav til sykepleierens kommunikasjonsferdigheter. Sykepleieren må komme i en Jeg – Du relasjon til pasienten. Buber peker på at et slikt forhold bærer preg av gjensidighet, åpenhet og respekt. Martinsen mener at relasjonen sykepleier – pasient bærer preg av at gjensidig avhengighet av hverandre. På den måten opparbeider forholdet tillit. Et slikt

forhold vil være av stor betydning, for at pasienten skal oppleve å få tilstrekkelig informasjon. Et slikt forhold vil også gjøre det lettere for sykepleier å sikre seg at pasienten har forstått informasjonen som er gitt, slik det blir beskrevet i pasientrettighetsloven (1999) § 3.2 Men når en nyutdannet, har en ikke nødvendigvis alle svarene på hva pasienten spør om, dette kan gjøre at jeg – du forholdet blir satt på prøve fordi, den ene parten er usikker og dette kan gjøre at usikkerheten smitter over på andre part. Rasmussen (1997) pekte på at erfarne sykepleiere opplevde å stadig få de såkalte ”vanskelige” pasientene, fordi de mindre erfarne sykepleierne gjerne ikke følte seg kapabel nok til å gå inn til disse pasientene. Martinsen (1993) legger vekt på at man lærer gjennom erfaring, og at dette tar tid.

Selv om pasienten opplever håpløshet, for eksempel som følge av isolasjon, som Burkley & Herth (2004) identifiserte, er det mulighet for å hjelpe pasienten. Kaasa (2007) skriver at håpløshet gjerne er knyttet opp til et konkret tap av håp. Slik som isolasjon, som kan være opplevelse av tap av relasjon til familie og venner. Dette åpner en mulighet for sykepleier, med godkjenning av pasient til å ta kontakt med for eksempel familie for å prøve å formidle kontakt mellom disse. Men som Kaasa (2007) også skriver er det ikke nødvendigvis at håpløsheten kan løses, men at pasienten trenger noen som kan lytte til deres opplevelse.

8.0 Konklusjon

Sykepleiere spiller uten tvil en stor rolle for kreftpasienter som nærmer seg livets slutt. Gjennom kommunikasjon og samhandling lærer sykepleieren pasienten å kjenne, og det åpnes for et tillitsforhold mellom disse to. Sykepleieren, med sin fagkunnskap og erfaring, sitt faglige skjønn og medmenneskelighet vil kunne lette mange av pasientens plager. Kun når dette oppfylles vil pasienten kunne bruke sine krefter rett, - nemlig på det pasienten selv opplever som verdifullt. Selv når alt legges til rette kan håpet bli fortrenget, men forutsetningene for at håpet blir opprettholdt, vil i mye større grad være tilstede.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H et al (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS

- Almås H. (2001) *Klinisk sykepleie* bind 1 Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

- Benzein E, Nordberg Astrid, Saveman Britt-Inger. *The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care* Palliative Medicine 2001;15: 117-126 [Elektronisk versjon] Tilgjengelig fra: Medline [Lest 10.01.09]

- Berle og Torsteinson (1993) *Den reflekterte praktiker i sykepleieperspektiv*. I Martinsen, K (red) *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano AS

- Buber M. (1992) *Jeg – Du* Cappelen Forlag AS Oslo

- Buckley Jenny, Herth K. *Fostering hope in terminally ill patients* Nursing Standard Nov 17 vol 19 2004 [Elektronisk versjon] Tilgjengelig fra: ProQuest Medical Library [Lest 14.01.09]

- Corwin G. (2005) *Idas dans* Dinamo AS Oslo

- Dahl M. (2003) *Palliativ behandling: Hospice Lovisenberg* Sykepleien 13 Hentet 10 feb 2009 fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=68>

- Eide H. og Eide T. (2006) *Kommunikasjon i relasjoner* Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

- Ekeland, T.H & Heggen, K. & (2007). *Meistring og myndiggjering* Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

- Kaasa S. (2007) *Palliasjon* Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

- Kristoffersen N.J., Nortvedt F, Skaug A,E. *Grunnleggende sykepleie bind 4* Gyldendal Norsk Forlag Oslo

- Lorentsen V.B. (2003) *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* Sykepleieren (21)3 Hentet okt. 08 fra <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=915&categoryID=39>

- Love om pasientrettigheter (1999) *Pasientrettighetsloven* <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>

- Løgstrup K.E. (1999) *Den etiske fordring* Cappelen Forlag AS Oslo

- Løgstrup K.E. (1994) *Opgør med Kierkegaard*: Gyldendalske Boghandel København

- Martinsen, K. (1990). *Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie*. I Jensen, T. K et al. *Sykepleiens grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Martinsen K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup* Tano AS Otta

- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet* Bergen: Fagbokforlaget.

- Norsk studiebibel (1998) *Forkynneren kap 3* Bibelforlaget AS Nesbyen

- NOU 1997:20 (1997) *Rapport fra et utvalg for utredning av nasjonal kreftplan* Oslo: Sosial og helsedepartementet. Hentet 9 februar 09 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20.html?id=141003>

- Pedersen L. (2007). *Behandling af fatiuge. (Patologisk træthed) hos kræftpatienter – med fokus på kræftpatienter i palliativ fase*. Hentet 11/2 2009 fra: http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2007/UFL_EKCMA_2007_44/UFL_EKCMA_2007_44_51143

- Rasmussen Birgit, Sandman Per-Olof, Nordberg Astrid. *Stories of being a hospice nurse: A journey towards finding one`s footing* Canser nursing Vol 20:5 1997
[Elektronisk versjon] Tilgjengelig fra: Medline [Lest 14.01.09]

- Reitan A.M., Schølberg T.K. (2008) *Kreftsykepleie* Akribe Forlag AS Oslo

- Roaldseth B.O. (2006) *Gjennom Dunkelheten* Quocunig Press Vikedal

- Rustøen T. (2006) *Håp og livskvalitet* Gyldendal norsk forlag AS Oslo

- Verdens helse organisasjon. Definisjon på palliativ omsorg. Hentet 9 februar 2009 fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg