



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgåve)

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

(mappe, heimeeksamen..)

Kandidatnr: 36

Leveringsfrist: 22.2 2013

Ordinær eksamen

Rettleiar: Inger Epland Straume

Antal ord: 8407

HÅP I LIVETS SLUTTFASE



Henta frå: www.redbubble.com

DER BORTE

Eg kan skimta det så vidt.
Det ligge langt der framme.
Eg nærme meg skritt for skritt.
Eg vil aldri bli den samme.

Det har vært mitt holdepunkt
som mest av alt eg skjerme.
Kvært skritt va så hardt og tungt.
Eg har aldri vært så nærme.

Eg har mongen gongar følt
at veien fram va vie.
Men ofta så har eg nølt.
Eg har aldri vært så frie.

Av: Tore Jamne

Samandrag

Tittel

Håp i livets slutfase.

Bakgrunn

Kreft tek årleg omlag 10 000 liv, og berre i 2010 vart det oppdaga 28 271 nye tilfeller av sjukdomen (Kreftregisteret, 2013). Å oppleve kreftsjukdom vil for mange pasientar vera eit trugsmål mot håp, og håpløyse kan oppstå. Sjukepleiar må difor ha kunnskap knytt opp mot faktorar som kan bidra til å oppretthalde og gjenvinne pasientens håp, og i palliativ fase.

Travelbee (1999, s 117) seier at håpet er ein prosess som gjer den sjuke motivasjon.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar fremje håp hos kreftpasient i palliativ fase.

Føremål

Føremålet med oppgåva er å tilegne seg auka kunnskap i samband med faktorar som kan bidra til å fremje håp hos kreftsjuke i palliativ fase.

Metode

Oppgåva er ei litteraturstudie.

Resultat

Funna som vert vektlagde i oppgåva er kommunikasjon, tillit, respekt og relasjonar med andre. Sjukepleiar må frå første møte med pasienten i heimen formidle eit ønske om å gjere seg fortent pasienten sin tillit. Dette vil kunne bidra til betre flyt i kommunikasjon, som er ein sentral faktor for å kunne fremje håp. Å vise at ein er tilstades for pasienten, og at ein lyttar når pasienten kjenner behov for det, er viktige eigeskapar hos sjukepleiar for å kunne fremje håp. Samtidig må pasienten få ytre eigne ynskjer og meiningar.

Oppsummering

Sjukepleiar kan ikkje gi pasienten håp, men gjennom samhandling med pasienten kan sjukepleiar likevel bidra til å styrkje pasientens håp. Dersom ein som sjukepleiar har kunnskap knytt opp mot faktorar som fremjar håp hos kreftsjuke, kan ein gjere ein forskjell for denne pasientgruppa.

Nøkkelord:

Kreft, palliativ pleie, håp, hjemmesykepleie

Abstract

Title

Hope in the terminal stage

Background

Every year cancer takes about 10 000 lives, and in 2010 there were discovered 28 271 new cases of cancer (Kreftregisteret, 2013). For many of the patients it can be a threat to the hope to live with cancer, and many can feel a loss of their hope. Because of this, it is important that nurses know how to maintain and regain the patients lack of hope, also in the palliative phase. Travelbee (1999, s 117) says that hope is a process that gives the patient motivation.

Question

How can nurses promote hope for cancer patients in the palliative phase.

Aim

The aim of this study is to get more knowledge related to the factors that can promote hope for the cancer patients in the palliative phase.

Method

This study is based on the method literature review.

Results

The main findings in this study is communication, trust, respect and relations with others. The nurse must from the first meeting try to convince the patient that she deserves his trust. This can promote a better communication, that also is a central factor in promoting the patients hope. To show the patient that one is listening when he needs it, and to be around the patient, is important characteristics for a nurse to be able to promote hope for the patient. At the same time, the patients must be allowed to have their own wishes and opinions.

Summary

The nurse cannot give hope to the patient, but can through interaction with the patient help to strengthened the patients hope. If the nurse has knowledge related to the factors that is important to promote hope with cancer patients, one can make a difference for this group of patients.

Keywords

Cancer, palliative care, hope, home care services

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Tema	2
1.2 Bakgrunn for val av tema	2
1.3 Problemstilling med grunngjevnad, avgrensing og presiseringar	3
2.0 Teori	4
2.1 Teoretisk perspektiv	4
2.2 Annan teori	6
2.2.1 Rettigheitar jf. regelverk	6
2.2.2 Palliativ pleie med fokus på heimen som arbeidsstad	6
2.2.3 Håp	7
2.2.4 Respekt og verdigheit	8
2.2.5 Kommunikasjon: Å kommunisere om døden	8
3.0 Metode	9
3.1 Definisjon av metode	9
3.1.1 Systematisk litteraturstudie som metode	10
3.2 Etikk	10
3.3 Min metode	11
3.4 Kjeldekritikk	12
4.0 Resultat	17
4.1 Presentasjon av utvalde forskingsartiklar	17
5.0 Diskusjon	20
5.1 Pasienten sin heim som arbeidsarena for sjukepleiaren	20
5.2 Kommunikasjon - ein naudsynt faktor i samhandling med pasienten	21
5.2.1 Nonverbal kommunikasjon - overføring av budskap utan ord	23
5.2.2 Kommunikasjon i praksis	23
5.3 Pasienten si oppleving av håp	24
6.0 Avslutning	26
Litteraturliste	27
Bøker	27
Artiklar	27
Nettstader	28
VEDLEGG 1. Resultattabell	29

1.0 Innleiing

Kreft er den sjukdomen som årleg tek flest liv i Noreg, med omlag 10 000 dødsfall per år (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2009 s. 22). Kreft (cancer) vert kjenneteikna av ukontrollert deling og spreining av celler. Sjukdommen kan ramme nær kva del som helst av kroppen. Dei ukontrollerte cellene er kjenneteikna ved at dei kan infiltrere nærliggjande vev, metastasere. (Jacobsen et al, 2009 s. 23)

I følgje Kreftregisteret fekk 28 271 personar diagnosen kreft i 2010. Av desse var høvesvis 53% menn og 47 % kvinner. Dei hyppigaste krefttypane blant menn er prostatakreft, lungekreft, tjukktarmskreft, kreft i blære, samt hudkreft. For kvinner er dei vanligaste kreftformene brystkreft, lungekreft, tjukktarmskreft, føflekkreft, samt kreft i livmor. (Kreftregisteret, 2013)

Ein del av desse krefttypane kan førebyggjast. Mellom anna seier Kreftforeninga at 4300 krefttilfeller i Noreg kunne vore unngått, dersom tobakk ikkje hadde vore nytta. Dette kjem fram etter som resultat i ei europeisk undersøking der også norske forskarar har delteke. Andre faktorar som kan spela inn i førebygging av kreft er kosthald og fysisk aktivitet (Kreftforeninga, 2013). Sjølv om forskning visar at ein del ytre faktorar som mellom anna stråling og andre mekaniske påverknadar kan forhindrast, spelar og indre faktorar som arv, hormonell påverknad og immunologiske forhold inn i utviklinga av sjukdomen. Dei fleste sjukdomstilfella får sin oppstart ved at ytre påverknadsfaktorar set i gong sjukdomsprosessen via skadar på arvematerialet. (Jacobsen et al, 2009 s. 24)

Blant dei som får ei kreftdiagnose ser ein no som trend at stadig fleire overlever (Kreftregisteret, 2013. Denne oppgåva tek sikte på sjukepleie til kreftsjuke som ikkje vil overleva sjukdomen, der kurativ behandling er avslutta og livets slutt er nærståande.

Palliasjon vert av European Association for Palliative Care, EPAC og Verdas helseorganisasjon, WHO (Helsedirektoratet, 2010) definert slik:

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 døden som en del av livet.

1.1 Tema

Temaet for oppgåva er kreft og palliativ pleie

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt "kreft og palliativ pleie" som tema til mi bacheloroppgåve, fordi eg tenkjer det er eit interessant og viktig emne. Som sjukepleiar møter ein pasientar i alle livets fasar. Den dødssjuka pasienten er gjerne i ein situasjon prega av mangel på håp, samtidig som pårørande rundt pasienten er i krise, ofte med påbegynte sorgreaksjonar. Gjennom arbeidserfaring har eg lært at livets slutfase kan vera ei fin tid. Stemninga i heimen til den sjuke er heilt spesiell, og det arbeidet ein som sjukepleiar legg ned vert verdsett.

Temaet mitt vil eg knyte opp mot praksis- og arbeidserfaring i heimesjukepleien. I arbeid i heimesjukepleien står ein ofte åleine i pasientsituasjonar, difor er det svært naudsynt at ein har tilstrekkeleg kjennskap til den aktuelle pasient, samtidig som ein har kunnskap om hans sjukdom og situasjon. I tilknytning til tematikken for oppgåva har eg valt å dra inn sjukepleieteorien til Travelbee, fordi eit av måla i hennar teori set fokus på nettopp det å hjelpe mennesket til å finne meining ved sjukdom og lidning. I tillegg kjem det tydeleg fram i nytta litteratur at arbeid med alvorleg sjuke og deira pårørande, spesielt i heimen, knyt tette band i relasjonen pasient/sjukepleiar. Dette er eit av momenta Travelbee nemner som viktig i sin sjukepleieteori, når ho snakkar om menneske-til-menneske-forhold.

For at livets avslutning skal verte verdig, trur eg ein er avhenging av å skape/fremje håpet hos pasienten. Hensikta med denne oppgåva er å tileigne meg kunnskap om kva for faktorar som er viktige for å oppretthalde og gjenvinne håp for pasienten som er prega av alvorleg kreftsjukdom.

For å gjere det enklare for lesaren i oppgåva, vel eg å kalla sjukepleiar for ho, og pasienten for han.

1.3 Problemstilling med grunnleggjend, avgrensing og presiseringar

"Korleis kan sjukepleiar fremje håp hos kreftpasient i palliativ fase?"

I forhold til problemstillinga mi, har eg gjort ein del avgrensingar. Dette for at den skal vera mest mogleg presis, samt at den skal kunne besvarast på ein god måte:

- Pasienten har ei alvorleg kreftlidning, som medfører at han er i livets slutfase
- Pasienten bur i heimen saman med pårørande
- Pasienten er vaksen
- Pasienten mottok heimesjukepleie

Eg ser difor føre meg ei oppgåve som tek sikte på å kome fram til faktorar som fremjar håp om ei verdig avslutning, hos den kreftsjuke pasienten som er i livets slutfase. Samtidig som det er ei mål at pasienten opplever tryggleik, må dei pårørande ivareta på ein god måte, slik at dei slepp å ta rolla som pleiar for pasienten, i tillegg til å vera den sjuke sin næraste. I sjølve oppgåva vert ikkje dei pårørande vektlagde, men dei vert likevel nemnde, sidan dei er ein viktig del av den siste tida pasienten har att å leva. Smertelindring er ein viktig del i utøvinga av palliativ sjukepleie, men vil i denne oppgåva ikkje verte utdjupa, fordi oppgåva i storleik vert for liten til det.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

Ut frå oppgåva si problemstilling "Korleis kan sjukepleiar fremje håp hos kreftpasient i palliativ fase?" har eg valt å nytte Joyce Travelbee sin sjukepleieteori.

Travelbee definerar sjukepleie slik (Travelbee 1999, s. 29)

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Hennar sjukepleiedefinisjon byggjer på eit eksistensialistisk menneskesyn, og det kjem fram at lidning og smerte er ein uungåeleg del av menneskelivet. Sjukepleie tek difor sikte på pleie og hjelp til den sjuke og lidande, slik at han skal oppleve ei meining i situasjonen.

(Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005 s. 26-27).

Det at Travelbee kallar sjukepleie for ein mellommenneskeleg prosess, vert grunngeve med at sjukepleie alltid dreiar seg om menneske, både direkte og indirekte (Travelbee, 1999 s. 30). Eit menneske definerar ho som "*et unikt og uerstattelig individ (...)*" (Travelbee, 1999 s. 54).

"Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom, lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 41). I oppnåinga av dette målet vert det som Travelbee kallar "menneske-til-menneske-forhold" oppretta. Dette forholdet vert kjenneteikna av ein eller fleire opplevingar og erfaringar mellom sjukepleiar og pasient, og vert målbevisst etablert og oppretthalde av den profesjonelle sjukepleiaren. (Travelbee, 1999 s. 41). Samtidig vert den enkelte (eller familien) sitt behov for sjukepleie ivareteke. Eit slikt forhold oppstår når omgrepa "sjukepleiar" og "pasient" vert sette til side, ein ser på kvarandre som enkeltindivid, og det vert bygd opp gjennom samhandling med pasienten. (Travelbee, 1999, s. 171)

Liding er i likskap med sjukdom, ein erfaring ein som menneske før eller seinare vil møte i livet. Lidinga er knytt til det å vera menneske, alle vil før eller seinare møte sjukdom og smerter av fysisk eller psykisk karakter. (Travelbee, 1999, s. 98)

Travelbee visar til at det å bry seg om noko, og det å lide, er tett knytt opp mot kvarandre. Ut frå hennar syn, vert mennesket kjenneteikna ved at det evnar å bry seg om, verdsetje og setje pris på personar, forhold og sider ved livet. Ho seier at nettopp difor vil lidinga oppstå når ein

opplever at noko eller nokon ein verdset vert truga. Lidinga ein opplever, vert sterkare dess meir verdi det ein mistar, eller står i fare for å miste, har. (Kristoffersen et al, 2005 s. 28)

I ein situasjon prega av sjukdom og liding, kan det vera vanskeleg å halde på håpet. Å hjelpe den sjuke til å halde fast ved håpet og unngå håpløyse, eller gjenvinne håp for den som har mista det, er sjukepleiars oppgåve. For å klare dette, må sjukepleiar vera tilgjengeleg, samt villeg til å hjelpe, mellom anna i det å lytte til den sjuke når han snakkar om sin angst og frykt. Den sjuke treng kvalifisert og medfølande omsorg av høg kvalitet, og sjukepleiar kan gjennom dette oppfatte teikn på psykiske, så vel som fysiske, plagar. Å vera lite merksam på pasientens velvære og behov, kan vera med på å ta i frå pasienten håpet. Å gi håp til pasienten er ikkje mogleg, men sjukepleiar kan leggje tilrette for at den sjuke skal oppleve håp. Tillit og val, er aspekt som står sterkt knytt opp mot håpet. Sjukepleiar kan ikkje forvente pasientens tillit frå første stund. Gjennom å vise at ho vil hjelpe han når behovet oppstår kan ho danne grunnlag for tillit frå pasienten. Den sjuke kan sjølv gjere ein del val knytt opp mot pleia som skal utførast, på tross av sjukdom. Sjukepleiar må difor la pasienten medverke og seie frå om kva han meiner. Sjukepleiar på si side, skal utføre hjelpa pasienten treng, utan at han må spørje om det. (Travelbee, 1999 s. 123-124)

Å bruke seg sjølv terapeutisk er i følgje Travelbee eit kjenneteikn ved den profesjonelle sjukepleiar. For å klare dette må ein sjølv vera bevisst på korleis eins eiga åtferd påverkar andre menneske. Sjukepleiar må ha djup innsikt i menneskets vilkår, og verdier og haldningar knytt opp mot sjukdom, liding og død må vera gjennomtenkte.

Kommunikasjon vert i teorien hennar omtalt som eit viktig verkemiddel når det kjem til etablering av eit menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon vert sjukepleiar kjend med pasienten som person, slik ho kan identifisere hans særeigne behov. For å kome fram til pasientens behov for sjukepleie, og korleis behova skal møtast, nyttar sjukepleiar eigne fagkunnskapar og innsikt gjennom ei systematisk tilnærming til pasientsituasjonen. (Kristoffersen et al, 2005 s. 32)

For å oppsummere teoretikaren Travelbee i korte trekk, kan ein seie at ho ser på sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess som tek sikte på å hjelpe individ, familie og samfunn til å førebyggje liding, bera og finne meinig i lidinga, gjennom ei målretta intellektuell tilnærming, det å bruke seg sjølv terapeutisk og gjennom kommunikasjon. (Krisoffersen et al, 2005 s. 33)

2.2 Annan teori

2.2.1 Rettigheitar jf. regelverk

Kommunen er pliktig til å gi pasienten den hjelpa han har behov for. Dette er nedfelt ved lov både i pasient- og brukarrettigheitslova (1999) og i helse- og omsorgstenestelova (2011). I lov om pasient- og brukarrettigheitar § 2-1a står det at pasient og brukar har rett til naudsynthe helse- og omsorgstenester frå kommunen. Vidare heiter det at pasient og brukar har rett til eit verdig tenestetilbod i samsvar med helse- og omsorgstenestelova §4-1 som omhandlar krav knytt til fagleg forsvarlegheit, pasientsikkerheit og kvalitet. I §3-1 er pasientens rett til medverknad nedfelt; pasient og brukar har rett til å medverke ved gjennomføring, og ved val knytt opp mot helse- og omsorgstenester. (Pasient- og brukarrettigheitslova, 1999). Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m (2011) har mellom anna som føremål å sikre at tenestetilbod vert lagt til rette for den enkelte pasient på ein slik måte at individet sin integritet og verdigheit vert respektert, samtidig som tilbodet skal vera tilpassa den enkelte pasient sine behov. Lova seier i §3-1 at kommunen har ansvar for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynthe helse- og omsorgstenester. I §3-2 kjem det fram at det er kommunen som er ansvarlege for helsetenester i heimen. Samtidig pålegg lova jf. §3-4 ei plikt til å leggje til rette for samhandling og samarbeid mellom ulike instansar i kommunen (Helse- og omsorgstenestelova, 2011).

2.2.2 Palliativ pleie med fokus på heimen som arbeidsstad

Som tilsett i heimesjukepleia kjem ein inn i heimen til pasienten som profesjonell yrkesutøvar, samtid som ein er besøkjande. Dette medfører at ein må vise respekt og forståing ovanfor pasient og pårørande sine val og ynskjer for sitt liv og sin heim. Som sjukepleiar må ein difor sjå balansen og gjere avklaringar med pasienten for kva ein sjølv meiner er til det beste for pasienten og kva pasienten meiner er til det beste for seg sjølv (Birkeland og Flovik, 2011 s. 43)

I heimen får ein lettare eit overblikk over pasientens situasjon. Dette gjeld og for psykososiale og eksistensielle behov. Uansett kva for fase ein finn pasienten i, er heimen ein forutsetnad for dei grunnleggjande behova for privatliv, personleg integritet og intimitet. Sjølv om ein mottek hjelp i eigen heim, har ein rett til eit privat og sjølvstendig liv som inneber tryggleik og verdigheit (Rønning, Strand & Hjermsstad, 2008 s. 217).

Palliativ sjukepleie og omsorg tek sikte på å betre livskvaliteten til den døyande og hans pårørande. Fokusområdet er pasienten si velvære, fordi lækjande behandling ikkje lenger

nyttar. Gjennom førebygging kan sjukepleiar hjelpe pasienten, slik at hans smerter og lidning vert redusert. Livet skal ikkje avsluttast før det er slutt. Ein må difor støtte pasienten til å sjå døden som ein normal prosess (Birkeland og Flovik, 2011 s. 103).

I tillegg til lindring av smerter og andre symptom, ligg det og eit fokus på lindring av psykososial og åndeleg smerte. Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient vert sentral, og saman med erfaring og kunnskap er relasjonen kjerna i palliativ pleie. Heimebasert palliativ pleie vert definert som "*Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av siste tiden av livet i hjemmet*" (Rønning et al, 2008 s. 213).

For at hjelpa til den sjuke skal kunne utførast på ein god måte, bør det oppnemnast ein pasientansvarleg sjukepleiar som tek ansvar for å koordinere ansvaret. Dette vil og sikre kontinuiteten i helsehjelpa vert ivareteken. Hjelpa til pasienten kan då koordinerast ut frå hans situasjon og ynskjer (Birkeland og Flovik, 2011 s. 105).

2.2.3 Håp

"Håpet er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige" (Travelbee, 1999 s. 117).

Vidare skriv Travelbee (1999 s. 117) at den som håpar, har ei tru på at det å nå fram til sine ynskjer, vil gje ei positiv endring i livet. Sjølv om sannsynet for å oppnå sitt håp er lite og måloppnåinga urealistisk, kan håpets prosess vera nyttefull. Dette fordi håp er motivasjon, som gjev den sjuke energi til å setje inn krefter i samband med sjukdomsprosessen (Travelbee, 1999 s. 117). Håpet er karakterisert av at ein er avhengig av andre, det er framtidsretta samt at det er relatert til val og ynskjer. Det har samanheng med tillit og uthald, samtidig som det er relatert til mot. Forventinga av at andre skal kome ein til hjelp i situasjonar der eigne ressursar vert for knappe, er alltid knytt opp mot håpet. (Travelbee 1999 s. 118, 119, 120).

Den som er utan håp trur ikkje forandringar er moglege, det vert såleis vanskeleg å løyse problem eller meistre vanskar i livet. Kjensla av nytteløyse er i stor grad knytt opp mot det å meistre problem. Tankar om framtida er vonde for ein person utan håp, fordi han er overvelda av problema og situasjonen (Travelbee, 1999 s. 122).

Kjensla av håpløyse oppstår truleg i samband med at den sjuke har opplevd ei intens lidning mentalt, fysisk eller åndeleg over tid. I denne tida har ikkje den sjuke fått hjelp eller opphøyr i

lidinga. Den sjuke har hatt eit håp, men det er tapt i lidinga (Travelbee, 1999 s. 123).

2.2.4 Respekt og verdigheit

For å forstå omgrepet verdigheit må ein forstå respekt. I følgje Alvsvåg (2010 s. 65) visar Ascheoug og Gyldendahls Store norske leksikon (1988) til ord som "*ærbødigelse*" "*aktelse*", "*anseelse*", "*frykt*" og "*autoritet*" for å forklare omgrepet respekt. Kvart enkelt menneske har verdi. Bak denne tanken ligg menneskets verdigheit til grunn. "*Det som det ikke kan settes pris på, som ikke kan byttes med noe, har verdighet*" (Alvsvåg, 2010 s. 66).

Respekt og verdi er omgrepa som vert nytta om kvarandre, og som ofte vert lagt same meining i. Likevel kan ein seie at verdigheit vert knytt opp mot noko ein har, medan respekt vert knytt opp mot noko ein gjer. (Alvsvåg, 2010 s. 66)

Verdigheit kan visast til pasienten på mange måtar; korleis ein ser på han, korleis ein berører kroppen, måten ein utøvar pleie på, og korleis ein lyttar og samtalar med han. Samtidig handlar verdigheit om å ta seg tid til pasienten. Gjennom det å vise omsyn i den situasjonen han er i, sjå pasienten bak diagnosen, og leggje ned engasjement i historia til den enkelte pasient, kan sjukepleiar vise respekt for verdigheita hans. (Alvsvåg, 2010 s. 67).

2.2.5 Kommunikasjon: Å kommunisere om døden

Kommunikasjon er viktig, men kan i følgje Hjort (2008, s. 450) også by på utfordringar. Pasienten må så godt det la seg gjere, få vite at ein nært føreståande død er eit faktum. Ikkje sjeldan gir helsepersonell beskjedar som er for optimistiske. Dette kan undergrave tilliten pasienten har til helsepersonell. Eldre er ofte budde, samtidig som dei er takksame for å vite korleis framtidsutsiktane ser ut. Gjennom omsorgsfulle samtalar skapar ein dermed tillit hos den sjuke. Kommunikasjon må altså forståast som meir enn informasjon. "*Informasjon er å snakke til folk, mens kommunikasjon er å snakke med folk. Forskjellen er helt avgjørende*" (Hjort, 2008 s. 450).

Kommunikasjon er og sentralt i samband med menneskeleg omsorg for pasienten og hans pårørande. Når ein utførar tiltak må ein vera i stand til å forklare kva ein gjer, og hensikta bak. På ein slik måte kan ein fremje tryggleik, og unngå at pasienten sit att med ei kjensle av "tom rutine". Kvar pasient og kvart dødsleie er unikt. Pasienten må difor oppleve omsorg ut frå sine premisser (Hjort 2008 s. 454).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Ein metode seier oss noko om korleis ein skal gå fram for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012 s. 111). Dalland (2012, s 110) siterar Aubert (1985, s. 196) for å forklare omgrepet metode:

"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"

Når ein skal velje ein eksakt metode, må ein sjå valet ut i frå det ein meiner vil gje best moglege resultat, samtidig som det kan belyse problemstillinga på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012 s. 111).

Det er to metodetypar som er mest nytta i forskingssamanheng; det er kvantitative og kvalitative metodar:

Kvantitative metodar er kjenneteikna av at dei forsøker å få fram ei mest mogleg eksakt avspesling av røynda, den gjev data i form av målbare einingar. I ei kvantitativ undersøking er det mange deltakarar, men ein hentar inn få opplysingar frå kvar informant.

Intervjumetodikken er prega av spørjeskjema, der svaralternativa er fastsette på førehand. Forskaren har ikkje direkte kontakt med kvart intervjuobjekt. Ein seier difor at den kvantitative metoden går i breidda, og ein forsøker å få fram det gjennomsnittlege, det som er til felles (Dalland, 2012 s. 113).

Kvalitative metodar er kjenneteikna ved at dei forsøker å gjengi den kvalitative variasjonen i høgast mogleg grad, i form av meiningar og opplevingar som ikkje let seg talfeste. Ei kvalitativ studie har få deltakarar, men ein hentar inn mest mogleg opplysingar frå kvar informant. Intervjumetodikken er prega av fleksibilitet, og det er ikkje på førehand lagt opp til strukturerte intervju. Forskaren har direkte kontakt med kvart intervjuobjekt. Den kvalitative studia går difor i djupna, og har som føremål å få fram det som skil seg ut, det som er spesielt (Dalland, 2012 s. 113).

3.1.1 Systematisk litteraturstudie som metode

Denne oppgåva skal følgja retningslinjene for ei systematisk litteraturstudie. I følgje Mulrow og Oxman (1997) sitert i Forsberg og Wengstrøm (2008, s. 31) kan ein seia at ein systematisk litteraturstudie utgår frå ei tydeleg problemstilling, der ein systematisk veljer ut forskning som ein identifiserar, analyserar og vurderar som relevant for sitt emne, og som gir eit svar på den aktuelle problemstillinga. For å få ein god systematisk litteraturstudie er ein avhengig av tilstrekkeleg med kjelder (studiar) av god kvalitet, som kan danne grunnlaget for gode og korrekte slutningar (Forsberg og Wengstrøm, 2008, s.30). Dalland (2012 s. 223) viser til den litterære oppgåva, der det er vurdering av dei skriftlege kjeldene som vert nytta som metodisk reiskap. Ei litteraturstudie har klare avgrensingar, både i samband med storleik og struktur. Den skal jf. Dalland (2012 s. 224) innehalde moment knytt opp mot innleiing, teori, metode og materiale (funn/resultat etter litteratursøk), resultat og drøfting.

3.2 Etikk

"Forskingsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering og gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater" (Dalland, 2012 s. 94).

Forskingsetikk handlar altså om det å ivareta personvern, samt sikre truverdigheita av forskningsresultata. Forskinga sitt overordna mål om å komme fram til ny kunnskap og innsikt må aldri gå på bekostning av den enkelte deltakar si integritet og velferd. (Dalland, 2012 s. 96)

For å ivareta desse interessene har Kunnskapsdepartementet oppretta ei rekkje forkingsetiske komitear. All forking som omhandlar menneske, menneskeleg biologisk materiale eller helseopplysingar, skal før oppstart ha fått godkjenning av gjeldande regional komité for medisinsk og helsefaglig forkingsetikk -REK. REK er samansett av personar med ulike fagbakgrunn, dette for å sjå etiske aspekt frå ulike synsvinklar. (Dalland, 2010, s. 98)

Etiske vurderingar handlar om meir enn reglar. I følgje Dalland (2012 s. 95) betyr dette at ein på førehand må tenkje gjennom kva etiske utfordringar arbeidet medfører, samt korleis ein kan handtera dei. Samtidig kjem det fram at ein må gjere etiske vurderingar og bruke personopplysingar på ein ryddig måte, for å ivareta eit godt forhold til dei personane som stiller seg til disposisjon med erfaring og opplevingar som vert nytta i forking eller studentoppgåver (Dalland 2012 s. 95)

Som student må ein og gjera etiske vurderingar når ein held på med eit skriftleg arbeid. All form for personopplysingar må vernast, samt at ein må oppgi kjelder på ein ryddig og korrekt måte, for å unngå fusk. Oppgåva har og ein del avgrensingar i samband med storleik og tidsbruk, som vil kunne spela inn på resultatet. Målet er likevel at problemstillinga skal besvarast på ein god måte, i tråd med tilgjengelege ressursar og avgrensingar.

3.3 Min metode

På grunn av at eg hadde klart føre meg tema for oppgåva tidleg i prosessen, har eg hatt god tid til å leite fram forskingsmaterial i ulike databasar. Etter å ha utarbeida ei mellombels problemstilling tok eg til med artikkelsøk. For å finne fram til gode forskingsstudiar med høg kvalitet, vart ulike databasar i tilknytning skulebiblioteket nytta. Aktuelle databasar som vart søkt i var mellom anna SveMed, CINAHL og Ovid Nursing, samt ei gjennomgang i sykepleien.no i håp om å finne gode artiklar på norsk. Dei nytta databasane gav interessante treff, med unntak av sjukepleien.no, der ingen av studiane var relevante for mi problemstilling. For å avgrense utvalet av artiklar til det minimale, søkte eg berre etter artiklar i fulltekst, publisert dei ti siste åra.

Søkeorda eg har valt å nytte er: kreft, palliativ pleie, omsorg, cancer, palliative care, terminal care, hope, home nursing, home care services, well-being og nurse-patient-relations.

Når eg starta artikkelsøk med søkeorda *cancer* og *palliative care* fann eg fort ut at dette var eit område som har vorte satsa på innan forskning. Eg starta opp med eit breitt søk i SveMed, der eg fann mesh til dei norske orda "kreft", "palliativ pleie" og heimesjukepleie. "Cancer", "palliative care", "home nursing" og "home care services" kom då opp som gode søkeord, men med mange treff. Første søk i SveMed gav heile 1628 treff ved bruk av order "cancer, medan "omsorg" gav 180 treff. Søkeordet "håp" gav i SveMed berre 6 treff, alle norske, sidan søkeordet var på norsk. Etter ei grundig gjennomgang i dei ulike titlane, fann eg artiklar som er relevante for mi problemstilling. Artikklane er relevante fordi dei har funn, som saman med utvalt teori, gir grunnlag for å svare på problemstillinga.

Ved bruk av fleire søkeord og ulike kombinasjonar i CINAHL og seinare Ovid Nursing, kom eg fram til fleire artiklar som verka nyttige for mi problemstilling. Sidan eg har valt artiklar på fleire språk, mellom anna er fleire av dei engelskspråkleg, vil eg ta høgde for at delar av forskingsmaterialet eg har funne kan ha blitt feiltolka, eller misforstått.

3.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode ein kan nytte for å forsikre seg om at ei kjelde er sann (Dalland, 2012 s. 67). Dalland (2012 s. 72) seier vidare at når ein er kjeldekritisk, vurderar og karakteriserar ein den litteraturen ein har valt å nytte seg av.

For at innhenta litteraturmateriale skulle ha høgast mogleg kvalitet og relevans for mi problemstilling, har eg forsøkt å ikkje nytte meg av artiklar og bøker som er meir enn ti år gamle. Dette fordi det har vore ei stor utvikling forskingsmessig dei seinare åra kring sjukdomen kreft. Det meste av pensumlitteratur som har vorte nytta er og av nyare dato, utanom "*Mellommenneskelige forhold i sykepleien*" av Travelbee, som vart utgitt i 1999. Hennar bok er likevel relevant, då den belyser hennar sjukepleiefaglege teori og kunnskapar. Av studiane eg har valt å inkludere i denne oppgåva er ein godkjent av Datatilsynet, medan ein er godkjent av *Regional Research Ethical Board of Linköping University*. To av studiane oppgjev ikkje godkjenning frå etisk komité etc. men vert likevel inkluderte grunna relevans for problemstillinga. Kjeldeanvisingar vert gjort i samsvar med HSH sine retningslinjer, for å unngå plagiat, samtidig for å unngå å ta æra for andre sitt arbeid. All praksis- og arbeidserfaring som er brukt i oppgåva er skriva på ein slik måte at pasientopplysingar ikkje kan kjennast att, for å ivareta teieplikta.

Tabell 1: SveMed: 11.11 2012

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Cancer	Les online	1628
S2	Omsorg	Les online	180
S3	Håp	Les online	6

Frå SveMed søk S1 vart artikkelen "*Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle*" av Hynne og Kvangarsnes (2012) valt.

Den første artikkelen har eg valt å ta med i oppgåva, fordi eg meiner det er relevant å sjå kreftsjukepleiaren si rolle i kommunehelsetenesta. Sjølv om oppgåva har fokus på sjukepleie utan vidareutdanning, vil kreftsjukepleiar vera ein ressursperson for sjukepleiekollegar som arbeidar i heimebaserte tenester.

Tabell 2. CINAHL: 19.12 2012

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat
S1	Cancer		54696
S2	Terminal care		16096
S3	Well-being		5179
S4	S1 AND S2 AND S3	Publisert: 2002-2012. Fulltekst	82
S5	Cancer	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	8107
S6	Palliative care	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	19953
S7	S5 AND S6	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	504
S8	Home care services	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	386
S9	S5 AND S6 AND S8	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	7
S10	S5 AND S8	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	22
S10	Nurse-patient- relations	Publisert 2002-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	9455
S11	S10 AND S2 AND S6	Publisert: 2003-2012. Fulltekst. Journal subset: Nursing	13

Frå søk S4 vart artikkelen "*Understanding the meaning of social well-being at the end of life*" valt ut, fordi den gjev nyttig informasjon kring den døande si oppleving av velvære, samt faktorar som bidreg til velvære, ved livets slutt. Det at studien finn stad i USA kan vera eit minus for mi oppgåve, men samtidig peikar den på pasienten si oppleving, så eg vel likevel å nytte den.

Frå søk S11 vart artikkelen "*Nurses nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase*" funne. Denne er teken med som datamateriale, fordi eg ser nonverbal kommunikasjon som ein viktig faktor i samhandling med pasientar i palliativ fase. Undersøkinga er gjennomført i Polen, og sjukepleiarane som deltek arbeidar ved ulike hospitsavdelingar. Dette er ikkje heilt i samsvar med mi problemstilling.

Tabell 3. Ovid Nursing: 8.1 2013

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat
S1	Cancer		29300
S2	Palliative care		6646
S3	Hope		3707
S4	S1 AND S2 AND S3	Publisert: 2003-2013	56
S5	Home nursing		3660
S6	S4 AND S5		2

Frå søk S4 vart artikkelen "*Maintain hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care*" valt ut, fordi den har relevans i høve mi problemstilling på tre punkt; den omhandlar kreftsjuke heimebuande pasientar i palliativ fase. I tillegg er det ein fordel at undersøkinga artikkelen er basert på, er utført i Sverige, då det kan tenkjast at ulikskapane mellom norsk og svensk helsevesen ikkje er for store.

4.0 Resultat

Felles for dei fire utvalde studiane i denne bacheloroppgåva, er kort oppsummert at dei alle omhandlar sjukepleie til kreftpasientar i livets slutfase. Materialet som er henta inn, visar synspunkt og meiningar frå både sjukepleiar og pasient sin ståstad, noko eg ser som viktig for å få fram den totale forståinga i oppgåva.

Av dei utvalde artiklane er 2/4 studiar utført for å få kunnskap om sjukepleiarane sine metodar i samhandling med kreftpasientar i palliativ fase, medan 2/4 studiar tek sikte på å formidle pasientens sine synspunkt og meiningar. Alle dei fire studiane har gjort funn knytt opp mot kommunikasjon. Artikkelen til Kozłowa og Doboszynska (2012) vektlegg spesielt bruk av nonverbal kommunikasjon som eit viktig emne. Hynne og Kvangarsnes (2012) trekkjer i tillegg fram samtalar for vurdering av den enkelte pasient sitt behov som viktig. Felles for dei artiklane som tek sikte på å formidle pasienten sin ståstad, er funn knytt til viktigeita av å ha nokon å samtale med, også pårørende og familie. Det å ha nokon å samtale med, om opplevingar og erfaringar i livet, ser ut til å vera ein viktig faktor i pasienten si oppleving av håp. Begge artiklane omhandlar omgrepa håp og livskvalitet. Olsson, Östlund, Strang, Grassman og Friedrichsen (2010) har i sin studie gjort funn knytt opp mot to prosessar for å halde håpet oppe; 1) å fortsetje livet, 2) å førebu seg for døden. Prince-Paul (2008) har gjort funn som tydar på at menneske i livets slutfase har behov for å formidle kjærleik og takksemi til sine næraste.

4.1 Presentasjon av utvalde forskingsartiklar

Her kjem samandrag av dei fire utvalde artiklane. For ei meir detaljert gjennomgang, sjå resultattabell i vedlegg 1.

Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle

Denne artikkelen, av Hynne og Kvangarsnes (2012) har til føremål å finne fram til meir kunnskap knytt til det å vera kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta. Artikkelen byggjer på åtte kvalitative forskingsintervju med kreftsjukepleiarar i ulike kommunar, der intervjuar byggjer på 2 spørsmål: 1) Kva funksjonar har kreftsjukepleiarane? 2) Korleis opplever og vurderer dei yrkesrolla? Funna som kjem fram i artikkelen er at informantane i studien har både pasientretta funksjonar, samtidig som dei har systemretta funksjonar. Dei pasientretta funksjonane omhandlar førstegongsvurdering og oppfølgingssamtalar, behandling, symptomlindring og prosedyrar, personleg stell samt informasjons- og støttesamtalar. Dei

systemretta funksjonane omhandlar koordinatorfunksjonen, arbeid med å skape kontinuitet og fungere som kunnskapsressurs for anna helsepersonell, samt dokumentasjon av korleis ein nyttar arbeidstida si.

Understanding the Meaning of Social Well-being at the End of Life

Denne artikkelen av Prince-Paul (2008) byggjer på ei kvalitativ, hermenautisk fenomenologisk studie, utført i USA. Siktemålet med studien er å få kunnskap om terminalt sjuke si oppleving av velvære og livskvalitet ved livets slutt. Åtte vaksne pasientar deltok i studien, som hadde som inkluderingskrav at pasienten var kreftsjuk, budde heime, og var deltakar i eit hospitsprogram. I tillegg måtte pasienten ha tilfredstillande kognitiv status (jf. Short Portable Mental Status Questionnaire) samt ligge på eit smertenivå som tillet gjennomføring av intervju. Det vart gjort funn i studien som peikar på viktige interaksjonar med pårørande, vener, kollegar etc. Kjærleik og takksemnd kjem fram som viktig moment i samtalar med desse. Alle deltakarane viste til at åndelege forhold vart styrka av sjukdomsprosessen. Tap av funksjonar og endring i utsjånad auka byrda for dei næraste, samtidig som det truga identiteten til pasienten. Det å leve livet som det kjem, og vera takksam for å få vakne til ein ny dag der ein kan reflektere, kommunisere og vera ein del av daglegdagse aktivitetar vert trekt fram som positivt.

Nurse`s nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase

Denne artikkelen av Kozłowska og Doboszynska (2012) byggjer på ei kvantitativ studie med bakgrunn i ei spørjeundersøking med 24 spørsmål. Føremålet med studien er å fastslå kva for kommunikasjonsmetodar sjukepleiar nyttar seg av i samhandling med terminalt sjuke pasientar, med eit særleg fokus på nonverbal kommunikasjon. Deltakarane i undersøkinga er 95 sjukepleiarar tilsette ved 5 ulike hospitseiningar i Polen. Studien viste at sjukepleiarane som deltok, oftast nytta berøring, ansiktsuttrykk og augnekontakt som metode for nonverbal kommunikasjon. Dei gav samtidig uttrykk for at å oppleve at pasienten i høgast grad verdsette å ha ei hand å halde i, i vanskelege situasjonar. Spørjeundersøkinga viste at 88% av informantane hevda å ikkje ha vanskar knytt opp mot kommunikasjon med pasientar, medan omlag halvparten ynskte meir øving i kommunikasjonsferdigheiter, då dei meinte sjukepleiarar sine evne og kunnskap til kommunikasjon ikkje er tilstrekkeleg.

Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care

Denne artikkelen av Olsson, Östlund, Strang, Grassman og Friedrichsen (2010) byggjer på ei

studie med kvalitativ metode. Undersøkinga er utført i Sverige. Hensikta med studien er å teikne eit bilete av korleis kreftsjuke i palliativ fase bevarar håpet. Eit av kriteria for deltaking i studien er at pasienten bur i heimen. Material er henta inn gjennom to rundar med intervju, samt dagboksnotat frå deltakarane. 11 informantar vart intervjuja første gong og 9 vart også intervjuja for andre gong, omlag seks veker seinare. Ei gjennomgong av materialet etter intervju og dagboksnotat viste at pasientane jobba seg gjennom to prosessar: 1) å fortsetje livet 2) å førebu seg på døden. I prosessen med å fortsetje livet fokuserte pasientane på å bevare livets mening, samtidig som dei viste behov for å kommunisere med sine næraste om forhold knytt til døden. Resultat viser at pasientane fann hjelp i å skifte fokus, samt fleire opplevde det som nyttig å ha viktige personar med seg på "reisa" dei opplevde den siste tida. Desse viktige personane var pårørande, vener og/eller medisinsk personale. Det å ta ansvar for framtida, samtidig som ein såg moglegheiter for eit liv etter døden, var til hjelp i det å skulle innfinne seg med døden.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil eg drøfte problemstillinga mi "*Korleis kan sjukepleiar fremje håp hos kreftpasient i palliativ fase*" opp mot innhenta forskingsmaterial, samt i lys av relevant faglitteratur. I tillegg vil eg forsøkje å trekkje inn erfaring frå praksis og arbeid i heimetenesta. Tema som er drøfta i dette kapitlet, er ulike emne eg i teori- og -resultatdelen har kome fram til som relevante for å fremje håpet hos denne pasientgruppa.

5.1 Pasienten sin heim som arbeidsarena for sjukepleiaren

Mange kreftsjuke har eit ynskjer om å tilbringe siste del av livet i heimen. Pasient- og brukarrettigheitslova (1999) seier at pasienten har rett til å medverke ved val og gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Det å forlate heimen betyr ikkje berre å forlate kjende omgjevnadar, men og det å forlate ektefelle/partner (Birkeland & Flovik, 2011). Dersom ein som sjukepleiar skal kunne fremje håp hos pasienten, trur eg det er viktig at ein støttar opp om ei slik avgjerd, samtidig som ein legg til rette for at tida i heimen skal bli så god som mogleg. Håpet er framtidorientert, samtidig som det er knytt opp mot val og ynskjer, seier Travelbee (1999, s. 119).

"Å ha valgmligheter i en vanskelig situasjon, å stå fritt til å velge mellom alternativer, er antakelig mer enn noen annen enkeltfaktor en kilde til opplevelse av frihet og autonomi hos mennesker" (Travelbee, 1999 s. 119).

Å få den hjelpa ein treng, uavhengig av om ein er i heimen eller på institusjon, er lovfesta i helse- og omsorgstenestelova (2011). Det vert her sagt at kommunen er pliktige til å tilpasse hjelpa ut frå pasienten sitt behov. Slik vert altså pasientens interesse sikra gjennom lovverket. Dersom pasienten ynskjer å tilbringe den siste tida i heimen, er kommunen såleis pliktige til å utøve hjelp som sikrar den enkelte pasient sin verdigheit og integritet (Helse- og omsorgstenestelova, 2011). Gjennom erfaring frå praksis og arbeid i heimetenesta, ser eg at fleire og fleire kreftsjuke ynskjer å døy i heimen. Dette medfører eit behov for kartlegging, planlegging og tilrettelegging, samtidig som det skapar eit auka kompetansebehov knytt til palliativ pleie. Dette for at den siste tida til pasienten i heimen skal verta så god som råd.

Hynne & Kvangarsnes (2012) har i sin studie gjort funn som visar kreftsjukepleiar i kommunen sine systemretta funksjonar. Ei av desse funksjonane er å vera koordinator for alvorleg sjuke og døyande. Ein fungerer då som kontaktperson og samarbeidspart i samband med spesialisthelseteneste, primærlækjar og heimetenesta. Ved hjelp av eit kartleggingsbesøk dannar kreftsjukepleiar eit grunnlag for å organisere og koordinere hjelpa pasienten treng, i

samband med anna helse- og sosialpersonell.

"Når ein alvorleg sjuk pasient i samråd med familien ynskjer å tilbringe siste levetida heime, har kreftsjukepleiaren ei sentral rolle i forhold til å koordinere og delta i samtalar mellom ulike tenestenivå og på kort tid legge til rette praktisk utstyr i heimen" (Hynne & Kvangarsnes, 2012).

Både Birkeland & Flovik (2011, s. 107) og Rønning et al (2008, s. 214) støttar opp om dette, når dei seier at ein av føresetnadane for at den sjuke skal kunne leve siste del av livet i heimen, er god koordinering og samhandling mellom ulike instansar. Når heimetenesta vert merksam på at ein pasient ynskjer å leve sine siste dagar i heimen, må ein setje i gong ei tilrettelegging, slik at situasjon vert best mogleg (Birkeland & Flovik, 2011 s. 107).

Velorganisert samhandling mellom primær- og sekundærhelsetenesta er avgjerdande, og kan oppnåast gjennom bygging og bruk av faglege og organisatoriske nettverk (Rønning et al, 2008 s. 214). Jf. helse- og omsorgstenestelova §3-4 (2011) er kommunen pålagde å leggje til rette for samarbeid og samhandling mellom ulike instansar.

5.2 Kommunikasjon - ein naudsynt faktor i samhandling med pasienten

At kommunikasjon er eit sentralt emne i samband med denne pasientgruppa kjem ein ikkje unna. Travelbee skriv i sin sjukepleieteori (jf teori side 5) at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess. Kommunikasjon på si side, er ei dynamisk kraft som verkar inn på mellommenneskeleg nærleik i sjukepleiesituasjonar (Travelbee 1999, s. 137).

Dei fire studiane som er utvalde til denne oppgåva viser alle til funn knytt til kommunikasjon, av ulik karakter. I følgje Webb (sitert i Kozlowska og Doboszynska 2012) er kommunikasjon og mellommenneskelege ferdigheitar heilt grunnleggjande for sjukepleiarar av god kvalitet; å ha gode kommunikasjonsferdigheitar betyr ikkje berre at ein kan uttrykke seg godt verbalt, ein er i tillegg i stand til å lytte til og tolke det pasienten formidlar, samt at ein taklar utfordringar knytt til kulturelle ulikheitane og kognitive - og emosjonelle tilstandar. Dette vert og støtta av Travelbee (1999, s. 136), som seier at kommunikasjon er ein prosess som gjer det mogleg for sjukepleiar og pasient å etablere eit menneske-til-menneske-forhold, og at kommunikasjon føregår mellom sjukepleiar og pasient, om dei er det bevisste eller ikkje (Travelbee 1999, s. 135). Vidare seier ho at sjukepleiar må vera i stand til å tolke det pasienten seier, samt nyttiggjere seg av denne informasjonen på ein slik måte at sjukepleieintervensjonar kan planleggjast (Travelbee 1999, s. 135). Slik eg forstår det, er kommunikasjon alltid ein sentral faktor i utøvinga av sjukepleie. Dette fordi ein utvekslar

viktig informasjon med pasienten. I tillegg kan ein gjennom kommunikasjon verte kjend med pasienten, samtidig som ein kan gjere seg verdig pasienten sin tillit. Gjennom samtale med pasienten kan ein tydeliggjere at han kan få medverke og ta avgjerder i samband med eiga pleie, noko eg ut frå eigne erfaringar ser som sentralt for å skape eit tillitsforhold med pasienten og hans pårørande. Travelbee (1999 s. 124) seier at tillit og val, slektar på håp. Gjennom eiga åtfærd forsøkkjer sjukepleiar å vise pasienten at ho vil utøve hjelp når det oppstår behov. Så langt som mogleg må den sjuke få ta avgjerdar angående eiga pleie (Travelbee 1999, s. 124). I lov om pasient og brukarrettigheitar (1999) er retten til medverknad nedfelt. Ein må difor som sjukepleiar leggje vekt på at pasienten sjølv skal få vere delaktig i avgjersler, så langt det lar seg gjere. Olsson et al (2010) har gjort funn som tyder på at pasienten finn håp i å verte høyrte. Sjølv om alvorleg kreftsjuke pasientar er i ein situasjon der dei stadig vert meir avhengig av andre for å meistre kvardagen, gav fleire informantar i studien uttrykk for kor viktig dei opplevde at deira meiningar og deltaking i daglegdagse gjeremål framleis var av betydning. Å kunne gjere verdifulle val gav pasienten ei kjensle av meining i kvardagen. Samtidig gav fleire av deltakarane uttrykk for at dei berre ynskte å kommunisere om døden på eige initiativ, fordi dei hadde behov for å førebu seg til ein slik samtale. Om samtalen knytt til døden ikkje hadde element av håp, var den utelukka. (Olsson et al, 2010). Som støtte til dette funnet nyttar eg Travelbee (1999 s. 123) sin teori knytt opp mot håp. Sjukepleiar bidreg til å oppretthalde håp og unngå håpløyse gjennom å gjere seg tilgjengeleg for pasienten, samt gjennom det å vera villeg til å hjelpe.

"Det er ganske enkelt ikke mulig å hjelpe den syke med mindre sykepleieren er tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det han er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter dem" (Travelbee, 1999 s. 123).

Kozłowska og Doboszynska (2012) har i sin studie undersøkt kva for kommunikasjonsmetodar sjukepleiarar i høgast grad nyttar seg av i samhandling med terminalt sjuke pasientar. Så mange som 88% av informantane meiner dei ikkje har problem knytt til det å kommunisere med pasienten. Resultat frå studien peikar likevel på at kommunikasjon med nye/ukjende pasientar og deira pårørande vert opplevd som vanskeleg, og omlag halvparten av informantane i studien vedgår at dei kunne tenkt seg meir trening knytt til kommunikasjon. Studien konkluderar med at sjukepleiarar som arbeidar med pasientar i livets slutfase treng meir kunnskap og trening knytt til kommunikasjon, både gjennom teori og praksis. Hynne og Kvangarsnes (2012) på si side, visar i sin studie til funn som tyder på at kreftsjukepleiarar ser førstegangs- vurderingar og -samtalar som ei viktig

oppgåve for å ivareta pasienten og hans pårørende sine behov for informasjon og støtte. Informasjon og støtte er sentralt for å meistre kvardagen med alvorleg sjukdom (Hynne og Kvangarses, 2012). Håpet er relatert til det å vera avhengige av andre, og er alltid knytt til forventinga om at andre skal komme ein til hjelp, når eigne ressursar kjem til kort (Travelbee, 1999 s. 119). Slik eg ser det er informasjon og støtte ein grunnleggjande del av det å fremje håp hos pasienten, fordi ein visar pasienten at ein er tilstades, og at ein er til hjelp når pasienten ikkje har ressursar til å klare seg sjølv. Det kjem og fram i denne studien at kreftsjukepleiar har eit ansvar for å koordinere hjelp til pasientane. Eg tenkjer difor det vert naturleg å konkludere med at kreftsjukepleiarane gjerne har breiare kompetanse knytt til førstegangsvurderingar av pasienten, medan sjukepleiar med grunnutdanning har kompetanse til å fylgje opp pasienten i samarbeid med koordinerande kreftsjukepleiar. Dette fordi kreftsjukepleiarar har meir kunnskap direkte knytt opp mot pasientar med kreftsjukdom.

5.2.1 Nonverbal kommunikasjon - overføring av budskap utan ord

I samband med nonverbal kommunikasjon, fann Kozłowska og Doboszynska (2012) at omlag halvpartane av informantane i studien målbevisst nytta dette som metode til bestemte føremål i pasientsamhandlinga. Berøring, ansiktsuttrykk og augekontakt vert trekt fram som mest nytta metode for nonverbal kommunikasjon. Over 80% av informantane seier dei uttrykkjer medkjensle ovanfor pasienten i den daglege samhandlinga. Hovudtyngda av deltakarane opplever at dei gjer dette gjennom nonverbal kommunikasjon, spesielt gjennom å halde pasienten i handa, gjennom å vera til stades for pasienten utan at det vert utveksla ord, eller gjennom smil og augekontakt. Sjukepleiarane i studien gjev og uttrykk for at dei trur pasienten i høgast grad verdset å ha ei hand å halde i. Travelbee (1999, s. 138) refererar til nonverbal kommunikasjon som ei overføring av budskap utan bruk av ord. Ein kan såleis vise kjensler gjennom nonverbale handlingar, samtidig som ein kan oppfatte den andre sine grunnleggjande intensjonar gjennom eigne tolkingar (Travelbee 1999, s. 139). Gjennom arbeid i heimetenesta har eg erfart at nonverbal kommunikasjon er eit godt verktøy i situasjonar der ord ikkje strekkjer til. Ved å ta seg tid til å sitje ved sida av pasienten, halde han i handa eller gjennom augekontakt kan ein formidle både empati og tryggleik utan å bruke ord.

5.2.2 Kommunikasjon i praksis

Slik eg kjenner det frå eigne erfaringar, er det første besøket heime hos ein alvorleg sjuk kreftpasient og hans pårørende eit tøft møte prega av mange inntrykk. Det er hardt å sjå eit

menneske som snart skal dø, samtidig som det gjev styrkje å kjenne at ein kan gjere ein forskjell for denne personen. Å stå i den vanskelege situasjonen saman med pasienten, treng ikkje bety at ein alltid har dei rette orda å gje. Erfaring har vist meg at det å gje pasienten ei hand å halde i, eller hjelp til eit godt leie i senga, også er ein form for kommunikasjon som vert verdsett av pasienten. Dette fordi eg som sjukepleiar formidlar empati, samtidig som eg trur det kan bidra til at pasienten kjenner seg ivareteken i den aktuelle situasjonen. Hjort (2008, s.450) omtalar kommunikasjon som ein naudsynt del i utøvinga av menneskeleg omsorg. For å vise pasienten og hans pårørende at dei er unike, må ein setje seg inn i deira behov slik at dei opplever å få omsorg ut frå sine premisser. Dette vil i følge Hjort (2008, s.454) kunne fremje tryggleik, samt at sjukepleiar gjev uttrykk for å vera tilstades i den enkelte pasient si unike "historie". Alvsvåg (2010 s. 66) visar til verdigheit, som må forståast som verdien til det enkelte menneske. Travelbee (1999, s. 187) legg i sin sjukepleieteori eit sterkt fokus på å sjå det unike i kvar enkelt menneske. Ho seier at håpet truleg spring ut av kunnskapen om at ein kan få hjelp utanfrå når det oppstår behov. *"Håp er alltid knyttet til forventingen om at andre vil komme en til hjelp, og til subjektiv kunnskap basert på personlig erfaring"* (Travelbee, 1999 s. 118)

5.3 Pasienten si oppleving av håp

Både Olsson et al (2010) og Prince-Paul (2008) har gjort funn som syner kva for faktorar pasienten trekkjer fram som viktige for å oppretthalde håpet. Deltakarane i studien gav uttrykk for at håpet var noko dei sjølv hadde ansvar for. Sjølv om andre kunne hjelpe dei til å gjenvinne håpet, eller håpe for dei, var håpet eins eige ansvar (Olsson et al, 2010). I studien trekkjer pasientane fram to ulike prosessar som nyttige i samband med å oppretthalde håpet: 1) å fortsetje livet 2) å førebu seg for døden (Olsson et al, 2010). Det å oppretthalde normalitet i kvardagen, trekkjer Olsson et al(2010) fram som viktige funn. Pasientane gav uttrykk for at dei i den grad det let seg gjera, forsøkte å halde fram med daglegdagse aktivitetar og hobbyar. Prince-Paul gjorde i sin studie liknande funn. Det kjem her fram eit ynskje om å oppretthalde roller og funksjonar knytt til kvardagslege aktivitetar. Dei fleste informantane i studien erkjente likevel at deira roller vart endra på grunn av sjukdomen, noko som og resulterte i ei endring i sjølvbiletet. Trugslar mot sosial identitet og yting av roller, utgjorde ei trugsel mot håpet for framtida (Paul-Prince, 2008). Travelbee (1999 s. 123) på si side, skriv at håpet kan tapast, dersom pasienten opplever lidning over tid. Tap av roller- og/eller funksjonar, kan i følge Travelbee (1999 s. 101) medføre lidning. Håpet, som kan gje den sjuke motivasjon og energi i sjukdomsprosessen, kan altså gå tapt i lidinga (Travelbee, 1999 s. 123). Gjennom

praksiserfaringar har eg sett pasientar som trass i alvorleg sjukdom, finn energi til å gjennomføre daglegdagse rutinar. Berre det å kome opp av senga og på toalettet kan trekkjast fram som eksempel. Heilt fram til siste slutt makta pasienten å hente fram krefter til å gå den vesle turen ut til toalettet. Eg synes dette er med og understrekar på ein fin måte, korleis pasienten, trass i tap av funksjonar, klarar å oppretthalde eit håp om å ivareta eigen verdigheit gjennom det å meistre behov som tidlegare har vore sjølvsgde.

6.0 Avslutning

Gjennom artiklane og faglitteraturen som har vorte plukka ut i samband med denne oppgåva, har eg fått auka min kunnskap om faktorar som kan bidra til å fremje håp hos kreftsjuke i palliativ fase, i tråd med målet for oppgåva.

Sentrale funn viser at håpet til pasienten kan fremjast gjennom å byggje tillitsrelasjonar til pasienten. Når ein oppnår pasienten sin tillit, vil kommunikasjon verte ein sentral faktor, fordi pasienten ser sjukepleiar som ein lyttar, og han kan sjølv medverke og gjere val i samband med eiga pleie. Nonverbal kommunikasjon, mellom anna berøring og ansiktsuttrykk, vert trekt fram som eit sentralt funn, fordi det er eit verkemiddel som kan formidle bodskap, utan bruk av ord. Funn visar at pasienten finn håp i å verte høyrte, samtidig som det kjem fram at pasienten kan verte frårøva håpet om han vert tvinga til å snakke om døden. Det å fortsetje daglegdagse gjeremål, å oppretthalde eigne roller og identitet er element som bidreg til at pasienten opprettheld håpet.

Det at pasienten ynskjer å døy i heimen må respekterast, samtidig som det må leggjast til rette for det. Helse- og omsorgstenestelova (2011) pålegg kommunen å utøve hjelpa til pasienten ut frå hans behov, på ein måte som sikrar både verdigheit og integritet, uavhengig av om pasienten er i heimen eller knytt til ein institusjon. Forsking nytta i oppgåva visar at kreftsjukpleiar kan nyttast som ressurs i samband med koordinering av hjelp pasienten treng, mellom ulike tenestenivå.

Eit viktig funn, som ikkje har vorte vektlagt i oppgåva, er viktigheita av nære relasjonar til andre. Forsking visar at dette er eit sentralt punkt i samband med pasienten si oppleving av håp. Grunnen til at dette punktet er utelate frå oppgåva, er dei avgrensingane eg valde å gjera før oppgåva tok form, jf. kap. 1.3: Problemstilling med grunnleggjande, avgrensing og presiseringar.

Som konklusjon på oppgåva vil eg sitere Travelbee:

"Sjukepleiar kan ikkje gi håp til andre, men kan gå inn for å legge til rette for at pasienten skal oppleve håp" (Travelbee 1999, s 124).

Gjennom dei ulike funna som er trekte fram i oppgåva kan sjukepleiar leggje til rette for at pasienten skal oppleve håp i siste fase av sin sjukdom. Elementa som vert trekte fram er sentrale, og ikkje minst grunnleggjande.

Litteraturliste

Bøker

- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen - Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengstrøm Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Hjort, P. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & Ranhoff, A. H (red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-455). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære - i ndremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. Nortvedt, F & Skaug, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rønning, M. Strand, E & Hjermstad, M.J. (2008). I S. Kaasa (red) *Palliasjon* (s. 213- 227)
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Artiklar

- Hynne, A. B. & Kvangarsnes, M. (2012). Å vera kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolla. *Vård i Norden*, 32(103), 27-31.
- Kozłowska, L. & Doboszynska, A. (2012). Nurse`s nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46.
- Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassmann, E.J. & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612.

Prince-Paul, M. (2008). Understandig the Meaning of social Well-Being at the End of Life. *Oncology Nursing Forum* 35(3), 365-371.

Nettstader

Helsedirektoratet. (2010, 22. april). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg. Henta 7. januar 2013 frå <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord>

Helse- og omsorgstenestelova. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m* av 24. juni 2011 nr. 30. Henta 7. februar 2013 frå <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

Kreftforeningen. Forebygging. (2012, 13. desember). Henta 7. januar 2013 frå <https://kreftforeningen.no/forebygging/>

Kreftregisteret. (2011, 4. januar). Krefttrender. Henta 7. januar 2013 frå <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Krefttrender/>

Pasient og brukerrettighetslova. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* av 7. februar 1999 nr. 63. Henta 7. februar 2013 frå <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

VEDLEGG 1. Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Hynne, A. B & Kvangarsnes, M. (2012) "Å vera kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta - ei intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle"	Hensikta er å få meir kunnskap om kva det vil seie å vera kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta.	Dette er ei kvalitativ studie, der det har vorte gjort intervju med kreftsjukepleiarar i stillingar i bykommunar og landkommunar i Noreg. bandopptakar er nytta etter samtykke.	Av 8 førespurte kreftsjukepleiarar, deltok det 7 stk i studien. Alle kvinner, mellom 28-62 år, som hadde minimum 2 års arbeidserfaring etter endt vidareutdanning.	Studien visar at dei ulike deltakarane har ei oppleving av at egne stillingsprosentar som kreftspl. gjev eit handlingsrom for å bruke fagleg skjønn både i møte med kreftpasientar, og i systemarbeid til kreftpas. Kreftspl. som opplever balanse mellom høge kvalitetskrav og handlingsrom i stillinga, vil kunne fylle ei rolle som den framtidige kommunehelsetenesta har behov for.

<p>Olsson, L. Östlund, G. Strang, P. Grassman, E. J & Friedrichsen, M. (2010) <i>"Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care"</i>.</p>	<p>Hensikta med studien er å få fram korleis kreftpasientar som bur heime klarar å vedlikehalde håpet.</p>	<p>Dette er ei kvalitativ studie, med utgangspunkt i intervju over to omgongar, samt at dei skreiv dagbok. Alle deltakarane var vaksne, under palliativ kreftbehandling, heimebuande og hadde evner til å uttrykkje seg både munnleg og skriftleg på svensk. I tillegg måtte dei godta bruk av lydopptakar.</p>	<p>Utvalet i studien består av 11 informantar, der alle deltok ved første intervju. 9 av informantane vart intervju to gongar. Ein døydde før intervju to, og siste informant var ikkje i fysisk stand til å bli intervjua andre gong.</p>	<p>Det kom fram som resultat i studien at pasientane som deltok bevarte håpet gjennom to parallellar; i å fortsette livet i høgast mogleg grad, samtidig som dei førebudde seg på døden.</p>
--	--	---	--	--

<p>Prince-Paul, M. (2008) <i>"Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life"</i>.</p>	<p>Hensikta er å få ei avansert forståing av trivsel, sett i samanheng med livskvalitet, frå den døyande sitt perspektiv.</p>	<p>Det er nytta kvalitativ, hermenautisk og fenomenologisk metode med utongspunkt i djupneintervju, i studien. Intervjua vart tekne opp med bandopptakar og seinare analysert.</p>	<p>Utvalet i studien består av åtte terminale pasientar. Informantane som er utvalde er mellom 35-75 år, bur i heimen og har ei fysisk form som tilseier at dei kan delta i intervju.</p>	<p>Studien peikar på funn som tydar på at informantane, som har døden nær føreståande, ser forhold med personar som står dei nær som svært viktige, og seier at desse vert styrka. Ved livets slutt oppstår det eit behov for å gi uttrykk for kjærleik og takksemnd.</p>
--	---	--	---	---

<p>Kozłowska, M & Doboszynska, A. (2012) <i>Nurse`s nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase`.</i></p>	<p>Hensikta med studien er å få fram korleis sjukepleiar gjennom samhandling med pasient kommuniserar med pasient i livets slutfase, med fokus på nonverbal kommunikasjon</p>	<p>Dette er ei kvantitativ studie, med ei spørjeundersøking med 24 spørsmål, utarbeida for denne undersøkinga, i motsetnad til andre studiar, der ein nyttar standardiserte spørjeskjema for å samanlikne med tilsvarande tidlegare studiar.</p>	<p>Utvalet i studien består av 95 sjukepleiarar ved 5 ulike hospits i Polen.</p>	<p>48% av sjukepleiarane oppgjev at dei bevisst nyttar nonverbal kommunikasjon i samhandling med pasientar ofte, medan 37% seier det i nokon grad vert nytta. 63% gav uttrykk for at dei hadde øving i kommunikasjon med pasientar i palliativ fase, men berre 56% meinte sjukepleiars kjennskap til kommunikasjon var tilfredsstillande. 50% av deltakarane ynskjer å utvikle meir kunnskap om kommunikasjon i samband med palliativ pleie.</p>
--	---	--	--	--